

# Η Μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία.

**Θεοδώρα Μαλάμου**

Νοσηλεύτρια, MSc, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη. Μονάδα Αιμοδυναμικού εργαστηρίου,  
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων « Γ. Χατζηκώστα »

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διοίκηση ολικής ποιότητας(ΔΟΠ) (Total Quality Management-TQM), στις υπηρεσίες υγείας, είναι μια σύγχρονη διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, ως σύνολο, με την συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα. Η έννοια της ποιότητας διακρίνεται στην τεχνική, τη διαπροσωπική ποιότητα και την ξενοδοχειακή υποδομή, έχοντας ως επίκεντρο την ικανοποίηση των ασθενών. Οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας της ΔΟΠ, στους οργανισμούς, για επιχειρηματική αριστεία σε συνεχές ανταγωνιστικό μεταβαλλόμενο περιβάλλον, είναι η δέσμευση της ηγεσίας, η εστίαση στον χρήστη-πελάτη υγείας, η συνεχής επικοινωνία με τους εργαζόμενους, η υποκίνηση, η ενθάρρυνση και η επιβράβευσή τους, η εκπαίδευση και επιστημονική κατάρτιση, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές, η ενεργή συμμετοχή των εργαζόμενων, η δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, ο καθορισμός στόχων και η βαθμολόγηση αποδόσεων, η διαρκής αξιολόγηση αποτελέσματος και συνεχής ανασκόπηση και τέλος, η αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος. Σκοπός του παρόντος άρθρου, είναι μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, να εισαγάγει τη μεθοδολογία υλοποίησης ενός έργου ΔΟΠ, στις υπηρεσίες υγείας, ως καθημερινή βέλτιστη πρακτική, με έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ΔΟΠ συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος καθώς και στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ηγεσίας, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση όλων. Η ΔΟΠ αποτελεί μια καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Χρειάζεται ολοκληρωμένη προσπάθεια, προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας από την ηγεσία και εισαγωγή της στην κουλτούρα των εργαζομένων.

**Λέξεις Κλειδιά:** Διοίκηση ολικής ποιότητας, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα, υπηρεσίες υγείας, management

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοδώρα Μαλάμου  
Σεφέρη 16, Τ.Κ.45500, Ανατολή, Ιωάννινα  
Τηλ. 26510 37716, 6947209532  
e-mail: dmalamou@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 21/03/2016  
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 22/07/2016

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ΔΟΠ είναι μια διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, ως σύνολο, με τη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα.
- Είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες της μονάδας υγείας.
- Η έννοια της ποιότητας στην υγεία, περιλαμβάνει διαστάσεις και χαρακτηριστικά που έχουν επίκεντρο την ικανοποίηση των ασθενών.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** σύγχρονη διοικητική λειτουργία που γνωρίζει ιδιαίτερη ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία, ως το καλύτερο και το αποδοτικότερο μοντέλο διοίκησης, στην αποτελεσματική αξιοποίηση των παραγωγικών πόρων (ανθρώπινων, υλικών, τεχνικών) για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων του οργανισμού (Κουτουζής 1999, Μπουραντάς 2002), είναι η διοίκηση ολικής ποιότητας – ΔΟΠ (Total Quality Management-TQM). Η ΔΟΠ προσαρμόζεται σε συνθήκες συνεχούς αλλαγής και στηρίζεται στην ενεργή κινητοποίηση των συνεργατών, για βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της επιχείρησης (Ahire et al 1996, Lee et al 2010, Talib et al 2012).

Η ΔΟΠ εμφανίζεται, ως το μέσο που μπορεί να εφαρμοστεί και στις μονάδες υγείας για την αύξηση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Johnson & Omachonu 1995, Faloudah et al 2015). Σε ένα περιβάλλον που εξελίσσεται συνέχεια, λόγω κοινωνικοπολιτικών αλλαγών και συνεχούς τεχνολογικής εξέλιξης, με την εμφάνιση νέων κινδύνων για την υγεία και την παγκοσμιοποιημένη ανταγωνιστική αγορά, η διοίκηση ενός νοσοκομείου, καλείται να υλοποιήσει αποφάσεις. Οι αποφάσεις, έχουν ήδη ληφθεί στη βάση των μετρήσιμων στόχων, στοχεύοντας με τις κατάλληλες ενέργειες να επιτευχτεί βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών ποιοτικών υπηρεσιών (Eppis & Harrington 1999).

Τα τελευταία 30 χρόνια οι δαπάνες για την υγεία έχουν διπλασιαστεί, χωρίς να σημαίνει, ότι επιφέρουν και τα αναμενόμενα αποτελέσματα (WHO 2006). Η ΔΟΠ, εμπιρεύει σε μεγάλο βαθμό την έννοια του ελέγχου. Ο έλεγχος έχει ιδιαίτερη σημασία στην επίτευξη στόχων και στη συγκράτηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η εφαρμογή προγραμμάτων ΔΟΠ και πιο συγκεκριμένα η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, σε νοσηλευτικό ίδρυμα δίνει αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης στους ασθενείς-χρήστες υπηρεσιών υγείας (Hughes 2008, McFadden et al 2009). Βελτιώνεται, θεματικά η διαχείριση των αποθεμάτων και των πόρων, εξοικονομώντας χρόνο και κεφάλαια σε περίοδο συνεχούς εξελισ-

σόμενου ανταγωνισμού (Yusuf et al 2007). Επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με τη συνεχή βελτίωση του ποιοτικού αποτελέσματος (Lee 2012, Talib et al 2013).

Σκοπός του παρόντος άρθρου, είναι μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, να εισαγάγει τη μεθοδολογία υλοποίησης ενός προγράμματος ΔΟΠ στις υπηρεσίες υγείας, ως καθημερινής βέλτιστης πρακτικής, με έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, στόχος ήταν οι επαγγελματίες υγείας, να ενημερωθούν και να υιοθετήσουν προγράμματα διοίκησης ποιότητας, για την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

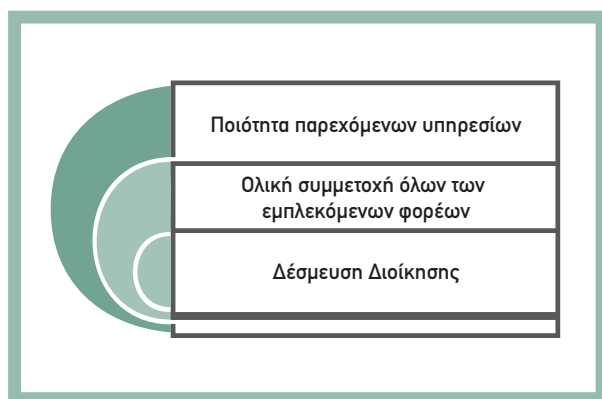
## Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ - ΔΟΠ (TOTAL QUALITY MANAGEMENT - TQM)

Η ΔΟΠ είναι μια διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού ως σύνολο, με τη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα. Αποτελεί ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας, σε όλα τα στάδια των διεργασιών του οργανισμού και όχι μόνο στην παραγωγή ή την εξυπηρέτηση των πελατών (Seetharaman et al 2006, Evans & Lindsay 2011). Ο Oakland (2012), αναφέρει ότι η ΔΟΠ, είναι μια προσπάθεια για αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της δομής όλου του οργανισμού. Ουσιαστικά τα στοιχεία της ΔΟΠ, όπως προκύπτει και από το όνομα παρουσιάζονται στον πίνακα 1 (Λογοθέτης 1992, Lau & Anderson 1998, Oakland 2012).

Το στοιχείο Διοίκησης: αναφέρεται στη δέσμευση της διοίκησης σε όλες της δραστηριότητες του οργανισμού, για τη συνεχή υποστήριξη της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το στοιχείο της ολικής συμμετοχής: μια συνολική συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων (εργαζόμενοι, προμηθευτές, ασθενείς) (Lau & Anderson 1998, Dayton 2003), ενώ το στοιχείο της ποιότητας: εμπιρεύει εκπλήρωση απαιτήσεων, προσδοκιών των πελατών - ασθενών (Sit et al 2009). Ως πελάτης θεωρείται εσωτερικός και εξωτερικός. Η έννοια του πελάτη, εμπιρεύει τελικούς καταναλωτές, χρήστες προϊόντων

και εργαζόμενους σε όλες τις βαθμίδες, οι οποίοι συμμετέχουν στην παραγωγή και επηρεάζουν την προσφερόμενη ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 1. Βασικά στοιχεία της ΔΟΠ



Πηγή: Lau R.C.M & Anderson C.A. (1998). A three dimensional perspective of total Quality management. *International Journal of Quality and Reliability Management* 15(1): 87-89

## Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

### Περιεχόμενο της ποιότητας στο χώρο της υγείας

Η ποιότητα ως έννοια υφίσταται από το 1950. Από τότε έως και σήμερα, έχουν δοθεί διάφορες ερμηνείες, από διάφορους υποστηρικτές. Σύμφωνα με τον Deming (1993), «καλή ποιότητα είναι ένας προβλέψιμος βαθμός αξιοπιστίας, με χαμηλό κόστος και σύμφωνα με τις απαιτήσεις της αγοράς». «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση στις απαιτήσεις» (Crosby 1980). Ο ευρύτερα χρησιμοποιημένος ορισμός, είναι «η ποιότητα να ικανοποιεί και υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lindsay 2011).

Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας, είναι πιο σύνθετη και πολύπλοκη, σε σχέση με τις επιχειρήσεις, που η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν ή υπηρεσία) είναι ταυτόσημη με την τήρηση προδιαγραφών του προϊόντος. Βασικός σκοπός είναι να μην υπάρχουν αποκλίσεις από διαδικασίες και τελικό αποτέλεσμα (Crosby 1980). Στις υγειονομικές μονάδες, η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές προσεγγίσεις. Όταν στην υγεία, αναφέρεται ελάττωμα ή έλλειψη, σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της κακής πρακτικής στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (Gilbert et al 1992, Τούντας 2003, Lillrank 2015). Η βάση της βελτίωσης σύμφωνα με τον Gilbert et al (1992), είναι η πρόληψη των ίδιων λαθών, σε όλα τα επίπεδα της παροχής της υπηρεσίας και η διακοπή μέχρι να εξακριβωθεί το λάθος.

Ο Donabedian (1980), ορίζει την ποιότητα, ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, αφού υπολογιστούν όλες οι ωφέλειες και οι απώλειες, που πρόκειται

να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περιθαλψης» (Theodorakioglou & Tsiotras 2000, Harteloh 2003). Σύμφωνα με τον Black (1990), υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, είναι όταν παρέχει αποτελεσματική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη, που παρέχεται δίκαια, αποδοτικά, αποτελεσματικά και ανθρωπίνια. Ο Kronenfeld (2006), ορίζει την ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ως το βαθμό κατά τον οποίο, οι παρεχόμενες υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και είναι σύμφωνα με τη σύγχρονη ιατρική γνώση.

Η Ποιότητα συμβαδίζει με την ικανοποίηση του πελάτη, τις προσδοκίες και αντιλήψεις του. Ως ικανοποίηση, μπορεί να οριστεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι προσδοκίες των ασθενών, επιβεβαιώνονται με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (Naidu 2009, Faloudah et al 2015).

### Διαστάσεις και χαρακτηριστικά της ποιότητας.

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, συνίσταται σε τρεις επιμέρους διαστάσεις, σύμφωνα με τον Donabedian (1980): την τεχνική ποιότητα (technical quality), τη διαπροσωπική ποιότητα (Interpersonal) και τη ξενοδοχειακή υποδομή. Η τεχνική ποιότητα εκφράζει γνώση, επιστημονική κατάρτιση, επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας, για το όσο γίνεται καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα, με όλα τα επιστημονικά, τεχνολογικά μέσα που έχουν οι υπηρεσίες στη διάθεση τους. Επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας, προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα (Καϊτελίδου 2010).

Η διαπροσωπική ποιότητα, εστιάζεται στις προτιμήσεις, ανάγκες των ασθενών, στην επιλογή των κατάλληλων μεθόδων στην ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας, στις απαιτήσεις των ασθενών. Η ξενοδοχειακή υποδομή αφορά το χώρο και συνθήκες περιβάλλοντος που προσφέρεται η φροντίδα. Οι διαστάσεις αυτές, συσχετίζονται με ποικίλους τρόπους για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αφορούν, όλη την παραγωγική διαδικασία του συστήματος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας. Εστιάζονται, στη σωστή αξιοποίηση των εισροών του συστήματος (οικονομικοί πόροι, ανθρωπινό δυναμικό, υλικοτεχνική υποδομή), στις διαδικασίες (εξετάσεις, λήψη ιστορικού, διάγνωση, θεραπεία, επανέλεγχος, αποκατάσταση) που εφαρμόζονται για την παροχή φροντίδας, μέχρι και στα αποτελέσματα της όλης διαδικασίας (βελτίωση επιπέδου υγείας, ποιότητας ζωής) (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς 2002, Λιαρόπουλος 2010).

Υπάρχουν, μερικά χαρακτηριστικά που προσδίδουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, στην απόδοση των υπηρεσιών υγείας, που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) (2002) είναι: η φροντίδα να χορηγείται με το σωστό τρόπο, την κατάλληλη επιστημονική γνώση, για το επιθυμητό αποτέλεσμα, να ικανοποιηθεί ο ασθενής

σύμφωνα με τις ανάγκες του, να υπάρχει ασφάλεια όσον αφορά τη μείωση των ανεπιθύμητων κινδύνων για τους χρήστες και για εμπλεκόμενους φορείς και φυσικά, να υπάρχει αναλογία των αποδόσεων της φροντίδας, προς τις πηγές και τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν (εκτίμηση κόστους - αποτελέσματος). Τελική, θετική έκβαση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού **(πίνακας 2)**

**Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά υψηλής ποιότητας**

Χαρακτηριστικά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας
Κατάλληλη φροντίδα
Επιστημονική γνώση
Ικανοποίηση αναγκών ασθενών
Ασφάλεια-μείωση ανεπιθύμητων κινδύνων-ενεργειών
Εκτίμηση κόστους -αποτελέσματος
Θετική έκβαση υγείας-Βελτίωση υγείας

Πηγή: WHO (2002). *A Background for national quality Policies in health systems*. Copenhagen

Η ΔΟΠ περιλαμβάνει στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοχεύοντας στη διασφάλιση της ποιότητας. Διαθέτει μέτρα, γίνεται λεπτομερής καταγραφή και ανάλυση των διαδικασιών και του αποτελέσματος (Gilbert et al 1992, Κοράκη & Πέππας 2013, Mosadeghrad 2014a). Η ΔΟΠ υιοθετεί μια προσέγγιση μείωσης του κόστους, με ταυτόχρονη αύξηση της ικανοποίησης και κατά επέκταση της εμπιστοσύνης των πελατών - χρηστών υγείας, μέσω διαρκών βελτιώσεων, οι οποίες οδηγούν σε ένα αναβαθμισμένο σύνολο, δίνοντας έτσι ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Zhang et al 2000, Talib & Rahman 2010).

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο στόχος της ΔΟΠ, είναι να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ πελάτη και προμηθευτή και να γίνουν αντιληπτές, οι ανάγκες των πελατών. Η ΔΟΠ δεν είναι απλώς ένα σχέδιο που εφαρμόζεται και στη συνέχεια εγκαταλείπεται. Είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες της μονάδας. Προϋποθέτει αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης ποιότητας που ξεκινά από την ιεραρχία και επεκτείνεται οργανωτικά προς τα κάτω, χαρακτηρίζοντας όλη τη λειτουργία του οργανισμού (Sarathy 2013).

Αν και δεν υπάρχουν μοντέλα απόλυτα, εισαγωγής, υιοθέτησης και συνεχούς εφαρμογής ΔΟΠ, υπάρχουν όμως κρίσιμα βήματα, για τη μετάβαση προς τη διοίκηση με αρχές ολικής ποιότητας. Πριν από την ανάπτυξη ενός συστήματος ΔΟΠ, ο οργανισμός θα πρέπει να αξιολογήσει το εσωτερικό, εξωτερικό περιβάλλον και να προσδιορίσει την αποστολή και το όραμα του (Μποχώρης 2008, Fotopoulos & Psomas 2010).

Σύμφωνα με τους Talib & Rahman (2010), υπάρχουν κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας της ΔΟΠ, που μπορεί να βοηθήσουν τους οργανισμούς να επιτύχουν επιχειρηματική αριστεία και να προσαρμοστούν στο συνεχές ανταγωνιστικό μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Αυτό το οργανωτικό μοντέλο, μπορεί να εφαρμοστεί και στους οργανισμούς υγείας και να επιφέρει ανάλογα αποτελέσματα (Faloudah et al 2015).

Τα βήματα για την υιοθέτηση της Διοίκησης ολικής ποιότητας (Ovretveit 2000, Μποχώρης 2008, Talib & Rahman 2010, Talib 2013, Mosadeghrad 2014b, Faloudah et al 2015) παρουσιάζονται στον **πίνακα 3**.

**Πίνακας 3. Βήματα υλοποίησης ΔΟΠ – Αποτελέσματα προγράμματος**

### ΒΗΜΑΤΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΟΠ

1. Δέσμευση -υποστήριξη της ηγεσίας
2. Εστίαση στον πελάτη -χρήστη υπηρεσιών υγείας
3. Διαρκής επικοινωνία με τους εργαζόμενους
4. Συνεχής βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
5. Συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζόμενων
6. Αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές
7. Υποκίνηση, ενθάρρυνση και επιβράβευση των εργαζόμενων
8. Δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, καθορισμός στόχων
9. Διαρκή αξιολόγηση αποτελέσματος και σύγκριση με τους στόχους, βαθμολόγηση αποδόσεων
10. Διαρκής ανασκόπηση και αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

• Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
• Αύξηση της ικανοποίησης εσωτερικών -εξωτερικών πελατών
• Ανταγωνιστικότητα των παραγόμενων υπηρεσιών
• Αύξηση της παραγωγικότητας
• Μείωση κόστους εργασιών
• Επικοινωνία - Πληροφόρηση, ενίσχυση εργασιακών σχέσεων
• Η φροντίδα παρέχεται στο σωστό χρόνο



Πηγή: Talib F., & Rahman Z. (2010). Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A Proposed Model. *Services Marketing Quarterly* 31 (3): 363-381.

**Δέσμευση, υποστήριξη από την ηγεσία.** Ο ρόλος των ανώτερων στελεχών είναι κύριος στον προγραμματισμό, οργάνωση, επίτευξη στόχων και παρακολούθηση της διαδικασίας συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ovretveit & Gustafson 2003, Marley et al 2004). Η καθοδήγηση και η στήριξη της διοίκησης, πρέπει να είναι διάχυτη στον οργανισμό και να μπορεί να υποστηρίξει τη δημιουργία κουλτούρας φιλικής προς την ποιότητα, κατάρτιση πλάνου δράσης με τη συνεργασία των εργαζομένων, αλλά και με συμβούλους για θέματα ποιότητας με σκοπό το σχεδιασμό της και την υλοποίηση της, δέσμευση και σωστή αξιοποίηση οικονομικών πόρων, ενέργειας και χρόνου (Jackson 2001). Η εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης, η δημιουργία και η συντήρηση οράματος ποιότητας, παρακίνηση, επιβράβευση, αξιολόγηση και διόρθωση (Mosadeghrad 2013, Backstrom et al 2014), μαζί με την γνώση και την συνεχή επιμόρφωση σε θέματα διοίκησης ποιότητας από τα ανώτερα στελέχη, θα επιφέρουν αποτελέσματα (Jackson 2001, Chen et al 2004).

**Εστίαση στον πελάτη - χρήση υπηρεσιών υγείας.** Ένας πρωταρχικός στόχος του οργανισμού, είναι να καλύψει ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Ο ασθενής διαμορφώνει προσδοκίες σχετικά με τα οφέλη της φροντίδας (Harrington et al 2001, Sofaer & Firminger 2005). Η γνώμη του σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει, συνδέεται με αυτές τις προσδοκίες και τις αξίες του.

Η ικανοποίηση αφορά προσβασιμότητα, ικανότητα προσωπικού, γραφειοκρατική διαδικασία, υλικοτεχνική υποδομή, ασφάλεια θεραπευτικής φροντίδας, συνέχεια στην φροντίδα, πληροφόρηση, επαγγελματικές δεξιότητες προσωπικού. Συγκεκριμένα, πρέπει να επισημανθούν και να αναλυθούν οι ανάγκες, να υπάρξει πρόγραμμα, σχεδιασμός διοικητικών διεργασιών και κλινικής φροντίδας (Lillrank 2015, Kamra et al 2015).

**Διαρκής επικοινωνία με τους εργαζόμενους** και υλοποίηση προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης. Οι εργαζόμενοι είναι υπεύθυνοι, για την ποιότητα του προϊόντος που παράγεται και ο καθένας χωριστά, για την δική του εργασία. Οφείλουν, να γνωρίζουν τι κάνουν, χωρίς σπατάλη χρόνου και εργασίας (Dahlgaard et al 2002). Όλες οι βαθμίδες, χρειάζεται να διαθέτουν ανάλογες τεχνικές δεξιότητες, για παρεχόμενη υψηλή επιστημονικά υπηρεσία, που με την ανάλογη επιμόρφωση σε νέες μεθόδους και τεχνικές, θα υπάρξει βέλτιστο αποτέλεσμα (Triagarajan & Zairi 1997, Jackson 2001).

Τα νοσηλευτικά τμήματα, που λειτουργούν με προγράμματα συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών, έχουν πιο ικανοποιημένους εργαζόμενους και ασθενείς, ιδιαίτερα όταν υπάρχει η συμμετοχή των δύο πλευρών

(Kammerlind et al 2004). Η εκπαίδευση αναφέρεται στο σχέδιο υλοποίησης της ολικής ποιότητας, ανασκόπηση βασικών ιδεών, διαδικασιών και εκμάθηση δεξιοτήτων για την υποστήριξη διαδικασιών παροχής προκαθορισμένης ποιότητας και βελτίωσης.

**Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.** Είναι διαδικασία μείωσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα. Σκοπός είναι η καλύτερη συνολική ενέργεια αλλά και διορθωτικές ενέργειες. Οι περισσότεροι οργανισμοί συγκροτούν ομάδες (κύκλοι ποιότητας) και καθορίζουν συμβούλια ποιότητας, προκειμένου να υπάρχει επίβλεψη της πορείας των διαδικασιών της προσπάθειας για διαρκή βελτίωση (Al - Assaf & Sheikh 2004).

Ο κύκλος ποιότητας είναι μια ομάδα ατόμων - εργαζομένων σε επίπεδο διευθύνσεων, τομέων, τμημάτων και γραφείων, με σκοπό να αναλύσουν και να διευθετήσουν συγκεκριμένα προβλήματα της εργασίας τους, να επιφέρουν στον οργανισμό το επιθυμητό αποτέλεσμα με λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις και στο μικρότερο κόστος (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς 2012). Γίνεται εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης, προσδιορισμός των προβλημάτων, καταστάσεις που συμβάλλουν στην αρμονική συνεργασία μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου, με πρωταρχικό σκοπό τη λήψη αποφάσεων, πρωτοβουλιών και ανάληψη ευθυνών (Τζωρτζάκη & Τζωρτζάκης 2002).

**Η συμμετοχή και η δέσμευση** όλων των εργαζομένων, είναι υποχρεωτική στην εφαρμογή της ΔΟΠ (Ennis & Harrington 1999, Dayton 2003). Η δυνατότητα επίλυσης των προβλημάτων, αυξάνεται με την κοινή προσπάθεια. Τα μέλη αισθάνονται, ότι αγωνίζονται για ένα κοινό σκοπό. Βοηθούν το ένα το άλλο στον αποκλεισμό λαθών, για βέλτιστο αποτέλεσμα, με οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (Ovretveit 2003, Downey - Ennis et al 2004).

**Αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές.** Ανάπτυξη σχέσεων και καλής συνεργασίας με τους προμηθευτές για τη διαχείριση των αναγκών των ασθενών. Ανάπτυξη νέας τεχνολογίας και εισαγωγή πληροφοριών (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου 2011, Faloudah et al 2015).

**Υποκίνηση, ενθάρρυνση και επιβράβευση των εργαζόμενων.** Οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν την απαιτούμενη υποκίνηση, προκειμένου να υιοθετήσουν καινούργιες αξίες, να νιώθουν ότι προσφέρουν και να παίρνουν επιβράβευση για αυτό, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην ανάδειξη των ιδιαίτερων ικανοτήτων τους σε κάθε αντικείμενο εργασίας. Αισθάνονται, δεσμευμένοι ως προς την ανάγκη για ποιοτικό αποτέλεσμα, με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στο βραχύτερο χρόνο (Karia & Hasmi Abu Hassan Asaari 2006, Lee et al 2012). Η ηγεσία οφείλει να αναγνωρίσει και να εκτιμή τις προσπάθειες και τα επιτεύγματα των εργαζομένων. Επίσης οφείλει να ενισχύει το ομαδικό πνεύμα, την επικοινωνία, την ανατρο-



φοδότηση, ενδυνάμωση και την προσωπική ανάπτυξη (Ugboro & Obeng 2000).

**Δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, καθορισμός στόχων και μέτρησης.** Βασικό σημείο στην υλοποίηση προγράμματος ΔΟΠ, είναι η ανίχνευση των αναγκών των πελατών (εσωτερικών και εξωτερικών) και να διενεργούνται μετρήσεις που αντανακλούν την ικανοποίηση των αναγκών (Naidu 2009). Απαραίτητη προϋπόθεση, ο καθορισμός στόχων, η εξάλειψη λαθών στη θεραπεία με την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και ο ορισμός δεικτών μέτρησης ποιότητας (Chassin & Leob 2013, Al-Assaf & Sheikh 2004).

Οι Δείκτες Αξιολόγησης είναι μετρήσιμα στοιχεία των παρεχόμενων υπηρεσιών και μπορούν, να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, δίνοντας σημαντικά στοιχεία για το επίπεδο υγείας, αλλά και συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας υγείας (Ψαρόπουλος 2010). Οι δείκτες αφορούν τη δομή του οργανισμού (Παπακωστίδη & Τσουκαλά 2012), μέθοδοι αξιολόγησης, οργάνωση ανθρώπινου δυναμικού, σύνολο αναπτυγμένων κλινών, νοσηλευτές ανά κλίνη (Καϊτελίδου 2010, Παπακωστίδη & Τσουκαλά 2012). Δείκτες που εκτιμούν τις διαδικασίες, που δίνουν πληροφορίες για το τι συμβαίνει στον ασθενή από τη διάγνωση μέχρι και την έξοδο του, την κατάσταση αναμονής, αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία, εφαρμογή διασφάλισης ποιότητας, χρήση ενδεδειγμένων επιστημονικών πράξεων, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις. Δείκτες αποτελέσματος που εστιάζουν, στις συνέπειες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στο επίπεδο υγείας των ατόμων αλλά και του πληθυσμού, ποσοστό επιβίωσης, υποτροπές νόσου, ικανοποίηση ασθενών (Ader et al 2001, Mainz 2003) και δείκτες αποδοτικότητας, αναφορικά με το διάστημα εναλλαγής, Μ.Δ.Ν, ρυθμός εισροής.

Διαρκή αξιολόγηση αποτελέσματος και σύγκριση με τους στόχους, βαθμολόγηση αποδόσεων (Benchmarking) του οργανισμού (Talib et al 2011). Οι λειτουργίες και οι διαδικασίες παρακολουθούνται και αξιολογούνται συνεχώς, για να υπάρχει γνώση κάθε φορά στα στελέχη, για το τι ακριβώς συμβαίνει. Εάν, από την σύγκριση των αποτελεσμάτων, με βάση κριτήρια που έχουν καθοριστεί από την αρχή, υπάρχουν αποκλίσεις, απαιτείται λήψη διορθωτικών μέτρων. Η σύγκριση στοχεύει στο εντοπισμό των αποκλίσεων μεταξύ επιθυμητού και πραγματοποιηθέντος (Jackson 2001, Mosadeghrad 2006a).

Διαρκής ανασκόπηση και αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος. Η πρόοδος της ΔΟΠ βασίζεται στη συστηματική ανασκόπηση και στον έλεγχο της βελτίωσης της ποιότητας (Ovretveit 2000, Carman 2010). Επανεκτιμάται η όλη διαδικασία, καθορίζονται αναθεωρήσεις και νέοι στόχοι υψηλότεροι. Ωστόσο η λεπτομερής καταγραφή της παρεχόμενης φροντίδας, η εξαγωγή δεικτών,

ο καθορισμός προτύπων για τη σύγκριση της απόδοσης, είναι απαραίτητα όχι μόνο για την εφαρμογή ΔΟΠ, αλλά για όλους τους υγειονομικούς οργανισμούς (Cheng et al 1999, WHO 2003).

Τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένας οργανισμός υγείας από την υιοθέτηση ενός προγράμματος ΔΟΠ (Oakland & Rorter 1999, Jackson 2001, Ovretveit 2004, Talib & Rarhman 2010, Talib 2013) είναι:

- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Αύξηση της ικανοποίησης εσωτερικών - εξωτερικών πελατών.
- Αύξηση της ανταγωνιστικότητας των παραγόμενων υπηρεσιών.
- Αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων σε όλες τις βαθμίδες.
- Μείωση κόστους εργασιών. Εξετάζονται όλες οι διεργασίες, ώστε να μειωθεί η σπατάλη και η μη παραγωγική διαδικασία. Καλύτερο ποιοτικό αποτέλεσμα με το όσο δυνατόν μικρότερο κόστος.
- Αναπτύσσονται καλές διαδικασίες επικοινωνίες και πληροφόρησης, Ενισχύονται οι σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων.
- Η φροντίδα παρέχεται στον σωστό χρόνο.

#### ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΟΠ

Η εισαγωγή ΔΟΠ, απαιτεί κατάλληλες προϋποθέσεις, σχεδιασμό ενεργειών, υπευθυνότητας και μέσων, στηριζόμενα στις βασικές αρχές που την διέπουν. Στην εφαρμογή της, που δεν είναι καθόλου εύκολη, στους πολύπλοκους οργανισμούς υγείας, εμφανίζονται συχνά εμπόδια και λάθη. Διαπιστώνεται έλλειψη συμμετοχής της διοίκησης, άρνηση των εργαζομένων να συμμετέχουν σε αντίστοιχα προγράμματα (Jackson 2001, Chen et al 2004, Mosadeghrad 2014a). Η μη συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού, δημιουργεί δυσκολία στην υιοθέτηση και την συνέχιση ενός προγράμματος ΔΟΠ (Shortell et al 1998, Wardhani et al 2009).

Η έλλειψη ομαδικής εργασίας και συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων, απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για κατάρτιση και ενίσχυση των εργαζομένων σε όλες τις βαθμίδες (Wardhani et al 2009, Mosadeghrad 2014a). Αδυναμία θεώρησης των προβλημάτων, από όλες τις πλευρές προκειμένου να βρεθεί λύση (Brashier et al 1996).

Ανεπαρκείς οικονομικοί πόροι (Ovretveit 2000, Mosadeghrad 2014a). Η χρησιμοποίηση του υψηλού κόστους, ως δικαιολογία για τη μη εφαρμογή της ΔΟΠ, αναφέρεται στην υποστήριξη νέων τεχνολογιών και στην προσαρμογή του οργανισμού στο συνεχές αναπτυσσόμενο περιβάλλον της ιατρικής (Mosadeghrad 2013). Οι μάνατζερ και οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν την έλλειψη χρόνου, ως εμπόδιο, προκειμένου να επικεντρωθούν

σε προγράμματα ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης που θα φέρουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Ovretveit 2000). Έλλειψη οργανωμένης πληροφόρησης και χρήσης στοιχείων. Ένα πρόγραμμα ολικής ποιότητας, χρειάζεται αξιόπιστα στοιχεία, για αποτελέσματα αξιόπιστα και η μέτρηση τους να είναι συνεπής (Chen et al 2004, Wardhani et al 2009).

Τα εμπόδια κουλτούρας στον οργανισμό, δυσχεραίνουν τη διοίκηση ποιότητας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να δίνουν έμφαση σε αξίες που συνδέονται άμεσα με την εξασφάλιση της ποιότητας (Henry 2001, Wardhani et al 2009). Να υπάρχει η βεβαιότητα, ότι η υποστήριξη προγράμματος ΔΟΠ, θα έχει θετικές αλλαγές, στους ίδιους και στον οργανισμό. Η κάθε αλλαγή, σε κάτι καινούργιο, συνδέεται λίγο ή πολύ με αβεβαιότητα, ως προς τα χαρακτηριστικά και τις συνέπειες στα άτομα (Grol et al 2002, Mosadeghrad 2006b). Οι εργαζόμενοι έχουν την εντύπωση, ότι θα στερηθούν δύναμη, αξία ή περιεχόμενο εργασίας, που απολαμβάνουν στην κατεστημένη κατάσταση (Stephens 1994, Scott et al 2003). Οι ομάδες ποιότητας, θα πρέπει να λαμβάνουν την ευθύνη για το αποτέλεσμα της εργασίας τους, να μετρούν την απόδοσή τους, να προγραμματίζουν και να εφαρμόζουν βελτιωτικές ενέργειες.

Πέρα από τα εμπόδια που υπάρχουν, τα τελευταία χρόνια, αρκετοί οργανισμοί (ISO 9000, 2000, ΕΛΟΤ), έχουν αναπτυχθεί για να υποστηρίξουν τις υπηρεσίες υγείας στην εφαρμογή της ΔΟΠ, σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Παρέχουν υπηρεσίες πιστοποίησης και διασφάλισης ποιότητας – τελειότητας, μέσα από συγκεκριμένα εννοιολογικά πλαίσια και μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας σε όλους τους τομείς του οργανισμού. Οι σημαντικότεροι, είναι το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM (European Foundation For Quality Management) στην Ευρώπη, το SERVQUAL (εργαλείο μέτρησης και υπολογισμού της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών), το διεθνές και το εθνικό βραβείο ποιότητας MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award) στις ΗΠΑ, το ISO 9000:2000, το Joint commission of Administration of Health Care Organizations (JCAHO), το Balanced Scorecard και το Six Sigma Approach (Μπουραντιάς 2002, Zelmen et al 2003, Χλέτσος 2014)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η ΔΟΠ είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες των μονάδων υγείας. Προϋποθέτει αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης ποιότητας που ξεκινά από τη διοίκηση και επεκτείνεται οργανωτικά προς τα κάτω, χαρακτηρίζοντας όλη τη φιλοσοφία λειτουργίας του οργανισμού. Δεν είναι απλώς, ένα σχέδιο που εφαρμόζεται και στη συνέχεια εγκαταλείπεται. Συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων των υγειονομικών υπηρεσιών, στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος, συνεργασί-

ας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ηγεσίας, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση όλων. Η εισαγωγή της σε έναν οργανισμό απαιτεί κατάλληλες προϋποθέσεις, σχεδιασμό ενεργειών, υπευθυνότητας και μέσων, σπριζόμενα στις βασικές αρχές που τη διέπουν.

Τα νοσοκομεία αποτελούν βασικές υπηρεσίες υγείας, που θα πρέπει να υποστηρίζονται από ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας. Η ποιότητα ενδιαφέρει καταρχήν τους ασθενείς, χρήστες υπηρεσιών υγείας, τους επαγγελματίες υγείας, αυτούς που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) και την κοινωνία. Συνεπάγεται ουσιαστικά, οφέλη υγειονομικά (έγκαιρη διάγνωση, αποτελεσματική αντιμετώπιση, πρόληψη επιπλοκών), οικονομικά (μείωση του κόστους, με την βελτίωση της ποιότητας, και εξοικονόμηση πόρων από περιορισμό των εξετάσεων, του συνολικού χρόνου νοσηλείας, από θεραπείες που δεν είναι οι ενδεικνυόμενες) και κοινωνικά (αίσθηση εκπλήρωσης του σκοπού, περιορισμός της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας, ενίσχυση της εικόνας του κράτους). Ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των εργαζόμενων και η ασφάλεια τους, η ικανοποίηση που αποκομίζουν από το έργο τους, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους. Όλοι οι μηχανισμοί, μέσα από ένα οργανωμένο πρόγραμμα ΔΟΠ, συμβάλλουν στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, έχουν την ικανότητα να συλλέγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την καταγραφή και την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η πρόκληση, που έχουν να αντιμετωπίσουν οι οργανισμοί υγείας, τα τελευταία χρόνια, είναι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, που διαφοροποιούν τις δραστηριότητες για τη βελτίωση της καλής υγείας των πολιτών, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών, αλλά και τη διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους. Οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι. Οι εργαζόμενοι αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στη νέα διοικητική φιλοσοφία. Ο προσανατολισμός στην ποιότητα, την δημιουργικότητα, την ικανοποίηση των χρηστών υγείας, με την μέτρηση της αποδοτικότητας, κάνει την ΔΟΠ να είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Η συμμετοχή όλων των εργαζομένων, ανεξαρτήτου ιεραρχικής βαθμίδας, αποτελεί το κλειδί της επιτυχούς, αποτελεσματικής εισαγωγής, εφαρμογής και αξιολόγησης προγραμμάτων ποιότητας.

Η ύπαρξη ενός νομοθετικού πλαισίου θα μπορούσε να βοηθήσει αρκετά, αλλά δεν διασφαλίζει την ουσία της εφαρμογής, γιατί πέρα από την τυπική ακολουθία του νόμου, χρειάζεται ολοκληρωμένη προσπάθεια και προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας από την ηγεσία, εισαγωγή της ποιότητας στην κουλτούρα των εργαζομέ-

νων, ενώ απαιτείται όραμα με ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Η ΔΟΠ έχει αποτελέσει ένα ουσιαστικό βήμα στη βελτίωση των υγειονομικών οργανισμών, ιδιαίτερα μετά την κρίση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας που

αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας τα τελευταία χρόνια, όπου ο έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών που παράγουν, αποτελεί πρωταρχικό στόχο και είναι βασική ευθύνη της διοίκησης του οργανισμού.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ader M., Beresson K., Carlsson P., Granath M. & Urwitz V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International* 16(2): 187-195.
- Ahire S., Waller M. & Golhar D. (1996). Quality Management in TQM versus non-TQM firms: an empirical investigation. *International Journal of Quality and Reliability Management* 13(8): 8-27.
- Al - Assaf A. & Sheikh M. (2004). Quality improvement in primary health care. A Practical guide. WHO. Cairo.
- Backstrom I., Lagrosen Y. & Erikson L. (2014). Change of the quality management Culture through health-promotion activities? *Total Quality Management & Business Excellence* 25(11-12): 1236-1246.
- Black N. (1990). Quality assurance of medical care. *Journal of public health medicine* 12(2): 97-104.
- Brashier L., Sower V., Motwani J & Savoie M. (1996). Implementation of TQM/CQI in the health care industry: A Comprehensive model. *Benchmarking for Quality Management & Technology* 3(2): 31-50.
- Carman J., Shortell S., Foster R., Hughes E., Boerstler H., O'Brien J. & O' Connor. (1996). Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health care management review* 21(1): 48-60.
- Chassin M. & Loeb J. (2013) High-Reliability Health Care: Getting There from Here *The Milbank Quarterly* 91(3): 459-490.
- Chen H.K., Chen H.Y, Wa H.H & Lin W.T. (2004). TQM Implementation in a healthcare and Pharmaceutical Logistics Organization: The Case of Zuelling pharma in Taiwan. *Journal of Total Quality Management and Business Excellence* 15(9-10): 1171-1178.
- Cheng Lim P., Tang N. & Jackson P. (1999). An innovative framework for health care Performance measurement. *Managing Service Quality. An International Journal* 9(6): 423-433.
- Crosby P. (1980). *Quality is free*. New York, NY: Mentor Books.
- Dahlgaard J., Kristensen K. & Kanji G. (2002). *Fundamentals of Total Quality Management*. 6th edition. London & New York: Taylor and Francis.
- Dayton N. (2003). The demise of total quality management (TQM). *The TQM Magazine* 15(6): 391-396.
- Deming W.E. (1993). *The new economics for industry, government and education*. Second edition. London England. Cambridge MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Donabedian A (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* Administration Press.
- Downey-Ennis K., Harrington D. & Williams B. (2004). Head and Heart in Quality Implementation - Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions. *Total Quality Management* 15(8): 1143-1153.
- Ennis K., Harrington D. (1999). Factors to consider in the implementation of quality Within Irish healthcare. *Managing service Quality: An International Journal* 9(5): 320-326
- Ennis K. & Harrington D. (1999). Quality management in Irish health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12(6): 232-243.
- Evans R. J. & Lindsay M.W. (2011). *The Management and control of Quality*. South Westen Cengage Learning. 8th edition International.
- Faloudah A., Qasim S. & Bahumayd M. (2015). Total Quality Management in health. *International Journal of computer Applications* 120(12): 22-24.
- Fotopoulos CH. & Psomas E. (2010). The Structural Relationships between Total Quality Management Factors and Organizational Performance. *The TQM Journal*. 22(5): 539-552.
- Gilbert F., Lumpkin J. & Dant R. (1992). Adaptation and customer expectations of health care options. *Journal of health care Management* 12(3): 46-55.
- Grol R., Baker R. & Moss F. (2002). Quality improvement research: understanding the Science of change in health care. *Quality Safety Health Care* 11(2): 110-111.
- Harrington J., Noble L. & Newman S. (2004). Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *The Leading International Journal for communication in health* 52(1): 7-16.
- Harteloh P. (2003). The meaning of Quality in health care: A conceptual Analysis. *Health care Analysis* 11(3): 259-267.
- Henry S. (2001). Developing a culture of quality within the United Kingdom health Care Quality system. *International Journal of Health care Quality Assurance* 14(4): 174-180.
- Jackson S. (2001). Successfully implementing total quality management tools within Healthcare: what are the key action? *International Journal of Health care Quality Assurance* 14(4): 157-163.
- Jennings B.M. & McClure. (2004). Strategies to advance health care quality. *Nursing outlook*. 52(1):17-22.
- Johnson J. & Omachonu V. (1995). Total Quality Management as a health care Corporate strategy. *International Journal of health care Quality Assurance* 8(6): 23-28.
- Hughes R. (2008). Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Kammerlind P., Dahlgaard J. & Rutberg H. (2004). Climate for Improvement and the effects on Performance in Swedish Healthcare- a survey in the country council of Ostergotland. *Total Quality Management and Business Excellence* 15(7): 909-924.
- Kamra V., Singh H. & Kumar De K. (2015). Factors affecting patient satisfaction: an exploratory study for quality management in the health-care sector. *Total Quality Management & Business Excellence*: 1-15.
- Karia N. & Hasmi Abu Hassan Assari. (2006). The effects of total quality management practices on employees' work-related attitudes. *The TQM Magazine* 18(1): 30-43.
- Kronenfeld J. (2006), Access, Quality and Satisfaction: Three Critical Concepts in Health Services and Health Care Delivery. *Research in the Sociology of Health Care* 24: 3-14.
- Lau R.C.M & Anderson C.A. (1998). A three dimensional perspective of total Quality management. *International Journal of Quality and Reliability Management* 15(1): 87-89.
- Lee D.H. (2012) Implementation of Quality Programs in Health Care Organizations. *Service Business*. 6: 387-404.
- Lee V.H., Ooi K.B., Sohal A. & Loong chong A.Y. (2012). Structural relationship between TQM practices and learning organisation in Malaysia's manufacturing industry. *Production Planning &*



- Control: The Management of Operations* 23(10-11): 885-902.
- Lee V.H., Ooi K.B., Tan B.I. & Chong A.L. (2010). A Structural Analysis of the relationship between TQM practices and product innovation. *Asian Journal of Technology Innovation* 18(1): 73-96.
- Lillrank P. (2015). Small and big quality in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 28 (4): 356-366.
- Mainz J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality health care* 15(6): 523-530.
- Marley K., Collier D. & Goldstein M. (2004). The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences* 35(3): 349-369.
- McFadden K., Henagan S., & Gowen C. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management* 27(5): 390-404.
- Mosadeghrad M.A. (2006a). A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction. *Leadership in Health Services* 19(2): 11-28.
- Mosadeghrad M.A. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of health care Quality Assurance* 26(2): 147-173.
- Mosadeghrad M.A. (2014a). Why TQM programmes fail? A pathology approach. *The TQM journal* 26(2): 160-187.
- Mosadeghrad M.A. (2014b). Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27(6): 544-558.
- Mosadeghrad M.A. (2006b). The Impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *The TQM Magazine* 18(6): 606- 625.
- Naidu A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and health quality. *International Journal of health care Quality Assurance* 22(4): 366-381.
- Oakland J.S. & Rorter L.S. (1999). *Total Quality Management*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Oakland J.S. (2012). *Oakland on Quality Management*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Ovretveit J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of health care Quality Assurance* 17(7): 368-376.
- Ovretveit J. (2000). The Economics of quality—a practical approach. *International Journal of Health care Quality Assurance* 13(5): 200-207.
- Ovretveit J. (2003). What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)*. Copenhagen Denmark.
- Ovretveit J. & Gustafson D. (2003). Improving the quality of health care Using research to inform quality programmes *British Medical Journal, International edition* 326(5): 759-61.
- Sarathy P.S. (2013). TQM Practice in Real-Estate Industry Using AHP. *Quality Quantity* 47(4): 2049- 2063.
- Seetharaman A., Sreenirasan A. & Boom L.P. (2006). Critical Success Factors of Total Quality Management. *Quality and Quantity*. 2006. 40: 675-695.
- Scott T., Mannion R., Huwt D. & Marshall M. (2003). Implementing Culture Change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in healthcare* 15(2): 111-118.
- Shortell S., Bennett C. & Byck G. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on clinical Practice: What it will take to Accelerate Progress. *Milbank Quarterly* 76(4): 593-624.
- Sit W.Y., Ooi K.B., Lin B. & Loong Chong A.Y. (2009). TQM and Customer Satisfaction in Malaysia's Service Sector. *Industrial Management and Data Systems* 109 (7): 957-975.
- Sofaer S. & Firminger K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health* 26: 513-559.
- Stephens R. (1994). Cost, quality and reform. *Health care Executive* 9(1): 23
- Talib F. & Rahman Z. (2010). Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A Proposed Model. *Services Marketing Quarterly*. 2010a. 31 (3): 363-380.
- Talib F., Rahman Z. & Qureshi M.N. (2010). The Relations between Total Quality Management and Quality Performance in the service industry: A Theoretical Model. *International Journal of Business Management and Social Science* 1(1): 113-128.
- Talib F., Rahman Z. & Azam M. (2011). Best Practices of Total Quality Management Implementation in health care settings. *Health Marketing Quarterly* 28(3): 232-252.
- Talib F. (2013). An Overview of Total Quality Management: Understanding the Fundamentals in Service Organization. *International Journal of Advanced Quality Management* 1(1): 1-20.
- Talib F., Rahman Z. & Qureshi MN. (2013). An Empirical Investigation of Relationship between Total Quality Management Practices and Quality Performance in Indian Service Companies. *International Journal of Quality and Reliability Management* 30 (3): 280-318.
- Theodorakioglou Y. & Tsiotras G. (2000). The need for the introduction of quality management into the Greek healthcare. *Total quality management* 11(8): 1153-1165.
- Thiagarajan T. & Zairi M. (1997). A review of total Quality management in practice: understanding the Fundamentals through examples of best practice application- Part I. *The TQM Magazine*. 9(4): 270-286.
- Ugboro I. & Obeng K. (2000). Top management leadership, employee empowerment, job satisfaction and customer satisfaction in TQM organizations: an empirical study. *Journal of Quality management* 5(2): 247-272
- Wardhani V., Utarini A., Van Dijk J., Post D. & Groothoff J. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy* 89: 239-25.
- World Health Organization WHO (2006). Quality of care. A progress for making strategic choice in health systems. France.
- World Health Organization WHO (2002). A Background for national quality Policies in health systems. Copenhagen. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107458> {Accessed 07 December 2015}.
- World Health Organization WHO (2003). What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? Copenhagen Denmark.
- Yusuf Y., Gunasecare A. & Dan G. (2007). Implementation of TQM in China and Organizational Performance: An Empirical Investigation. *Total Quality Management*. 18 (5): 509-530.
- Zhang Z., Waszink A. & Wijngaard J. (2000). An Instrument for Measuring TQM Implementation for Chinese Manufacturing Companies. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 17 (7): 730-755.
- Zelman W., Pink G. & Matthias C. (2003). Use of the Balanced Scorecard in health care. *Journal of Health care finance* 29(4): 1-16.
- Καϊτελίδου Δ. (2010). Ποιότητα και Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Λ. Λιαρόπουλος. *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας & Συστημάτων Υγείας, Α τόμος* Αθήνα. Βήτα.
- Κουτούζης Μ. (1999). Διοίκηση ενός οργανισμού. Στο: Κ. Δίκαιος, Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι. & Χλέτσος Μ. *Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα. Ε.Α.Π.
- Κοράκη Α. & Πέππας Χ. (2013). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;. *Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας* 1(9): 25-31.
- Λογοθέτης Ν. (1992). Μάνατζμεντ Ολικής ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC. *Interbooks*. Αθήνα TQM Hellas.
- Λιαρόπουλος Λ. (2010). Η έννοια του συστήματος υγείας. Στο: Λιαρόπουλος Λ. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος*. Αθήνα. Βήτα.
- Μάρκοβιτς Γ. & Μοναστηρίδου Σ. (2011). Ο ρόλος των επαγγελματιών και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης* 1(4): 51-56.

- Μποχώρης Γ. (2008). Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής ποιότητας. Στο: Μποχώρης Γ. *Διοίκηση Ολικής ποιότητας και Διαχείριση περιβάλλοντος, Α τόμος*. Πάτρα Ε.Α.Π.
- Μπουραντάς Δ. (2002). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Στο: Δ. Μπουραντάς, *Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές*, 3η. Αθήνα. Μπένου.
- Παπακωστίδη Α. & Τσουκαλάς Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 29(4): 480-488.
- Τζωρτζάκη Α. & Τζωρτζάκης Κ. (2002). *Οργάνωση και Διοίκηση*. Αθήνα. Rosili.
- Τούντας Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 20(5): 532-546.
- Χλέτσος Μ. (2014). Διοίκηση ολικής ποιότητας μονάδων υγείας. *Διαδραστικές σημειώσεις στο εξ αποστάσεως πρόγραμμα εκπαίδευσης «Συνεχιζόμενη κατάρτιση οικονομία και κοινωνία»* Ε.Ε.Ο.Κ.Π Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- Ψαρόπουλος Χ. (2010). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μοντέλα Διοίκησης Ολικής ποιότητας. Μετά ISO εποχή-απαιτήσεις. Αθήνα. Διαθέσιμο στο: <http://www.psaropouloschristos.com/> Πρόσβαση: 12/03/2016.

# The implementation methodology of Total Quality Management in health services, as a best practice operation.

Theodora Malamou

Nurse, MSc, Deputy Head Cardiac Catheterization Laboratory, General Hospital of Ioannina "G. Chatzikosta

## ABSTRACT

Total Quality Management - TQM (Total Quality Management-TQM), health services, is a modern management philosophy to improve the quality and efficiency of the organization as a whole, with the involvement of all employees, at all levels. According to the research data, the concept of quality is distinguished in technical, interpersonal quality and hotel infrastructure and focuses on patient satisfaction. The Critical success factors of TQM, organizations for business excellence in continuous competitive changing environment, is the management commitment, customer focus, constant communication with employees, encouragement and reward, education and scientific training, continuous improvement quality of service, interdependent relationships with suppliers, active employee participation, creation of representative indicators, targets and benchmarking, continuous outcome assessment and continuous review, review of program procedures. The purpose of this article is through the review of Greek and international literature, to introduce the methodology of a project TQM, to health services, as everyday best practice, with emphasis on quality of service. According to the literature review, TQM contributes to improving the quality of health services, the cultivation of team spirit, cooperation between health professionals and leadership, with a view to satisfy all. TQM is purely anthropocentric theory of organization and administration. We need comprehensive effort approach to improving the quality of leadership and the introduction of the culture of workers.

**Keywords:** Total Quality Management, management, health services, quality, patient satisfaction

Corresponding Author:  
Theodora Malamou, Seferi 16, P.C. 45500, Anatoli, Ioannina  
Tel.: +30 26510 37716, 6947209532  
e-mail:dmalamou@gmail.com

Submission Date: 21/03/2016  
Publication Date: 22/07/2016