



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η Αιτή Διαχείριση ως Παράγοντας Βελτίωσης στις Υπηρεσίες Υγείας. Η
Περίπτωση του Βενιζέλειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.**

Γενιτσαρίδη Ελένη

Ματαλλιωτάκης Γεώργιος

Καθηγητής -ΕΑΠ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2021

© ΕΑΠ, 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») Γενιτσαρίδη Ελένης που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημοσίου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσης τους διεθνώς σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού, ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταμόρφωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση, με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του/της δικαιωμάτων.



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η Αιτή Διαχείριση ως Παράγοντας Βελτίωσης στις Υπηρεσίες Υγείας. Η
Περίπτωση του Βενιζέλειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Γενιτσαρίδη Ελένη

ΑΜ : std139845

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής Συν-Επιβλέπων Καθηγητής

Ματαλλιωτάκης Γεώργιος

Οικονόμου Νικόλαος

Καθηγητής ΕΑΠ

Καθηγητής ΕΑΠ

Ηράκλειο

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς τη συμμετοχή σημαντικών ανθρώπων οι οποίοι με στήριξαν συστηματικά στη δύσκολη πορεία συγγραφής της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή κ. Ματαλλιωτάκη για την υπομονή που έδειξε γνωρίζοντας ότι λόγω του υγειονομικού επαγγέλματος μου, είχα να αντιμετωπίσω μία πολύ δύσκολη χρονιά, εξαιτίας της πανδημίας του Covid-19. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου για την ηθική συμπαράσταση, τους φίλους και συναδέλφους μου που με διευκόλυναν με όποιο τρόπο μπορούσαν, προκειμένου να ολοκληρώσω την παρούσα προσπάθεια. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση το Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, για τη δυνατότητα που μου έδωσε να διεξάγω την παρούσα έρευνα στο πλαίσιο της μονάδας.

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της λιτής διαχείρισης απασχολεί έντονα τον υγειονομικό τομέα, καθώς η προγενέστερη εφαρμογή της σε άλλους κλάδους, έχει καταδείξει πόσο σημαντικά οφέλη μπορεί να επιφέρει στους οργανισμούς που την υιοθετούν.

Σκοπός : Η παρούσα εργασία διερευνά τον βαθμό εφαρμογής της λιτής διαχείρισης στις μονάδες υγείας της Ελλάδας και συγκεκριμένα στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, εξετάζοντας τις απόψεις των εργαζομένων.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 82 εργαζόμενοι του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, οι οποίοι επιλέχθηκαν σύμφωνα με την βολική δειγματοληψία. Η μέθοδος έρευνας που εφαρμόστηκε ήταν η ποσοτική και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν σύμφωνα με το στατιστικό πακέτο SPSS.

Αποτελέσματα : Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, έχει υιοθετήσει και εφαρμόζει αρχές της λιτής διαχείρισης σε σημαντικό βαθμό. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι έχουν γνώσεις σε ζητήματα λιτής διαχείρισης, ενώ κατανοούν τα οφέλη από την εφαρμογή της. Επιπροσθέτως οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου είναι θετικά διακείμενοι στην απόκτηση επιπλέον γνώσεων για την λιτή διαχείριση.

Συμπεράσματα : Η λιτή διαχείριση αποτελεί μία αναγκαιότητα για τα ελληνικά υγειονομικά ιδρύματα και πρέπει να εφαρμοστεί άμεσα και συστηματικά, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα χρόνια προβλήματα από τα οποία ταλανίζονται και να εκσυγχρονιστούν. Το ελληνικό κράτος είναι αναγκαίο να λάβει μέτρα, να προωθήσει πολιτικές και να προσφέρει κίνητρα στις υγειονομικές μονάδες και στους εργαζομένους, να εφαρμόσουν αποδοτικά και αποτελεσματικά τη λιτή διαχείριση, ώστε να παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον υγείας και βελτιωμένες υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες.

Λέξεις Κλειδιά : Λιτή Διαχείριση, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Κρήτης

Lean management as an improvement factor in health services. The case of Venizeleio General Hospital of Crete, Greece

Eleni Genitsaridi

Abstract

In recent years, the issue of lean management has been of great concern to the health sector, as its previous application in other sectors has shown how significant benefits it can bring to the organizations that adopt it.

Aim: The present work examines the degree of application of the simple management in the health units of Greece and specifically in the Venizelio General Hospital of Heraklion, Crete, examining the views of the employees.

Material and method: The sample of the research consisted of 83 employees of the Venizelio General Hospital of Heraklion, Crete, who were selected according to the convenient sampling. The research method used was quantitative and the research tool used was the questionnaire. The research data were analyzed according to the SPSS statistical package.

Results: The results of the research showed that the Venizelio General Hospital of Heraklion, Crete, has adopted and applies the principles of simple management to a significant degree. It was also found that employees have knowledge of simple management issues, while understanding the benefits of its implementation. In addition, the hospital staff is positive about acquiring additional knowledge about simple management.

Conclusions: Simple management is a necessity for Greek health institutions and must be implemented immediately and systematically, so that they can deal with the chronic problems from which they are plagued and modernized. The Greek state needs to take action, promote policies, and provide incentives to health facilities and employees to implement lean management efficiently and effectively, in order to provide a safe health environment and improved health services to citizens.

Keywords: Lean Management, Venizelio General Hospital of Heraklion, Crete

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Εισαγωγή | 1 |
| A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 4 |
| 1^ο Κεφάλαιο : Θεωρητική Προσέγγιση της Λιτής Διαχείρισης | 4 |
| 1.1 Προσεγγίζοντας την Έννοια της Λιτής Διαχείρισης | 4 |
| 1.2 Το Πλαίσιο Αρχών της Λιτής Διαχείρισης | 5 |
| 1.3 Τα Μέσα και οι Στρατηγικές Υλοποίησης της Λιτής Διαχείρισης | 8 |
| 2^ο Κεφάλαιο : Η Λιτή Διαχείριση στον Τομέα της Υγείας | 11 |
| 2.1 Τα Μέσα και οι Στρατηγικές της Λιτής Διαχείρισης που Εφαρμόζονται στον Υγειονομικό Τομέα | 11 |
| 2.2 Η υπέρμετρη δαπάνη πόρων στον Υγειονομικό Τομέα | 15 |
| 2.3 Τα Οφέλη της Λιτής Διαχείρισης στις Νοσοκομειακές Μονάδες | 19 |
| 2.4 Εμπόδια Εφαρμογής της Λιτής Διαχείρισης στις Νοσοκομειακές Μονάδες | 23 |
| 2.5 Παραδείγματα Εφαρμογής των Αρχών Λιτής Διαχείρισης στον Υγειονομικό Τομέα | 25 |
| B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 32 |
| 3^ο Κεφάλαιο : Μεθοδολογία Έρευνας | 32 |
| 3.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα Εργασίας | 33 |
| 3.2 Επιλογή Μεθόδου | 33 |
| 3.3 Εργαλείο Έρευνας | 34 |
| 3.4 Δείγμα της Έρευνας και ο Τρόπος Δειγματοληψίας | 35 |
| 3.5 Ανάλυση Αποτελεσμάτων | 35 |
| 3.6 Ζητήματα Ηθικής Δεοντολογίας της Έρευνας | 36 |
| 4^ο Κεφάλαιο : Αποτελέσματα Ερευνάς | 37 |
| 4.1 Περιγραφική Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων | 37 |
| 4.2 Περιγραφική Ανάλυση Κυρίου Μέρους Ερωτηματολογίου | 44 |
| 4.3 Συζήτηση Αποτελεσμάτων της Έρευνας | 54 |
| 4.4 Συμπεράσματα | 57 |
| 4.5 Περιορισμοί της Έρευνας | 58 |
| Βιβλιογραφία | 60 |
| Παράρτημα | 66 |

Κατάλογος Γραφημάτων

Δεν βρέθηκαν καταχωρήσεις πίνακα εικόνων.

| | |
|---|----|
| Γράφημα 1.Φύλο..... | 38 |
| Γράφημα 2.Ηλικιακή Ομάδα..... | 39 |
| Γράφημα 3. Μορφωτικό Επίπεδο | 40 |
| Γράφημα 4.Οικογενειακή Κατάσταση | 41 |
| Γράφημα 5.Θέση Εργασίας στη Νοσοκομειακή Μονάδα | 43 |
| Γράφημα 6.Έτη Προϋπηρεσίας..... | 44 |
| Γράφημα 7.Εκπαίδευση σε Ζητήματα Λιτής Διαχείρισης..... | 52 |
| Γράφημα 8.Επιθυμία για Απόκτηση Περισσότερων Γνώσεων σε Ζητήματα Λιτής Διαχείρισης..... | 53 |
| Γράφημα 9.Όφελος από την Εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης..... | 54 |

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|---|----|
| Πίνακας 1:Φύλο | 38 |
| Πίνακας 2:Ηλικιακή Ομάδα..... | 39 |
| Πίνακας 3:Μορφωτικό Επίπεδο..... | 40 |
| Πίνακας 4:Οικογενειακή Κατάσταση | 41 |
| Πίνακας 5:Εργαζόμενοι στο Δημόσιο Τομέα | 42 |
| Πίνακας 6:Θέση Εργασίας στην Νοσοκομειακή Μονάδα..... | 42 |
| Πίνακας 7:Έτη Προϋπηρεσίας..... | 43 |
| Πίνακας 8: Πως θα Ορίζατε την Λιτή Διαχείριση | 44 |
| Πίνακας 9: Πιστεύετε ότι η Λιτή Διαχείριση Εφαρμόζεται Συστηματικά στον Υγειονομικό Οργανισμό που Εργάζεστε; | 45 |
| Πίνακας 10:Πόσο Χρονικό Διάστημα Χρησιμοποιούνται Εργαλεία Λιτής Διαχείρισης στον Οργανισμό που Εργάζεστε;..... | 45 |

| | |
|---|----|
| Πίνακας 11: Πως ο Οργανισμός που Εργάζεστε Εισηγάγε Αρχές Λιτής Διαχείρισης | 46 |
| Πίνακας 12: Αναφέρετε εάν κάθε μία από τις Ακόλουθες Τεχνικές Λιτής Διαχείρισης Εφαρμόζεται στον Οργανισμό που Εργάζεστε | 47 |
| Πίνακας 13: Λόγοι που Οδήγησαν τον Υγειονομικό Οργανισμό να εφαρμόσει τη Λιτή Διαχείριση | 47 |
| Πίνακας 14: Εμπόδια Εφαρμογής της Λιτής Διαχείρισης | 48 |
| Πίνακας 15: Ο Υγειονομικός Οργανισμός που Εργάζεστε σε ποιο Βαθμό Αντιμετωπίζει τις Ακόλουθες Μορφές Υπέρμετρης Δαπάνης/ Προβλήματα | 49 |
| Πίνακας 16: Επίπεδο Ικανοποίησης Εργαζομένων Από της Αρχές της Λιτής Διαχείρισης..... | 50 |
| Πίνακας 17: Σε Ποιο Βαθμό θεωρείτε ότι η Μονάδα Υγείας Αποκομίζει τα Ακόλουθα Οφέλη από την Εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης;..... | 51 |
| Πίνακας 18: Εκπαίδευση σε Ζητήματα Λιτής Διαχείρισης | 51 |
| Πίνακας 19: Θα Επιθυμούσατε να Αποκτήσετε Μεγαλύτερη Εξειδίκευση Όσον Αφορά την Λιτή Διαχείριση;..... | 52 |
| Πίνακας 20: Θεωρείτε ότι οι Μονάδες Υγείας στην Ελλάδα θα Επωφεληθούν από την Εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης;..... | 53 |

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)

FiveSigma

(5S)

Εισαγωγή

Τον 21^ο αιώνα ο υγειονομικός τομέας έχει έρθει αντιμέτωπος με πληθώρα δημοσιονομικών προβλημάτων καθώς μεγαλώνει η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, όπως και το κόστος τους. Η προαναφερόμενη κατάσταση εντείνεται εξαιτίας του γεγονότος ότι αυξάνεται διαρκώς ο ηλικιωμένος πληθυσμός παγκοσμίως, λόγω της προόδου της επιστήμης ως προς την θεραπεία πολλών ασθενειών που μέχρι πρότινος θεωρούνταν ανίατες (Toussaint&Berry, 2013). Η ραγδαία αύξηση των υγειονομικών δαπανών, συνδυαστικά με την στασιμότητα που παρατηρείται σε επίπεδο πόρων που διαθέτουν οι υγειονομικές μονάδες, ειδικότερα από την πλευρά των κρατικών προϋπολογισμών, αλλά και από τους ασφαλιστικούς φορείς, έχουν σαν αποτέλεσμα την οικονομική εξάντληση και την αδυναμία τους με τα διαθέσιμα κεφάλαια να καλύψουν την ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών. Η παραπάνω κατάσταση επιφέρει με τη σειρά της μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η οποία φανερώνεται κυρίως μέσα από την ελλιπή φροντίδα των ασθενών και από το μεγάλο χρονικό διάστημα αναμονής, με συνέπεια τη δυσαρέσκεια τους (Blackmoreetal., 2013).

Η παροχή προς τους ασθενείς άμεσων και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, θεωρείται ένα βασικό μέλημα κάθε υγειονομικού συστήματος, ώστε να διασφαλίζεται η διαρκής βελτίωση του επιπέδου αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης (Lean Management) και γενικότερα της λιτής φιλοσοφίας στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, αποσκοπεί να αναδιαρθρωθεί η υφιστάμενη υγειονομική κατάσταση, χωρίς να λάβουν χώρα επιπλέον χρηματοδοτικές ενισχύσεις ή νέες επενδυτικές προσεγγίσεις (Tsasis&BruceBarrett, 2008· Machado&Leitner, 2010) στον τομέα της υγείας.

Η λιτή διαχείριση όπως αναφέρεται στο επόμενο κεφάλαιο, εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1960 στην Ιαπωνία, σε μία προσπάθεια να αναπτυχθεί το σύστημα παραγωγής της Toyota. Άμεσα και με γοργούς ρυθμούς αναπτύχθηκε και καθιερώθηκε ως παραγωγική μέθοδος στην αυτοκινητοβιομηχανία και στην παραγωγή μηχανικών εξαρτημάτων, στοχεύοντας να παρέχει την βέλτιστη ποιότητα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και ταυτοχρόνως τον ταχύτερο χρόνο απόδοσης, περιορίζοντας τα περιττά έξοδα (Thompson, Wolf&Spear, 2003). Ο περιορισμός της

σπατάλης έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της αξίας και την ικανοποίηση εκείνων των αναγκών των πελατών που αποκτούν στην ουσία αυτό που επιθυμούν, με τον χρόνο, τον χώρο, την προσπάθεια και τον εξοπλισμό που καταναλώνεται, να είναι όσο το δυνατόν λιγότερα (Zidel, 2006). Για να εφαρμοστεί η λιτή διαχείριση απαιτείται να υπάρξει προσδιορισμός των κατάλληλων κινήσεων, οι οποίες θα προσθέσουν αξία σε κάθε είδους διαδικασία που λαμβάνει χώρα στο προϊόν ή στην υπηρεσία που παρέχεται, ενώ βασικό στοιχείο αποτελεί ο σεβασμός από το μέρος της διοίκησης στους εργαζομένους του εκάστοτε οργανισμού (Vegtingetal., 2012).

Ο υγειονομικός τομέας ωστόσο παρουσιάζει διαφοροποιήσεις σε σχέση με τον τομέα της αυτοκινητοβιομηχανίας, ο οποίος ήταν το πρώτο πεδίο εφαρμογής της λιτής διαχείρισης, αν και αρκετοί επιστήμονες αναφέρουν την ύπαρξη ενός κοινού πλαισίου βασικών παραμέτρων και στους δύο τομείς. Οι επαγγελματίες υγείας τόσο οι γιατροί, όσο και οι νοσηλεύτές, διακρίνονται από ένα σύνολο πολυσύνθετων διαδικασιών, οι οποίες λαμβάνουν χώρα κατά την επιτέλεση των καθηκόντων τους (Kimetal., 2006· Smithetal., 2012). Για να μπορέσει να δημιουργηθεί ένας εργασιακός χώρος, ο οποίος είναι οργανωμένος και χαρακτηρίζεται από καθορισμένες και σαφείς εργασιακές διαδικασίες, ώστε να είναι αποδοτικός, η λιτή διαχείριση εφαρμόζει τη στρατηγική των FiveSigma (5S), η οποία βοηθά να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και να περιοριστούν τα πιθανά λάθη (Jimmerson, Weber&Sobek, 2005). Οι παρεμβάσεις λιτής διαχείρισης στον υγειονομικό τομέα, επιδιώκουν να μεταβάλλουν τις διαδικασίες που παρέχεται η υγειονομική φροντίδα, για να εξασφαλιστεί εκείνη η προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών που θα διακρίνεται από υψηλό επίπεδο ασφάλειας, ποιότητας, απόδοσης και καταλληλότητας (Trägardh&Lindberg, 2004· Ballé&Rénier, 2007). Σε καμία περίπτωση η λιτή διαχείριση δεν συμπλέει με τον περιορισμό των εργαζομένων, αλλά αποσκοπεί με τους υπάρχοντες ή λιγότερους πόρους, να επιτύχει όσο το δυνατόν περισσότερα και καλύτερα αποτελέσματα (Poksinska, 2010).

Η παρούσα εργασία στοχεύει να εξετάσει εάν και σε ποιο βαθμό η λιτή διαχείριση εφαρμόζεται στις υγειονομικές μονάδες του ελληνικού κράτους και συγκεκριμένα στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης. Απώτερος στόχος της εργασίας είναι να καταδείξει κατά πόσο κατανοείται από τους εργαζομένους του

Βενιζέλειο Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου Κρήτης, η έννοια και το περιεχόμενο της λιτής διαχείρισης και πως θεωρούν ότι αυτή συμβάλλει στη βελτίωση του επιπέδου αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και κόστους των υγειονομικών οργανισμών.

Η εργασία δομείται στο θεωρητικό και στο ειδικό μέρος. Στο θεωρητικό τμήμα προσεγγίζεται η έννοια της λιτής διαχείρισης σε θεωρητική βάση. Συγκεκριμένα αποπειράται η εργασία να αποδώσει ένα ορισμό στην έννοια, αναφέρεται στο πλαίσιο αρχών, στα μέσα και στις στρατηγικές υλοποίησης της. Επίσης γίνεται αναφορά στα μέσα και στις στρατηγικές εφαρμογής της λιτής διαχείρισης στον υγειονομικό τομέα, στις μορφές της σπατάλης που παρατηρούνται στις υγειονομικές μονάδες, στα οφέλη που αυτές αποκομίζουν από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, καθώς και στα εμπόδια που συναντώνται κατά την προσπάθεια εφαρμογής της. Το θεωρητικό μέρος της εργασίας ολοκληρώνεται με παραδείγματα υιοθέτησης της λιτής διαχείρισης σε διεθνές πλαίσιο και με αναφορά στη μελέτη περίπτωσης της παρούσας εργασίας, που αποτελεί το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία της έρευνας, διατυπώνεται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα, η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, το ερευνητικό εργαλείο, το δείγμα της έρευνας, ο τρόπος δειγματοληψίας της έρευνας, ο τρόπος ανάλυσης των δεδομένων, ενώ η εργασία εστιάζει και σε ζητήματα ηθικής δεοντολογίας, προκειμένου να καταδείξει την εξασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της. Εν συνεχεία παρουσιάζονται τα ερευνητικά αποτελέσματα, ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, τα συμπεράσματα και οι περιορισμοί της έρευνας.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο Κεφάλαιο : Θεωρητική Προσέγγιση της Λιτής Διαχείρισης

1.1 Προσεγγίζοντας την Έννοια της Λιτής Διαχείρισης

Η λιτή διαχείριση ως έννοια εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1960 στην Ιαπωνία, όταν η εταιρεία Toyota προσπάθησε να την εφαρμόσει στο παραγωγικό σύστημα της. Εντός σύντομου χρονικού διαστήματος η λιτή διαχείριση έγινε καθολικά αποδεκτή από πλήθος επιχειρήσεων, εφαρμοζόμενη συστηματικά στον τομέα της αυτοκινητοβιομηχανίας, καθώς και σε συναφείς κλάδους ως ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους παραγωγής (Aherne&Whelton, 2010).

Σημείο αναφοράς για την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης στον τομέα του συστήματος παραγωγής της Toyota ήταν, η όσο το δυνατόν ποιοτικότερη παραγωγή προϊόντων στο χαμηλότερο δυνατό κόστος, στο μικρότερο δυνατό χρόνο παράδοσης, καθώς και η εξάλειψη της πιθανότητας διενέργειας κάθε είδους σπατάλης (Kraebber, 2014). Η παραπάνω εταιρεία μέσα από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης αύξησε σημαντικά την απόδοση, εστιάζοντας στο σεβασμό που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι στον οργανισμό και έγινε ευρέως ανταγωνιστική, μέσα από τη χρήση περιορισμένων πόρων. Αναλυτικότερα, η Toyota κατάφερε να μειώσει στο μισό το φυσικό χώρο της, περιορίστηκε η προσπάθεια που πραγματοποιούσαν οι εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, επίσης ελαχιστοποιήθηκε το κεφάλαιο των επενδύσεων της και το απόθεμα της, όπως και περιορίστηκαν σημαντικά προβλήματα που αναφέρονταν στην ασφάλεια του εργασιακού περιβάλλοντος (Grabau, 2011).

Με τον όρο λοιπόν λιτή διαχείριση μπορεί να λεχθεί ότι νοείται εκείνη η διαδικασία, η οποία χαρακτηρίζεται από δυναμικότητα, στηρίζεται στο γνωστικό κεφάλαιο, έχει πελατοκεντρικό χαρακτήρα, ενώ μέσα από την εφαρμογή της οι

εργαζόμενοι περιορίζουν τη σπατάλη, στοχεύοντας στη δημιουργία αξίας (Murman, 2002). Το Lean Management όπως αναφέρεται στην αγγλική βιβλιογραφία, αφορά εκείνη την διαδικασία που αποσκοπεί να πραγματοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερα, με την όσο το δυνατόν μικρότερη προσπάθεια, τον λιγότερο εξοπλισμό, χώρο και χρόνο, ενώ ταυτόχρονα επιδιώκεται η εξασφάλιση της μεγίστης δυνατότητας των πελατών να αποκτήσουν τα προϊόντα που επιθυμούν (Womack&Jones, 2003).

Ουσιαστικά η λιτή διαχείριση είναι εκείνη η διαχειριστική μέθοδος την οποία εφαρμόζουν επιχειρήσεις και οργανισμοί, στοχεύοντας στην προσαρμογή τους στο πραγματικό περιβάλλον της αγοράς, μέσα από την επίτευξη αλλαγών οργανωτικής και λειτουργικής φύσεως. Επιπροσθέτως η λιτή διαχείριση επικεντρώνεται κυρίως στους ανθρώπινους πόρους που διαθέτει ένας οργανισμός, στοχεύοντας στην όσο το δυνατόν καλύτερη επαγγελματική κατάρτιση και επιμόρφωση και στη διατήρηση θετικού – εταιρικού - κοινωνικού προφίλ (Dekier, 2012).

Αφετηριακό σημείο της λιτής διαχείρισης αποτελεί η εξάλειψη της περιττής δαπάνης, ώστε η εργασία που πραγματοποιείται να έχει θετικό λειτουργικό πρόσημο στην αξία της επιχείρησης και στην ικανοποίηση με όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερο τρόπο των αναγκών των πελατών. Κύριος άξονας εφαρμογής της λιτής διαχείρισης είναι ο προσδιορισμός εκείνων των ενεργειών, οι οποίες εάν εφαρμοστούν θα προσδώσουν αξία στον οργανισμό, καθώς και ο προσδιορισμός εκείνων των ενεργειών που δεν προσφέρουν αξία (Institute for HealthcareImprovement, 2005` Lavalle, 2011).

1.2 Το Πλαίσιο Αρχών της Λιτής Διαχείρισης

Σύμφωνα με όσα έχουν διατυπωθεί βιβλιογραφικά για τη λιτή διαχείριση, αυτή αρθρώνεται πάνω σε ένα πλαίσιο πέντε αρχών, οι οποίες είναι οι ακόλουθες (Womack&Jones, 2003) :

- ✓ **Καθορισμός της Αξίας από τους Τελικούς Πελάτες:** Σημείο κρισιμότητας για τη λιτή διαχείριση αποτελεί το ζήτημα της αξίας, η οποία καθορίζεται από

τους πελάτες. Στο τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών, ως εξωτερικοί πελάτες νοούνται οι ασθενείς, τα μέλη από την οικογένεια τους, όσοι συμβάλλουν στην κάλυψη των νοσηλειών (πληρωτές), καθώς και ένα σύνολο από ρυθμιστικούς φορείς. Ως εσωτερικοί πελάτες θεωρούνται οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον νοσοκομείο, το προσωπικό της διοίκησης, καθώς και κάθε εμπλεκόμενο μέλος στη περίθαλψη. Οι πελάτες είναι αυτοί που προσδίδουν αξία στον τομέα της φροντίδας, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα, από ασφάλεια, να είναι η κατάλληλη και να είναι αποτελεσματική (Kimetal., 2006).

- ✓ **Καθορισμός του Αξιακού Ρεύματος - Αμβλυνση των Ενεργειών που δεν έχουν Αξία:** Το ρεύμα αξίας ή όπως είναι γνωστό στην αγγλική βιβλιογραφία «valuestream», αποτελεί ένα σύνολο από επιμέρους ενέργειες μέσα από τις οποίες προκύπτει και παρέχεται αξία στους πελάτες. Το ρεύμα αξίας αφορά εκείνες τις ενέργειες που προσδίδουν αξία όπως αυτή καθορίζεται από τον πελάτη. Αναλυτικότερα, το ρεύμα αξίας συνδέεται με τα άτομα, με την τεχνολογία, με τον εξοπλισμό, με τα εργαλεία όπως επίσης και με ζητήματα που αφορούν τις εγκαταστάσεις, την επικοινωνία, την στρατηγική του οργανισμού. Στον τομέα της βιομηχανίας το αξιακό ρεύμα αναφέρεται σε όλα τα στάδια από την σύλληψη μίας ιδέας για ένα προϊόν, έως και την τελική παράδοση του. Στον υγειονομικό τομέα αντιστοίχως το ρεύμα αξίας αναφέρεται σε όλα τα γεγονότα, τα οποία καθορίζουν την πορεία υγείας του ασθενή. Κατά τον καθορισμό του ρεύματος αξίας, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνάται ο λόγος για τον οποίο επιβάλλεται η διενέργεια κάθε δραστηριότητας (Aherne&Whelton, 2010).
- ✓ **Οι Ενέργειες που Συμβάλλουν στην Αξία και πρέπει να Πραγματοποιούνται Συνεχώς ώστε το Προϊόν να Φτάνει Ομαλά στον Πελάτη :** Όταν καθοριστεί η ακριβής αξία, χαρτογραφηθεί το ρεύμα της αξίας και εξαλειφθεί η περιττή δαπάνη πόρων, στη συνέχεια πρέπει να πραγματοποιούνται όλες οι απαραίτητες ενέργειες, για να διασφαλιστεί ότι η παραγωγή της αξίας θα έχει ροή. Το σύνολο των ενεργειών που δημιουργούν αξία πρέπει να εκτελούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε να «ρέουν»,

παρακάμπτοντας εμπόδια και καθυστερήσεις. Σε ιδανικό επίπεδο, κάθε ενέργεια θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ορθότητα, ώστε να ικανοποιείται το μεταβαλλόμενο πλαίσιο που αφορά τις ανάγκες των πελατών. Παραδείγματος χάριν, ένα νοσοκομείο πρέπει να στοχεύει στην επιτάχυνση της συνεχούς ομαλής ροής όλων των διαδικασιών, για να μπορεί ο ασθενής να απολαμβάνει εγκαίρως την καλύτερη δυνατή ποιότητα υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας (Aherne&Whelton, 2010).

- ✓ **Έλξη - Το Προϊόν και η Υπηρεσία Παράγεται για τον Πελάτη:** Για τη δημιουργία της αξίας, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τη ζήτηση. Συνεπώς το σύνολο της εργασίας, των υλικών που χρησιμοποιούνται καθώς και οι πληροφορίες θα πρέπει να συσχετίζονται άμεσα με τη δραστηριότητα, οποτεδήποτε και οπουδήποτε απαιτείται (Womack&Jones, 2003). Παραδείγματος χάριν, όταν υπάρχει ένας ασθενής αυτός «έλκει» συγκριμένα προϊόντα και υπηρεσίες υγειονομικής φύσεως, όπως είναι το ραντεβού με τον γιατρό, εξετάσεις κτλ. όταν ωστόσο αυτές οι υπηρεσίες και τα προϊόντα είναι απαραίτητα.
- ✓ **Επιδίωξη της Τελειότητας μέσα από τη Συνεχή Βελτίωση:** Η ικανοποίηση της συγκεκριμένης αρχής αποσκοπεί στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος, όπου συνεχής στόχος είναι η πραγματοποίηση της τελειότητας. Για την επίτευξη του προαναφερόμενου στόχου, πρέπει διαρκώς να γίνονται βελτιώσεις σε διαδικασίες που εφαρμόζει ο κάθε οργανισμός, ώστε να αντιμετωπίζει επιτυχώς προβλήματα ή εμπόδια που προκύπτουν. Καθώς το ανθρώπινο δυναμικό εντοπίζει τα προβλήματα, προσπαθεί να εφαρμόσει ιδέες που αποσκοπούν στην καλύτερευση μέσα από τη διάδοση χρήσιμων πληροφοριών σε όλο τον οργανισμό (Houchens&Kim, 2013).

Εκτός των πέντε αξιών που αναφέρθηκαν η λιτή διαχείριση έχει σαν βάση και την αφαίρεση από τον οργανισμό ενεργειών, οι οποίες οδηγούν στην κατανάλωση πόρων, χωρίς όμως να παράγουν αξία, με αποτέλεσμα τη σπατάλη. Στο πλαίσιο της λιτής διαχείρισης θα πρέπει να αποφεύγονται 8 τύποι σπατάλης οι οποίοι είναι οι εξής (Grabau, 2011) :

- ✓ **Ελαττώματα :** Αναφέρεται στην χρονική δαπάνη του κάθε εργαζομένου όταν πραγματοποιεί ένα σφάλμα κατά τη διαδικασία του ελέγχου ή τη διόρθωση του σφάλματος.
- ✓ **Υπερπαραγωγή :** Αφορά εκείνες τις διαδικασίες που οι εργαζόμενοι πραγματοποιούν περισσότερα από όσα θα έπρεπε για τον πελάτη, ή είναι πιο γρήγοροι από όσο χρειάζεται.
- ✓ **Μεταφορά :** Τούτη συνδέεται με τη μεταφορά του προϊόντος που παράγει ένας οργανισμός χωρίς λόγο.
- ✓ **Αναμονή :** Συνδέεται με την αναμονή των πελατών όσον αφορά κάποια δραστηριότητα, διαδικασία, ή όταν ο εργαζόμενος αναμένει για την πραγματοποίηση κάποιας εργασίας.
- ✓ **Αποθέματα :** Αφορά το μεγάλο κόστος της αποθήκευσης, της κίνησης, της αλλοίωσης, αλλά και της αδικαιολόγητης κατανάλωσης των αποθεμάτων που υπάρχουν σε έναν οργανισμό.
- ✓ **Κίνηση:** Συγκεκριμένα αναφέρεται στην περιττή μετακίνηση που μπορεί να πραγματοποιούν οι εργαζόμενοι.
- ✓ **Υπερλειτουργία :** Η εργασία που πραγματοποιεί ο οργανισμός δεν αποτιμάται από τον πελάτη.
- ✓ **Μη Χρήση του Γνωστικού Κεφαλαίου :** Προκαλείται σπατάλη και συμβαίνουν απώλειες όταν το ανθρώπινο δυναμικό ενός οργανισμού που διαθέτει γνώσεις δεν τις χρησιμοποιεί στις διαδικασίες που συντελούνται σε αυτόν, όταν οι ιδέες τους δεν ακούγονται ή όταν η επιχείρηση δεν είναι υποστηρικτική ως προς τη σταδιοδρομία τους.

1.3 Τα Μέσα και οι Στρατηγικές Υλοποίησης της Λιτής Διαχείρισης

Από την περίοδο που ξεκίνησε η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης έχει περάσει ένα χρονικό διάστημα 50 ετών, χρόνος κατά τον οποίο έχουν δημιουργηθεί ένα σύνολο από μέσα και στρατηγικές που αποσκοπούν στην ανάπτυξη της αξίας και στον περιορισμό της δαπάνης πόρων σε κάθε επιχείρηση.

Ένα από τα πιο φημισμένα μέσα που κάνει χρήση η λιτή διαχείριση είναι η «χαρτογράφηση του ρεύματος τα αξίας» (valuestreammapping). Το προαναφερθέν μέσο αναπαριστά γραφικά όλες τις αρμοδιότητες που λαμβάνουν χώρα εντός του ρεύματος της αξίας που αφορά είτε ένα προϊόν, είτε μία υπηρεσία (Womack&Jones, 2003). Το εργαλείο αυτό καθορίζει τόσο την παροντική, όσο και την μελλοντική κατάσταση μίας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Επιπροσθέτως επιτρέπει τον εντοπισμό εκείνου του τρόπου που θα βοηθήσει, ώστε η επιχείρηση να βελτιώσει τις διαδικασίες για την επίτευξη της τελειότητας, αφού καθοριστούν εκείνες οι ενέργειες που προσδίδουν αξία, αλλά και εκείνες που δεν προσδίδουν αξία στον οργανισμό. Στον υγειονομικό τομέα, οι ενέργειες που προσθέτουν αξία είναι παραδείγματος χάριν η συζήτηση που μπορεί να πραγματοποιεί το νοσηλευτικό προσωπικό με τους ασθενείς, ώστε να καταγράφονται σημαντικές πληροφορίες που συνδέονται με τον τομέα της υγείας. Αντιθέτως ως ενέργεια που δεν προσδίδει αξία μπορεί να χαρακτηριστεί η αναμονή των ασθενών μέχρι να έρθει ο θεράπων ιατρός που θα τους εξετάσει (Immerson, Weber&Sobek, 2005).

Μία από τις πιο γνωστές στρατηγικές της λιτής διαχείρισης αφορά την διαρκή και σταδιακή βελτίωση. Η στρατηγική αυτή αναφέρεται σε ένα σύνολο από δράσεις που συμβαίνουν σε χρονική περίοδο 4-5 ημερών, στοχεύοντας να πραγματοποιηθούν σημαντικές αλλαγές στον οργανισμό. Σκοπός των προαναφερόμενων πρωτοβουλιών είναι το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού να κατευθυνθεί σε μία συγκεκριμένη διαδικασία η οποία πρέπει να επανασχεδιαστεί (Lavalle, 2011).

Πολύ διαδεδομένη στρατηγική της λιτής διαχείρισης είναι αυτή των «5S», η οποία αναφέρεται σε πέντε ιαπωνικές λέξεις που ξεκινούν με το γράμμα S. Συγκεκριμένα πρόκειται για τη λέξη **Seiri** που αναφέρεται στη διαλογή εκείνων των εργαλείων και των εξαρτημάτων που θεωρούνται σημαντικά για το εργασιακό περιβάλλον και αντιστοίχως για την απομάκρυνση όσων δεν είναι απαραίτητα. Η δεύτερη λέξη είναι η **Seiton**, η οποία αναφέρεται στον προσδιορισμό και στην τακτοποίηση των εργαλείων και των μέσων για να μπορεί να γίνει εύκολη χρήση τους. Η τρίτη λέξη είναι η **Seiso**, που αφορά την ύπαρξη ενός καθαρού εργασιακού περιβάλλοντος. Η τέταρτη λέξη είναι η **Seiketsou** που συνδέεται με την δημιουργία και ανάπτυξη εκείνων των διαδικασιών που αποσκοπούν στη διασφάλιση των

βελτιώσεων των τριών παραπάνω βημάτων. Η πέμπτη λέξη είναι η **Shitsuke** η οποία σχετίζεται με την απόκτηση συνηθειών, ώστε να λαμβάνει χώρα η πραγματοποίηση των τεσσάρων προαναφερόμενων βημάτων (Womack&Jones, 2003). Η στρατηγική των 5S μπορεί να συμβεί σε αποθηκευτικούς χώρους που υπάρχουν εργαλεία, φάρμακα ή εξαρτήματα για παράδειγμα μίας νοσοκομειακής μονάδας. Επιπροσθέτως ένας εργασιακός χώρος που είναι καθαρός και καλά οργανωμένος, συμβάλλει στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων, περιορίζονται τα λάθη, ενισχύεται το ηθικό των υπαλλήλων, ενώ οι ασθενείς έχουν θετική άποψη για αυτόν (Lavalle, 2011).

Ο οπτικός έλεγχος θεωρείται ακόμη ένα μέσο που χρησιμοποιείται με μεγάλη συχνότητα, καθώς έχει αποδειχθεί η χρησιμότητα του στον τομέα της υγείας. Ουσιαστικά γίνεται η τοποθέτηση σε κοινή θέα όλων των εργαλείων, εξαρτημάτων, παραγωγικών δραστηριοτήτων και δεικτών απόδοσης κάθε παραγωγικού συστήματος, για να μπορούν όλοι οι εργαζόμενοι με μία ματιά να κατανοήσουν την κατάσταση του συστήματος (Womack&Jones, 2003). Ο οπτικός έλεγχος αποτελεί διάσταση της στρατηγικής των 5S πολύ συχνά, καθώς συμβάλλει στην οργάνωση της εργασιακής ροής ενός οργανισμού. Όσον αφορά στις νοσοκομειακές μονάδες ως παράδειγμα οπτικού ελέγχου μπορούν να θεωρηθούν οι καρτέλες των ασθενών ή τα βραχιόλια που αυτοί φορούν, με αποτέλεσμα το προσωπικό να ενημερώνεται για την ύπαρξη κινδύνων (π.χ. αλλεργίες) (Lavalle, 2011).

Εντός του πλαισίου της στρατηγικής των 5S χρησιμοποιείται ένα ακόμη μέσο το οποίο ονομάζεται σήμα ή στην ιαπωνική γλώσσα, «Kanban», η χρήση του οποίου αποσκοπεί στη δήλωση αναγκαιότητας να μεταφερθούν είτε υλικοί πόροι, είτε ασθενείς μέσα από την τήρηση συγκεκριμένων διαδικασιών. Για παράδειγμα ως σήμα θεωρείται η ένδειξη που υπάρχει στα ακτινολογικά τμήματα των νοσοκομείων έξω από τις πόρτες που δηλώνει ότι ο χώρος είναι κατειλημμένος ή κενός (Lavalle, 2011).

Τα παραπάνω μέσα και μέθοδοι συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό, ώστε ένας οργανισμός να λειτουργεί εντός του πλαισίου της λιτής διαχείρισης. Αν και η εφαρμογή τους φαίνεται απλή, ωστόσο στην πράξη δεν είναι εύκολη. Ανασταλτικοί παράγοντες προς τη μη δυνατότητα εφαρμογής της λιτής διαχείρισης αποτελούν

καταρχήν ο φόβος του ανθρώπινου δυναμικού απέναντι στην αλλαγή, η μη κατανόηση των ωφελειών από την εφαρμογή της, το γνώριμο εργασιακό περιβάλλον, με αποτέλεσμα η οικοδόμηση της λιτής σκέψης και ειδικότερα η εφαρμογή της να είναι μία διαδικασία επίπονη και δύσκολη (Zidel 2006).

2^ο Κεφάλαιο : Η Λιτή Διαχείριση στον Τομέα της Υγείας

2.1 Τα Μέσα και οι Στρατηγικές της Λιτής Διαχείρισης που Εφαρμόζονται στον Υγειονομικό Τομέα

Αν και στον υγειονομικό τομέα υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με την βιομηχανία, ειδικότερα ως προς τον τρόπο λειτουργίας του, ωστόσο συναντά κανείς και πολλές ομοιότητες, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα να εφαρμοστεί η λιτή διαχείριση σε όλες τις υγειονομικές μονάδες που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους προς τους πολίτες, ανάμεσα στις οποίες βρίσκονται και τα νοσοκομεία (Radnoretal., 2012). Πολλοί δε, είναι οι επιστήμονες που επισημαίνουν ότι η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης στον υγειονομικό τομέα θεωρείται αναγκαία και επιτακτική, καθώς επιτρέπει στις υγειονομικές μονάδες να βελτιωθούν (Leggat et al., 2015), δίνοντας τους τη δυνατότητα να γίνουν περισσότερο εύκαμπτες (Neufeld και συν., 2013).

Η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης στον υγειονομικό τομέα με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία αποσκοπεί στον προσανατολισμό των υγειονομικών μονάδων σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο αλλαγών, οι οποίες πρέπει να πραγματοποιηθούν όταν παρέχεται κλινική φροντίδα, ώστε να υπάρχει συνεχής βελτίωση στην ποιότητα, στην παραγωγικότητα, στην αποδοτικότητα, στην ασφάλεια, στην καταλληλότητα των υπηρεσιών προς τους ασθενείς - πελάτες (Houchens&Kim, 2013). Οι ασθενείς - πελάτες είναι απαραίτητο να αποτελούν το επίκεντρο των πιο πολλών εργασιών και των πρωτοβουλιών που λαμβάνουν τα νοσοκομεία. Το ίδιο ισχύει και για τους άλλους πελάτες όπως είναι για παράδειγμα τα άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, οι γιατροί, οι εργαζόμενοι

του νοσοκομείου, οι πληρωτές της περίθαλψης. Κάθε κατηγορία από τις προαναφερόμενες, καθορίζει το πλαίσιο της αξίας με τρόπο διαφορετικό (Grabau, 2011). Σε κάθε περίπτωση το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων πρέπει να ενεργεί έτσι ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη χωριστά. Μέσα σε αυτό το πεδίο η λιτή διαχείριση προσφέρει ένα συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο που καθορίζει ποιες δράσεις από αυτές που θα πραγματοποιήσει ένας οργανισμός, ένα νοσοκομείο για παράδειγμα, είναι δράσεις προστιθέμενης αξίας (ValueAdded) και ποιες μη προστιθέμενης αξίας (Non ValueAdded).

Πιο συγκεκριμένα το κανονιστικό πλαίσιο που αφορά στις δραστηριότητες προστιθέμενης αξίας είναι το εξής (Lawal, etal., 2014):

- ✓ Ο πελάτης πρέπει να είναι πρόθυμος να πληρώσει για τη δραστηριότητα.
- ✓ Η δραστηριότητα θα πρέπει να οδηγήσει σε μετασχηματισμό του προϊόντος ή της υπηρεσίας.
- ✓ Η δραστηριότητα θα πρέπει από την πρώτη φορά να πραγματοποιείται ορθά.

Εάν δεν πληρούνται τα τρία προαναφερόμενα σημεία τότε η δραστηριότητα δεν έχει προστιθέμενη αξία (Smith, etal., 2012).

Ένα πιο χρήσιμο μέσο είναι η παρουσίαση της προγενέστερης κατάστασης μέσα από την τυποποιημένη εργασία. Θα πρέπει να αναλύεται το έργο που θα λάβει χώρα και να προσδιορίζεται ο πιο αποδοτικός τρόπος πραγματοποίησης της εργασίας. Η απουσία τυποποίησης θεωρείται σημαντικό εμπόδιο για την ύπαρξη αρκετών προβλημάτων στις νοσοκομειακές μονάδες (Grabau, 2011).

Καμία τυποποιημένη εργασία δεν πρέπει να είναι άκαμπτη ή μόνιμη, αλλά να βρίσκεται διαρκώς σε κατάσταση βελτίωσης, ώστε κάθε εργαζόμενος με τις ιδέες που διαθέτει και το γνωστικό κεφάλαιο να βελτιώνει τις μεθόδους που χρησιμοποιεί. Εντός του πλαισίου της τυποποίησης των εργασιών, κάθε εργαζόμενος είναι αναγκαίο να αναζητά τις πιθανές περιττές δαπάνες πόρων και να κατανοεί το σύνολο των εργασιακών πτυχών που πραγματοποιεί σε κάθε δεδομένη στιγμή (Ulhassan, etal., 2013). Ωστόσο πρέπει να λεχθεί ότι εντός των νοσοκομειακών μονάδων θα πρέπει να τυποποιούνται εκείνες οι διαδικασίες που ωφελούν τους ασθενείς, τους

υπαλλήλους, τους γιατρούς καθώς και τον ίδιο των υγειονομικό οργανισμό. Επίσης μεγάλη σημασία πρέπει να αποδίδεται στην ποιότητα της τυποποίησης καθώς και στη διαρκή βελτίωση, αφού αυτή αποτελεί σημαντική συνιστώσα της λιτής διαχείρισης (De Sousa, 2009).

Ως παραδείγματα αποδοτικής τυποποίησης μπορεί να θεωρηθούν στο πλαίσιο της εργασίας σε νοσοκομείο, ο τρόπος που καθαρίζονται τα χειρουργεία. Η τυποποίηση αυτής της διαδικασίας για παράδειγμα έχει καταδείξει ότι περιορίζονται οι λοιμώξεις ενδοноσοκομειακού χαρακτήρα, ενώ οι υπάλληλοι φαίνεται ότι δεν έχουν πλήρεις γνώσεις για το πιο εργαλεία θα πρέπει να αποστειρώνονται (Hummer&Daccarett, 2009).

Επίσης η εφαρμογή της στρατηγικής των «5S» οδηγεί σε περιορισμό της σπατάλης, ενώ βελτιώνει τον εργασιακό χώρο από άποψη οργάνωσης και οπτικής διαχείρισης. Τα «5S» στην περίπτωση των νοσοκομείων αναφέρονται στους εξής όρους: Sort (Ταξινόμηση), Standardize (Τυποποίηση), Store (Αποθήκευση), Shine (Λάμψη), Sustain (Υποστήριξη) (Machado&Leitner, 2010).

Η ταξινόμηση αναφέρεται στην αναζήτηση εργαλείων ή γενικότερα εξοπλισμού, ο οποίος δεν είναι αναγκαίος (π.χ. για παράδειγμα εξοπλισμός που έχει λήξη ή δεν είναι λειτουργικός) και δεν μπορεί να γίνει χρήση του, ώστε να προσδώσει αξία στον οργανισμό (Grabau, 2011).

Η τυποποίηση θεωρείται από τα 5S το πιο ορατό στοιχείο της λιτής διαχείρισης που μπορεί να εφαρμόσει ένα νοσοκομείο. Μόλις γίνει καθορισμός των θέσεων των αντικειμένων, στη συνέχεια θα πρέπει αυτά να παραμείνουν σε αυτές τις θέσεις. Μπορεί η τυποποίηση να λάβει χώρα σε ένα τμήμα ή σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, κάτι που αν συμβεί θα ωφελήσει ιδιαίτερα τους εργαζομένους (Zidel, 2006). Η τυποποίηση συχνά λαμβάνει χώρα μέσα από την χρήση μεθόδων οπτικού χαρακτήρα όπως είναι για παράδειγμα η τοποθέτηση περιγραμμάτων σκιών ή αυτοκόλλητης ταινίας. Από κάθε σημείο σήμανσης οι εργαζόμενοι έχουν τη δυνατότητα εντοπισμού των ελλείψεων ενός στοιχείου, γνωρίζουν που θα πρέπει να ψάξουν αυτό που θέλουν και να μην σπαταλούν αδικώς τον χρόνο τους, ενώ τα

σημεία σήμανσης αποτελούν οπτικά κίνητρα για τον κάθε εργαζόμενο, ώστε να επιστρέψει το αντικείμενο στη θέση του (Tsasis&Bruce-Barrett, 2008).

Η αποθήκευση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική διαδικασία για τα νοσοκομεία, ώστε να απομακρύνονται τα περιττά αντικείμενα και να οργανώνεται ορθά το υγειονομικό υλικό και ο υγειονομικός εξοπλισμός που υπάρχει στους αποθηκευτικούς χώρους. Όσα στοιχεία έχουν συχνή χρήση πρέπει να αποθηκεύονται όσο το δυνατόν κοντύτερα στο σημείο χρήσης. Επιπροσθέτως εάν κάποια αντικείμενα χρησιμοποιούνται από πλήθος εργαζομένων, όπως για παράδειγμα είναι τα γάντια μίας χρήσης, τότε θα πρέπει να υπάρχουν σε πολλά σημεία αποθήκευσης. Επιπλέον σε εργονομικά σημεία είναι αναγκαίο να είναι τοποθετημένα αντικείμενα όπως είναι πάγκοι ή ράφια, να μην βρίσκονται ούτε πολύ χαμηλά, ούτε πολύ ψηλά για να περιορίζουν οι εργαζόμενοι τις περιττές κινήσεις (Womack&Jones, 2003).

Όταν αφαιρούνται τα περιττά αντικείμενα και καθορίζεται η καλύτερη δυνατή θέση αποθήκευσης για όσα παραμένουν, τότε το ανθρώπινο δυναμικό θα πρέπει να εστιάζει στην καθαριότητα. Η καθαριότητα δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο από το τμήμα καθαριότητας του νοσοκομείου, αλλά οι εργαζόμενοι κάθε τμήματος θα πρέπει να μεριμνούν για την καθαριότητα του τμήματος τους. Ο ελαφρύς καθαρισμός για παράδειγμα μέσα στην εβδομάδα μπορεί να αποτελέσει μία τυποποιημένη εργασία, η οποία μπορεί να λαμβάνει χώρα συγκεκριμένη ώρα ή να πραγματοποιείται από συγκεκριμένα άτομα ή όποτε αυτό είναι δυνατό μέσα στη μέρα (Grabau, 2011).

Δίπλα στα προαναφερόμενα «5S» κάποιοι οργανισμοί τοποθετούν άλλο ένα, που είναι αυτό της ασφάλειας. Ωστόσο πολλοί υπογραμμίζουν ότι ασφάλεια εντάσσεται στο βασικό πλαίσιο της φιλοσοφίας της οργάνωσης και αποτελεί σημαντική συνιστώσα του συνόλου των μέσων της στρατηγικής των «5S» (Hasle, Nielsen&Edwards, 2016).

2.2 Η υπέρμετρη δαπάνη πόρων στον Υγειονομικό Τομέα

Η λιτή διαχείριση εφαρμόζεται στον υγειονομικό τομέα για να μπορέσει μεταξύ άλλων να περιορίσει και την υπέρμετρη δαπάνη πόρων. Με τον όρο αυτό νοούνται όλες εκείνες οι ενέργειες ή καταστάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα η υγειονομική μονάδα να μην αξιοποιεί στο έπακρο τους πόρους της και να τους καταναλώνει σε ενέργειες που δεν λειτουργούν προθετικά της αξίας της. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία τα είδη της υπέρμετρης δαπάνης πόρων που συναντιούνται στο υγειονομικό τομέα είναι τα εξής :

Ελαττώματα : Τα ελαττώματα αναφέρονται σε κάθε εργασία η οποία δεν πραγματοποιείται με τον ενδεδειγμένο τρόπο. Όσο αφορά τον υγειονομικό τομέα τα ελαττώματα θεωρούνται σημαντικές αιτίες για την πρόκληση σοβαρών επιπλοκών, που μπορεί να επιφέρουν ακόμη και απώλεια της ζωής των ασθενών. Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία υπολογίζεται ότι ετησίως καταγράφονται 400.000 επιπλοκές σε ασθενείς, οι οποίες είναι αποτέλεσμα λανθασμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Σύμφωνα με τον Atkinson (2012), κάθε περιστατικό επιπλοκής κατανοείται ως ελάττωμα στον υγειονομικό τομέα, ενώ επισημαίνεται ότι οι αιτίες πρόκλησης μπορεί να είναι πολλαπλές και ποικίλες κάθε φορά. Σε κάθε περίπτωση οι εργαζόμενοι του υγειονομικού τομέα για να αποφύγουν τα ελαττώματα, όχι μόνο είναι αναγκαίο να εστιάζουν σε διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσουν και να τις τηρούν αυστηρά, αλλά και να αξιολογούν τις καταστάσεις που έχουν κάθε φορά να αντιμετωπίσουν, όπως και να λογοδοτούν για τις πράξεις τους (Balle&Régner, 2007). Το ελάττωμα κατανοείται ως εκείνη η πράξη που μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή, η οποία δεν επιτρέπει την ομαλή εφαρμογή των διαδικασιών. Σε αυτή την περίπτωση οι υγειονομικοί θα πρέπει να εφαρμόζουν εναλλακτικές λύσεις, ώστε να αποφεύγουν τα ελαττώματα. Χαρακτηριστική περίπτωση ελαττώματος στον υγειονομικό τομέα αποτελεί για παράδειγμα η περίπτωση που το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αποτύχει ή να κάνει λανθασμένη λήψη αίματος. Συνέπεια της παραπάνω ενέργειας είναι η ανάγκη επανάληψη της διαδικασίας, με αποτέλεσμα να υπάρχει επιπρόσθετη κατανάλωση χρόνου, υλικών πόρων καθώς και απασχόλησης των εργαζομένων (Grabán, 2011).

Υπερπαραγωγή : Η υπερπαραγωγή αναφέρεται στην ύπαρξη πιο μεγάλης ποσότητας προϊόντων από αυτή που είναι αναγκαία ή επιθυμούν οι πελάτες ή η παραγωγή των προϊόντων γίνεται πολύ νωρίτερα από τον αναμενόμενο χρόνο. Στον υγειονομικό τομέα για παράδειγμα η υπερπαραγωγή μπορεί να παρατηρηθεί στο φαρμακευτικό τμήμα των νοσοκομείων. Κάθε νοσοκομειακή μονάδα διαθέτει φαρμακευτικό τμήμα όπου παράγει και παρέχει τα φάρμακα που χρειάζεται ο κάθε ασθενής. Εάν υποτεθεί ότι παράγονται μεγάλες ποσότητες κάποιων φαρμάκων τα οποία δεν καταναλώνονται και λήγουν πριν γίνει χρήση τους, τότε η ενέργεια αυτή κατανοείται ως υπέρμετρη δαπάνη πόρων (Ben-Tovim, etal., 2007). Η υπερπαραγωγή αναφέρεται και στο κόστος ως προς τις ώρες της εργασίας, καθώς οι υπάλληλοι του φαρμακευτικού τμήματος καταναλώνουν εργασιακό χρόνο για να παράγουν τα φάρμακα, τα οποία δεν χρησιμοποιήθηκαν. Έχει εκτιμηθεί ότι νοσοκομεία που έχουν εφαρμόσει τη λιτή διαχείριση στα τμήματα των φαρμακείων τους, έχουν περιορίσει σημαντικά τη σπατάλη, καθώς επιστέφονταν κατά μέσο όρο ετησίως, 250 φαρμακευτικά σκευάσματα (De Sousa, 2009). Στο ίδιο πλαίσιο περιλαμβάνεται και η πολιτική λιτής διαχείρισης που ακολουθούν πολλές νοσοκομειακές μονάδες κατά την εφαρμογή της φλεβοκέντησης, όπου συνηθίζεται να λαμβάνουν οι εργαζόμενοι περισσότερα δείγματα από τα απαραίτητα, με την προοπτική ότι θα κάνουν χρήση αυτών των δειγμάτων κατά τη διενέργεια κάποιας επείγουσας μελλοντικής εξέτασης στο μέλλον. Όπως έχει διαπιστωθεί σπανίως τα επιπλέον δείγματα χρησιμοποιούνται, με αποτέλεσμα να υπάρχει κατανάλωση χρόνου, υλικών και ανθρώπινων πόρων (Jimmerson, Weber&Sobek, 2005). Στο πλαίσιο της λιτής διαχείρισης πολλά νοσοκομεία προσπαθούν να περιορίσουν την υπερκατανάλωση σε επίπεδο ακτινολογικών και διαγνωστικών διαδικασιών (Pham, etal., 2007).

Μεταφορές: Η υπέρμετρη δαπάνη στον τομέα των μεταφορών αναφέρεται στην υπερβολική κίνηση των προϊόντων εντός ενός συστήματος, στην προκειμένη περίπτωση εντός του νοσοκομείου. Επί της ουσίας αναφέρεται στους ασθενείς, αλλά και στους εργαζομένους. Παραδείγματος χάριν κατά το σχεδιασμό της νοσοκομειακής μονάδας δεν είχαν γίνει ορθές προβλέψεις και οι ασθενείς μετακινούνται σε μεγάλες αποστάσεις, είτε γιατί τα χειρουργεία είναι πολύ μακριά,

είτε για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Αντιστοίχως πολλοί εργαζόμενοι μπορεί να διανύουν μεγάλες αποστάσεις εντός του νοσοκομείου, είτε για την προμήθεια αναλωσίμων, είτε για την επίσκεψη στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου. Σε κάθε περίπτωση, είτε κατά την δημιουργία, είτε κατά την ανακαίνιση μίας νοσοκομειακής μονάδας, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η σπατάλη των μεταφορών (Kim, etal., 2007· King, Ben-Tovim&Bassham, 2006).

Αναμονή : Με τον όρο αναμονή ορίζεται εκείνο το χρονικό διάστημα που δεν λαμβάνει χώρα καμία δράση, κατάσταση που ενδεχομένως αφορά τόσο τους ασθενείς, όσο και τους εργαζομένους στο νοσοκομείο (Kollberg, Dahlgaard&Brehmer, 2006). Για παράδειγμα σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αναμένουν τον γιατρό να τους εξετάσει, υπάρχει μεγάλη αναμονή κατά τη διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο, την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων ή ειδικών θεραπειών όπως είναι οι χημειοθεραπείες. Ειδικότερα οι παλαιότερες υγειονομικές μονάδες δεν έχουν επικεντρωθεί στην προσπάθεια περιορισμού αυτού του είδους δαπάνης, παρά μόνο σε περίπτωση που διαπιστώσουν ότι μεγιστοποιείται χρήση κάποιων πόρων στο νοσοκομείο, όπως είναι τα μηχανήματα της αξονικής ή της μαγνητικής τομογραφίας. Στον προαναφερόμενο χρόνο αναμονής θα πρέπει επίσης να συμπεριληφθεί και το χρονικό διάστημα που μπορεί να περιμένει ο ασθενής, για να έχει την επόμενη συνάντηση με τον θεράποντα ιατρό (Mazzocato, etal., 2010). Ωστόσο εκτός των ασθενών και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι μπορεί να αναμένουν για την πραγματοποίηση της εργασίας τους. Για παράδειγμα παρατηρείται αναμονή εάν διαπιστωθεί η ύπαρξη ελαττωμάτων, τα οποία σχετίζονται με διαδικασίες, με καθυστερήσεις που εμπλέκονται σε διεργασίες, με ανωμαλία όσον αφορά στον μεγάλο όγκο δουλειάς, καθώς και στον μεγάλο αριθμό των ασθενών. Πολλά τμήματα νοσοκομείων επίσης διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τον φόρτο εργασίας. Αν και υπάρχει διάθεση περιορισμού του φόρτου εργασίας και συνεπώς και των ελαττωμάτων που μπορεί να εμφανιστούν κατά την επιτέλεση διαδικασιών, που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν τους εργαζομένους σε αναμονή, ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις αυτή η σπατάλη θεωρείται προτιμότερη σε σχέση με άλλες. Η δαπάνη της αναμονής προτιμάται από την ύπαρξη απρόβλεπτων ή απρογραμματίστων καταστάσεων στο νοσοκομείο. Κάθε νοσοκομειακή μονάδα θα

πρέπει να αξιολογεί την εκάστοτε αναμονή του ανθρώπινου δυναμικού της, ώστε να καταλήγει ποιο είδος αναμονής είναι αντιπαραγωγικό και πιο μπορεί να θεωρηθεί σε κάποιες περιπτώσεις χρήσιμο. Υποστηρίζεται δε, ότι κατά την διάρκεια της παραμονής τους οι εργαζόμενοι μπορεί να απασχοληθούν σε άλλα παραγωγικά έργα (Grabau, 2011).

Αποθέματα : Το είδος της περιττής δαπάνης που αφορά τα αποθέματα δεν αναφέρεται γενικά σε αυτά, αλλά στην υπερβολική ύπαρξη τους όταν δηλαδή παρατηρείται πιο μεγάλη ποσότητα αποθεμάτων από αυτή που είναι απαραίτητη, για την πραγματοποίηση ενός έργου (Toussaint&Berry, 2013). Είναι όμως αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψη ότι εάν υπάρχει εξάντληση αποθεμάτων, η κατάσταση αυτή μπορεί με τη σειρά της να οδηγήσει σε περισσότερες δαπάνες που αφορούν την κίνηση, τα κόστη και την επιτάχυνση των διαδικασιών. Συνεπώς, όταν υπάρχουν κάποιο αποθέματα στο νοσοκομείο δεν θα μετακινηθούν αρκετοί εργαζόμενοι περισσότερο στην αποθήκη του νοσοκομείου ή δεν θα διενεργήσουν ακριβές και γρήγορες νέες παραγγελίες, ώστε να τους αποσταλούν άμεσα προϊόντα τα οποία χρειάζονται. Το είδος της περιττής δαπάνης που αφορά την κίνηση αναφέρεται στον ίδιο τον εργαζόμενο. Τα νοσοκομεία σύμφωνα με τους Matloub&Mohsin, (2016), πρέπει να περιορίζουν τις κινήσεις των εργαζομένων τους για να μπορούν να είναι περισσότερο αποδοτικοί. Τα οφέλη που προκύπτουν από τον περιορισμό των κινήσεων έχουν συνέπειες και στους ίδιους τους εργαζομένους, καθώς μειώνεται η κόπωση τους, έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο και παράγουν εργασία, η οποία έχει προστιθέμενη αξία. Για παράδειγμα το περιττό περπάτημα θεωρείται μία σημαντική περίπτωση σπατάλης, καθώς σπανίως μπορεί να έχει προστιθέμενη αξία. Ο περιορισμός της περιττής δαπάνης της κίνησης μπορεί να συμβεί εάν για παράδειγμα έχει γίνει προσεκτική διάταξη και ορθή οργάνωση των προμηθειών και του εξοπλισμού που υπάρχουν στα νοσοκομεία. Η λιτή διαχείριση δεν αποσκοπεί στον περιορισμό του περπατήματος, ώστε οι υπάλληλοι να παραμένουν ακίνητοι, αλλά στον περιορισμό ή στην εξάλειψη των περιττών κινήσεων (Charron, et al., 2014).

Υπερλειτουργία ή Σπατάλη Επεξεργασίας: Η συγκεκριμένη περιττή δαπάνη αναφέρεται στην παραγωγή προϊόντων ή υπηρεσιών που είναι περισσότερο

ποιοτικά, σε σχέση με αυτά που απαιτούνται από τον πελάτη ή οφείλεται στη διενέργεια περιττής εργασίας. Ως τέτοια περίπτωση στα νοσοκομεία θεωρείται η διαδικασία της φυγοκέντρισης σε δείγματα αίματος, η οποία διαρκεί πολλές φορές περισσότερο χρόνο από τον ενδεδειγμένο, χωρίς να υπάρχει λόγος ή να προσφέρει επιπλέον αποτελέσματα. Η παραπάνω κατάσταση αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση υπερλειτουργίας ή σπατάλης επεξεργασίας, η οποία είναι συνέπεια των σφαλμάτων ή της κακής επικοινωνίας ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων (Mazzocato, etal., 2010).

Η Χρήση της Υπάρχουσας Γνώσης: Αυτή η μορφή περιττής δαπάνης πραγματοποιείται όταν οι εργαζόμενοι δεν κάνουν χρήση του γνωστικού κεφαλαίου που έχουν και δεν απασχολούνται σε θέσεις εργασίας που θα μπορούσαν να φανούν πιο χρήσιμοι, καταλαμβάνοντας συνήθως κατώτερες θέσεις εργασίας (Kollberg, Dahlgaard&Brehmer, 2006). Όπως επισημαίνει ο Grabam (2011) υπάρχει μία πολύ σημαντική σπατάλη στις νοσοκομειακές μονάδες, όταν οι εργαζόμενοι απλώς διεκπεραιώνουν την εργασία τους και επιστρέφουν σπίτι τους, καθώς δεν αξιοποιείται η νοημοσύνη και η δημιουργικότητα τους, με αποτέλεσμα να μην είναι όσο παραγωγικοί θα μπορούσαν. Σε αυτό το πλαίσιο ο προαναφερόμενος επισημαίνει ότι οι νοσοκομειακές μονάδες επιδιώκοντας τον σεβασμό των ασθενών, θα πρέπει να προσπαθούν συνεχώς να βελτιώνουν το πνευματικό επίπεδο των εργαζομένων τους.

2.3 Τα Οφέλη της Λιτής Διαχείρισης στις Νοσοκομειακές Μονάδες

Η λιτή διαχείριση εφαρμόζεται στα νοσοκομεία του εξωτερικού, παρά στην Ελλάδα, κάτι που καταδεικνύεται από το γεγονός ότι στην ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία, οι αναφορές για τη λιτή διαχείριση στον υγειονομικό τομέα είναι σχεδόν μηδαμινές. Ωστόσο λαμβάνοντας πληροφορίες την διεθνή βιβλιογραφία, μπορούν να καταδειχθούν τα σημαντικά οφέλη που μπορούν να έχουν οι μονάδες υγείας από αυτή, εάν την εφαρμόσουν. Η συστηματική εφαρμογή της λιτής διαχείρισης έχει καταδείξει ότι τα νοσοκομεία μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα είχαν πολύ καλύτερη ροή ασθενών και βελτίωση ως προς την κινητικότητα του προσωπικού. Αντιμετωπίστηκαν προβλήματα που αφορούσαν το συνωστισμό των ασθενών και περιορίστηκε η αναμονή

τους (Houchens&Kim, 2013 · Tsasis&Bruce -Barrett, 2008). Βελτιώθηκε το επίπεδο φροντίδας των ασθενών, αναγνωρίστηκαν οι υγειονομικές μονάδες που εφαρμόσαν τη λιτή διαχείριση ως ασφαλέστερες σε σχέση με άλλες (Houchens&Kim, 2013), ενώ βελτιώθηκε και το επίπεδο ικανοποίησης τόσο των εργαζομένων, όσο και των ασθενών (Graban, 2011).

Στα προαναφερόμενα οφέλη θα πρέπει να συμπεριληφθεί η βελτίωση των περιφερειακών δραστηριοτήτων των νοσοκομείων, όπως ήταν για παράδειγμα οι διοικητικές υπηρεσίες, οι έλεγχοι των εργαστηρίων και η υλικοτεχνική υποδομή των αναλωσίμων (Edwards, Nielsen, & Jacobsen, 2012). Παρατηρήθηκε σημαντική αποτελεσματικότητα στη ροή των ασθενών όταν αυτοί αφορούσαν επείγοντα περιστατικά, ειδικότερα ως προς τον χρόνο αναμονής τους και την ορθή χρήση των χειρουργικών εργαλείων (Edwardsetal., 2012).

Πιο συγκεκριμένα μέσα από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης παρατηρείται σημαντική βελτίωση της ποιότητας και της παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Επίσης οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το ανθρώπινο δυναμικό πιο αποδοτικό και ικανοποιημένο από την εργασία του. Μέσω της εφαρμογής της λιτής διαχείρισης μπορούν να κατανοηθούν τα ελαττώματα του οργανισμού και να εξαλειφθούν (Adamson&Kwolk, 2008). Ενέργειες που αφορούν τη πρόσθετη αξία των ασθενών εξετάζονται κατά την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης και υπάρχει ο καλύτερος δυνατός συντονισμός για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επιπροσθέτως κάθε μη προστιθέμενη αξία ή δράση που θεωρείται περιττή, εξαλείφεται. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι διαδικασίες που εφαρμόζονται στο νοσοκομείο, να διακρίνονται από αποτελεσματικότητα και απόδοση, εστιάζοντας στο όφελος του ασθενή (Ben -Tovim, etal., 2007).

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά κίνητρα των νοσοκομείων και ένα από τα βασικά γνωρίσματα της λιτής διαχείρισης. Οι νοσοκομειακές μονάδες στοχεύουν να βελτιώσουν την ποιότητα τους ως προς την φροντίδα των ασθενών και την ασφάλεια τους. Σε πολλές περιπτώσεις λόγω των σφαλμάτων που διενεργούνται μέσα στα νοσοκομεία, οι ασθενείς βιώνουν σημαντικές βλάβες, με αποτέλεσμα να οδηγούνται ακόμη και στο θάνατο (Golden, 2006). Κάθε

νοσοκομείο πρέπει να προσπαθεί να εκμηδενίσει τα λάθη και τις βλάβες που μπορεί να προκαλέσει στους ασθενείς (Laing&Baumgartner, 2005).

Επίσης έρευνες έχουν καταδείξει ότι η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης στις υγειονομικές μονάδες μπορεί να περιορίσει τους τραυματισμούς, τις λοιμώξεις ακόμη και τους θανάτους. Δεν είναι μία λύση μαγική, αλλά βοηθά στην εξάλειψη πολλών λαθών, ώστε να μεταβληθούν οι νοοτροπίες των εργαζομένων και να περιοριστούν εκείνα τα λάθη που μπορούν να προβλεφθούν (May, 2007). Ο Graban (2011) τόνισε ότι μέσα από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης επιτυγχάνονται γρήγορα και καλά αποτελέσματα όσον αφορά στα νοσοκομειακά εργαστήρια, στην απολύμανση, στην αποστείρωση των νοσοκομείων, στον περιορισμό των μολύνσεων, στο χρόνο αναμονής, στην αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων.

Στα σημαντικά πλεονεκτήματα της λιτής διαχείρισης στα νοσοκομεία πρέπει να αναφερθεί και η βελτίωση της ροής. Η ομαλή ροή στην περίπτωση των νοσοκομείων αναφέρεται είτε στα υποστηρικτικά προϊόντα, είτε στους ασθενείς. Η βελτίωση της ροής δεν είναι συνέπεια της πιο γρήγορης εκτέλεσης της εργασίας προστιθέμενης αξίας, αλλά του περιορισμού της αναμονής και των καθυστερήσεων (MacLeodetal., 2008). Επίσης η λιτή διαχείριση συμβάλλει στην βελτίωση της ροής με τον εντοπισμό του άνισου φορτίου εργασίας, ώστε να γίνεται η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των εργαζομένων (Grabana, 2011). Παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι τους χειμερινούς μήνες υπάρχει μεγαλύτερο φόρτος εργασίας λόγω των ασθενειών που προκύπτουν από κάποια καιρικά φαινόμενα. Συνέπεια της παραπάνω κατάστασης είναι η αύξηση του κόστους, ενώ θα πρέπει να υπάρχει η ανάλογη οργάνωση ως προς τις κλίνες και τα υποστηρικτικά τμήματα του νοσοκομείου για να μπορεί να ανταπεξέλθει στην υψηλή ζήτηση. Εάν δεν γίνουν όλες οι παραπάνω ενέργειες τότε θα παρατηρηθούν σημαντικές καθυστερήσεις. Παρά το γεγονός ότι οι νοσοκομειακές μονάδες δεν μπορούν να ελέγξουν την εποχικότητα, ωστόσο μέσω της εφαρμογής της λιτής διαχείρισης μπορεί να βελτιωθούν τα επίπεδα της προληπτικής φροντίδας και να ληφθούν πρωτοβουλίες κοινωνικής ασφάλειας (Halsted&Froehle, 2008).

Επιπροσθέτως μέσω της εφαρμογής της λιτής διαχείρισης παρατηρείται βελτίωση των χρηματοοικονομικών αποδόσεων των νοσοκομείων, καθώς περιορίζονται

τα κόστη και παράλληλα βελτιώνεται η ικανοποίηση των ασθενών τόσο σε επίπεδο αποτελεσμάτων, όσο και σε επίπεδο ευελιξίας των μονάδων υγείας. Επίσης η λιτή διαχείριση βελτιώνει τις πολιτικές που ακολουθούν οι μονάδες υγείας σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, ενώ αυξάνεται ο έλεγχος όσον αφορά στα κόστη (Koningetal, 2006). Η ποσοτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων της λιτής διαχείρισης μπορεί επίσης να οδηγήσει σε περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο προσεκτικοί στις σπατάλες και αυξάνεται η παραγωγικότητα τους, αφού επιλύονται προβληματικές καταστάσεις στον χώρο εργασίας. Παράλληλα περιορίζεται το άγχος των εργαζομένων, ενώ γίνονται και οι ίδιοι περισσότερο ευέλικτοι κατά την επιτέλεση των καθηκόντων τους. Μέσα από την εκπαίδευση και τη συμμετοχή τους σε διαδικασίες λιτής διαχείρισης συμβάλλουν και αυτοί καθοριστικά στην παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών (Plsek&Greenhalgh, 2001).

Δίπλα στα παραπάνω πρέπει να αναφερθεί ότι η λιτή διαχείριση βοηθά να μεταλαμπαδευτεί στις υγειονομικές μονάδες μία οργανωτική κουλτούρα, η οποία οδηγεί στην ευκολότερη αποδοχή των μεταρρυθμίσεων που πρέπει να επέλθουν στην υγειονομική περίθαλψη. Η οργανωτική κουλτούρα της λιτής διαχείρισης μπορεί να επιδράσει καθοριστικά στην απόδοση των εργαζομένων, στην μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση, στην αφοσίωση και στη δέσμευση τους απέναντι στους ασθενείς (Ross - Baker, 2014).

Ολοκληρώνοντας ένα από τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα της λιτής διαχείρισης είναι ότι προάγεται η τυποποίηση διαδικασιών, κάτι που οδηγεί στη βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών και στην ευκολότερη και πιο γρήγορη παροχή τους. Η τυποποίηση αναφέρεται στην διαχείριση και στον τρόπο που πραγματοποιούνται οι διάφορες εργασίες όσο και σε επίπεδο επικοινωνίας. Η τυποποίηση προάγει τη λιτή σκέψη και συμβάλλει στην καλύτερη περίθαλψη των ασθενών (Locock, 2003).

2.4 Εμπόδια Εφαρμογής της Λιτής Διαχείρισης στις Νοσοκομειακές Μονάδες

Για να μπορέσει να εφαρμοστεί η λιτή διαχείριση στο πλαίσιο του υγειονομικού τομέα θα πρέπει να σταματήσουν να υφίσταται μία σειρά σημαντικών εμποδίων. Καταρχήν είναι αναγκαίο να πεισθεί το ανθρώπινο δυναμικό τη νοσοκομειακής μονάδας για την σπουδαιότητα της εφαρμογής της λιτής διαχείρισης και να προβεί στην εφαρμογή της. Πολλοί είναι οι εργαζόμενοι που αντιτίθεται να εφαρμόσουν την λιτή διαχείριση, έχοντας μάλιστα υποστηρίξει ότι οι «ασθενείς δεν είναι αυτοκίνητα» και πως κάθε ένας από αυτούς χαρακτηρίζεται από μοναδικότητα (Houchens&Kim, 2013). Ωστόσο υποστηρίζεται ότι με την κατάλληλη εκπαίδευση οι εργαζόμενοι στις υγειονομικές υπηρεσίες είναι σε θέση να κατανοήσουν τις σπατάλες που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της εργασίας τους και να προβούν στον περιορισμό τους στο πλαίσιο της λιτής διαχείρισης (Poksinska, 2010).

Πολλοί εργαζόμενοι θεωρούν ότι η λιτή διαχείριση αφορά μειώσεις και απολύσεις, με αποτέλεσμα λόγω της παραπάνω αντίληψης δεν επιθυμούν να την εφαρμόσουν επειδή πιστεύουν ότι μπορεί οι ίδιοι ή οι συνάδελφοι τους να μείνουν χωρίς δουλειά. Εάν ωστόσο κατανοήσουν ότι η παραπάνω αντίληψη είναι λανθασμένη και πως στόχος της λιτής διαχείρισης είναι η καλύτερη λειτουργία του οργανισμού, ο καθορισμός της ακρίβειας των καθηκόντων τους, οι υποχρεώσεις που έχει κάθε θέση εργασίας, ώστε να μην χάνουν οι εργαζόμενοι την δουλειά τους επιτελώντας την όσο το δυνατόν καλύτερα, τότε πιστεύεται ότι θα είναι πρόθυμοι να την εφαρμόσουν (Houchens&Kim, 2013).

Κατά την εφαρμογή της η λιτή διαχείριση συναντά και μία σειρά εγγενών δυσκολιών στις οποίες έχουν επικεντρωθεί οι επιστήμονες. Παραδείγματος χάριν πολλοί είναι αυτοί που θεωρούν ότι η λιτή διαχείριση στον υγειονομικό τομέα βρίσκεται ακόμη σε κατάσταση ανωριμότητας, καθώς εφαρμόζεται πολύ λιγότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τον τομέα της αυτοκινητοβιομηχανίας. Επίσης υποστηρίζεται ότι η λιτή διαχείριση στον υγειονομικό τομέα έχει περιορισμένη έκταση εφαρμογής και πως είναι απαραίτητο να μεσολαβήσει ακόμη μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ώστε να μπορέσει να εφαρμοστεί αποτελεσματικά στο σύνολο των λειτουργιών και των διαδικασιών των υγειονομικών μονάδων. Συνεπώς για να μπορέσει να δημιουργηθεί το κατάλληλο

γνωστικό και εμπειρικό κεφάλαιο ως προς τη λιτή διαχείριση στις υγειονομικές μονάδες, θα πρέπει να περάσουν ακόμη αρκετά χρόνια (Wong, Ignatius, & Soh, 2014).

Εκτός από το ζήτημα του χρόνου και την μη συσσωρευμένη πρακτική εμπειρία ανασταλτικά προς την αποτελεσματική εφαρμογή της λιτής διαχείρισης στον υγειονομικό τομέα λειτουργεί και η μη ανάπτυξη μεθόδων που να ταιριάζουν στις ιδιαιτερότητες του κλάδου, όπως για παράδειγμα είναι ζητήματα πολυπλοκότητας και αξίας που συνδέονται με τους υγειονομικούς οργανισμούς (Plsek & Greenhalgh, 2001). Η πολυπλοκότητα σχετίζεται με τη αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης στοιχείων που στον υγειονομικό τομέα θεωρούνται απρόβλεπτα. Το νοσοκομειακό σύστημα συνεπώς εμφανίζει μία αιτιώδη ασάφεια, με αποτέλεσμα να καθιστά αδύνατη τη πλήρη πρόβλεψη ως προς τη συμπεριφορά των ασθενών και τις αντιδράσεις του οργανισμού τους στις θεραπείες. Επομένως η πολυπλοκότητα του υγειονομικού τομέα αποτελεί ένα βασικό εμπόδιο για την αποτελεσματική εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, καθώς δεν επιτρέπεται η τυποποίηση νοσοκομειακών διαδικασιών σε πολλές περιπτώσεις και η δημιουργία ομαλής ροής (Mazzocato et al., 2014).

Η πολυπλοκότητα πηγάζει επίσης από πολλές και διαφορετικές καταστάσεις. Αρκεί να σκεφθεί κανείς ότι η αποτελεσματική θεραπεία για τον κάθε ασθενή είναι εξατομικευμένη, ενώ σε πολλές περιπτώσεις εμπλέκεται και ο παράγοντας της συννοσηρότητας που προκαλεί αλληλεπίδραση ανάμεσα στις θεραπευτικές αγωγές. Επομένως οι θεραπευτικές ροές πολλές φορές παρουσιάζουν αυτό που πολλοί επιστήμονες αποδίδουν με τον όρο «αιτιακή ασάφεια» (Lippman & Rumelt, 1982), κάτι που καθιστά δύσκολη την ταυτοποίηση των σαφών αιτιακών σχέσεων ανάμεσα στη θεραπεία και τις αντιδράσεις του ασθενή από τη θεραπεία.

Επιπροσθέτως παρατηρείται ότι τα περισσότερα νοσοκομεία οργανώνονται σε λειτουργικά σιλό, ώστε να μπορέσουν να αξιοποιήσουν τα οφέλη της εξειδίκευσης, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η δημιουργία συνεκτικών και απρόσκοπτων ροών των ασθενών και να παρατηρούνται συγκρούσεις σε επίπεδο ρόλων και ασάφεια ως προς τα καθήκοντα των εργαζομένων (Perrow, 1986). Δίπλα στα παραπάνω εμπόδια πρέπει να αναφερθεί ότι οι νοσοκομειακές μονάδες εξαρτώνται από το συντονισμό των φορέων από διαφορετικά επαγγέλματα (Plsek & Wilson, 2001). Η πολυπλοκότητα του

υγειονομικού τομέα εξηγεί ως ένα βαθμό γιατί είναι δύσκολη η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης σε σχέση με άλλους τομείς.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι μονάδες υγείας κάνουν ευρεία χρήση υποστηρικτικών λειτουργιών όπως είναι ο εφοδιασμός, τα εργαστήρια, τα φαρμακεία, κατανοείται ότι σε κάποιους τομείς όπως τους προαναφερόμενους, η λιτή διαχείριση μπορεί να εφαρμοστεί σε σχέση με άλλους τομείς όπως είναι για παράδειγμα το τμήμα των εκτάκτων περιστατικών των νοσοκομείων, όπου όπως προαναφέρθηκε επικρατούν πολύπλοκες καταστάσεις (Mazzocatoetal., 2014).

Ολοκληρώνοντας, ένα σημαντικό εμπόδιο στην ορθή και αποτελεσματική χρήση της εφαρμογής της λιτής διαχείρισης είναι η αντίληψη που υπάρχει για την έννοια της αξίας. Η αξία είναι μία βασική προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, καθώς σε αυτή στηρίζεται. Εντούτοις αν και η αξία για τον πελάτη θεωρείται μία αρκετά ξεκάθαρη έννοια στο βιομηχανικό περιβάλλον, αυτό δεν συμβαίνει στην περίπτωση των μονάδων υγείας (Young & McClean, 2008). Το πλαίσιο του νοσοκομείου μπορεί με δυσκολία να καθορίσει την αξία σε αυστηρά πλαίσια, καθώς αλλιώς κατανοεί την αξία το νοσηλευτικό προσωπικό που επικεντρώνεται στην περίθαλψη, διαφορετικά το ιατρικό προσωπικό που εστιάζει στη θεραπεία και αλλιώς το διοικητικό που εστιάζει στις επιδόσεις του νοσοκομείου και στην αξία του προς την κοινότητα. Οι διαφορετικές αυτές αντιλήψεις ως προς την αξία, την κλινική αξία (καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή), τη βιωματική αξία (την εμπειρία της περίθαλψης) και τη λειτουργική αξία (την πιο μεγάλη σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας), έχουν σαν αποτέλεσμα να μην κατανοούν με τον ίδιο τρόπο οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα την έννοια της αξίας. Αποτέλεσμα της παραπάνω κατάστασης είναι οι βελτιώσεις που επιτελούνται στην αξία ενός τομέα στο νοσοκομείο, να συγκρούονται με τις αξίες των άλλων τομέων (Young & McClean, 2008).

2.5 Παραδείγματα Εφαρμογής των Αρχών Λιτής Διαχείρισης στον Υγειονομικό Τομέα

Η παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο μέσα από την εφαρμογή στρατηγικών λιτής διαχείρισης, οι οποίες αποσκοπούν να βελτιώσουν τις αποδόσεις των μονάδων υγείας, αναπτύσσοντας και ενεργοποιώντας το σύνολο των

εργαζομένων σε αυτές. Η λιτή διαχείριση σύμφωνα με τους Kimsey (2010) και Kaplan, (2012), δίνει τη δυνατότητα στις υγειονομικές μονάδες που την εφαρμόζουν να προσδιορίσουν το ιδανικό πλαίσιο συνθηκών, κατά το οποίο τόσο το ανθρώπινο δυναμικό τους, όσο και οι πόροι υλικής φύσεως, μπορούν να «συνεργαστούν», για να αποδοθεί η αξία τους με όσο το δυνατόν λιγότερες απώλειες.

Τις αρχές της λιτής διαχείρισης έχουν εφαρμόσει πολλά συστήματα φροντίδας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, έχοντας ως απώτερο στόχο να μεταβάλλουν προς το καλύτερο, τις διαδικασίες που παρέχουν τις κλινικές υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα της προαναφερόμενης εφαρμογής καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα της εφαρμογής της λιτής διαχείρισης στον τομέα της υγείας (Zidel, 2006).

Το πρώτο υγειονομικό σύστημα το οποίο φαίνεται ότι εφάρμοσε την λιτή διαχείριση τον υγειονομικό τομέα ήταν αυτό της Βρετανίας, όπως αυτό αναφέρθηκε το 2001 από το NHS Modernisation Agency. Εν συνεχεία ένα σύνολο εκδόσεων του προαναφερόμενου, σε διάφορες χώρες ακολούθησαν, ώστε να εφαρμοστεί η λιτή διαχείριση στον υγειονομικό τομέα. Η δημοφιλία και η δημοτικότητα της λιτής σκέψης, έχει ως σημείο αναφοράς το γεγονός ότι εστιάζει την προσοχή της η φιλοσοφία αυτή τόσο στην ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας, όσο και στην ικανοποίηση των ασθενών, κάτι που την κάνει συμβατή με την φιλοσοφία των περισσότερων υγειονομικών συστημάτων. Προτεραιότητα αποτελεί ο πελάτης-ασθενής, ενώ παράλληλα εστιάζει και σε ζητήματα ασφάλειας, στην ποιότητα και στη δέσμευση απέναντι στο ανθρώπινο δυναμικό. Χαρακτηριστικά παραδείγματα υγειονομικών οργανισμών που εφάρμοσαν τις αρχές της λιτής διαχείρισης είναι το VirginiaMasonMedicalCenter στο Seattle των ΗΠΑ, το ThedaCare στο Wisconsin των ΗΠΑ και το Flinders στην Αυστραλία. Τόσο στις προαναφερόμενες, όσο και στις άλλες περιπτώσεις, εντοπίστηκαν στοιχεία σχετικά με την επιρροή της λιτής διαχείρισης στον τομέα της ποιότητας των υπηρεσιών, στο ζήτημα του κόστους, στον χρόνο που παρέχονται οι υπηρεσίες και στο επίπεδο που είναι ικανοποιημένοι τόσο οι ασθενείς, όσο και οι εργαζόμενοι. Μεταξύ των κυριότερων αλλαγών που παρατηρήθηκαν από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, πρέπει να αναφερθούν η ανάπτυξη κινήτρων του επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις μονάδες υγείας, ο περιορισμός των λαθών και του χρόνου αναμονής των

εργαζομένων, η μείωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονταν (Shipman&Sinsky, 2013).

Το Ιατρικό Κέντρο Flinders στην Αυστραλία όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση εφαρμογής της λιτής διαχείρισης, το οποίο μάλιστα διαπιστώθηκε από την αξιολόγηση εφαρμογής ότι είχε πολύ θετικά αποτελέσματα, όσον αφορά στη ροή των ασθενών και στην κινητικότητα τόσο των ιατρών, όσο και των νοσηλευτών. Μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα κατάφερε να επιλύσει σημαντικά προβλήματα που αντιμετώπιζε, όπως ήταν για παράδειγμα ο συνωστισμός των ασθενών και η αύξηση του χρόνου αναμονής των ασθενών ειδικότερα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Ταυτοχρόνως μετά από 2 έτη εφαρμογής της λιτής διαχείρισης, η συγκεκριμένη υγειονομική μονάδα παρουσίασε αύξηση της τάξεως του 15-20% στην αποδοτικότητα της καθώς ελαχιστοποίησε τα περιστατικά ασφαλείας και διατήρησε το ίδιο κεφάλαιο, τον ίδιο τεχνολογικό εξοπλισμό, τις ίδιες δομές και το ίδιο προσωπικό (Ben-Tovimetal., 2007).

Το Flinders δεχόταν κατά μέσο όρο ετησίως 50.000 ασθενείς, εκ των οποίων εισάγονταν το 40%. Εξαιτίας του πολύπλοκου χειριστικού συστήματος δεν ήταν εφικτό να ανταποκριθεί άμεσα, καθώς οι ασθενείς ομαδοποιούνταν σύμφωνα με τα συμπτώματα που είχαν σε πέντε κατηγορίες και ανέμεναν ότι θα τους εξυπηρετούσαν εντός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Ωστόσο η αναμονή ήταν πολύ μεγάλη, με συνέπεια να επαναλαμβάνονται χωρίς λόγο κλινικές εξετάσεις και κλινικοί έλεγχοι, ώστε να επικαιροποιηθούν τα στοιχεία των ασθενών. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα της προαναφερόμενης δυσλειτουργίας αξίζει να αναφερθεί, η μεγάλη αναμονή που παρατηρήθηκε στον Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, η οποία για το έτος 2003 είχε καταγραφεί στις 8 ώρες. Αποσκοπώντας στην αλλαγή της παραπάνω κατάστασης, διαπιστώθηκε όσον αφορά στο συγκεκριμένο τμήμα της υγειονομικής μονάδας, ότι υπήρχαν δύο ροές αξίας. Η πρώτη ήταν οι ασθενείς οι οποίοι μετά τις εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονταν αποχωρούσαν από το ιατρικό κέντρο και αυτοί που εισάγονταν, με σκοπό να ακολουθήσουν κάποια θεραπευτική αγωγή. Με την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης οι ασθενείς των δύο προαναφερόμενων κατηγοριών τοποθετήθηκαν σε διαφορετικούς χώρους και έγιναν αποδέκτες διαφορετικής φροντίδας. Η απλή αυτή παρέμβαση είχε ως αποτέλεσμα άμεσα να διαφανούν τα θετικά αποτελέσματα της λιτής

διαχείρισης, καθώς μειώθηκε ο μέσος όρος αναμονής των ασθενών κατά 25%, ενώ περίπου το 70% των ασθενών αποχωρούσαν από την υγειονομική μονάδα σε διάστημα 4 ωρών από την προσέλευση τους. Επίσης περιορίστηκε σημαντικά και ο αριθμός των ασθενών που δεν εξετάζονταν από επαγγελματίες υγείας κατά 40% , κάτι που με τη σειρά του διευκόλυνε σε μεγάλο βαθμό τους εργαζομένους να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες φροντίδας σε εκείνους τους ασθενείς που το είχαν πραγματικά ανάγκη (Young & McClean, 2008).

Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ) για μεγάλο χρονικό διάστημα διακρίνονταν από ανεπάρκεια σε επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών και κόστους. Οι ασθενείς από την πλευρά τους διέθεταν σημαντικά χρηματικά ποσά, ώστε να γίνουν αποδέκτες των απαραίτητων υγειονομικών υπηρεσιών. Αρχικά η πρώτη νοσοκομειακή μονάδα που επεδίωξε να μεταβάλλει την υφιστάμενη κατάσταση ήταν το Ιατρικό Κέντρο VirginiaMason στο Seattle στην Washington, όπου και εφάρμοσε την λιτή διαχείριση σε πολλές πτυχές του και τα αποτελέσματα ήταν άμεσα ορατά. Το προαναφερόμενο κέντρο ήταν ένας μη κερδοσκοπικός υγειονομικός οργανισμός, ο οποίος κατά το έτος 1998 παρουσίασε για πρώτη φορά αρνητικό ισολογισμό. Η παραπάνω κατάσταση εμφανίστηκε και το 1999 (Blackmore, Mecklenburg&Kaplan, 2011), κάτι που οδήγησε τη διοίκηση στην προσπάθεια ενεργοποίησης για να ανατρέψει αυτή την κατάσταση. Στοχεύοντας στην εξυγίανση του υγειονομικού οργανισμού, μέσα από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, επιδιώχθηκε η βελτίωση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και ο περιορισμός της σπατάλης. Σε σύντομο χρονικό διάστημα αναπτύχθηκε μία πολύ καλή συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών στον υγειονομικό οργανισμό, η οποία είχε ως αποτέλεσμα να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν διαδικασίες περίθαλψης που στηρίζονταν σε τεκμήρια που αποσκοπούσαν στον περιορισμό της περιττής φροντίδας, στην μείωση του κόστους, στην δυνατότητα των ασθενών να έχουν γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και συνεπώς να είναι ικανοποιημένοι (Weber, 2006). Η εφαρμογή των αρχών της λιτής διαχείρισης στο προαναφερόμενο ιατρικό κέντρο, οδήγησε σε θεαματικά αποτελέσματα, καθώς οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν ήταν εμφανείς σε όλους τους τομείς όπως για παράδειγμα σε επίπεδο κλινικών αποτελεσμάτων, σε επίπεδο ασφαλείας, στους δείκτες διεργασιών, στο επίπεδο δέσμευσης των εργαζομένων, καθώς και ως προς την

ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης και έπειτα, παρατηρήθηκε περιορισμός των περιστατικών πνευμονίας που εκδηλώνονταν από τη χρήση αναπνευστήρα από 34 σε 4 περιστατικά. Σε επίπεδο κλινικών αποτελεσμάτων παρατηρήθηκαν βέλτιστες επιδόσεις ως προς τις εξετάσεις στον τομέα της προληπτικής φροντίδας, ειδικότερα σε αυτές που αφορούσαν τον καρκίνο του μαστού, μέσω της χρήσης μαστογραφίας, αλλά μεγάλες βελτιώσεις παρατηρήθηκαν και στα προγράμματα εμβολιασμών, όπως για παράδειγμα στον αντιγριπικό και πνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό. Μέσα από την εφαρμογή παρεμβάσεων λιτής διαχείρισης παρατηρήθηκε μείωση του μέσου όρου παραμονής των ασθενών στο Ορθοπεδικό Τμήμα από 3,7 ημέρες, σε 3.2 ημέρες, ενώ βελτιώθηκε τόσο το επίπεδο της λειτουργικότητας του, όσο και τα αξιολογικά κλινικά αποτελέσματα (Woolfetal, 2016). Μετά την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης η συγκεκριμένη υγειονομική μονάδα θεωρήθηκε μία από τις πιο ασφαλείς των ΗΠΑ, κυρίως λόγω της δέσμευσης των εργαζομένων της όσον αφορά στη βελτίωση των συνθηκών παροχής φροντίδας προς τους ασθενείς (Smithetal., 2012).

Αντίστοιχα το ThedaCare το οποίο βρίσκεται στο Wisconsin των ΗΠΑ, μέσα από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, κατόρθωσε να εξοικονομήσει κατά το έτος 2004 δαπάνες που έφταναν το ύψος των 3.300.000 δολαρίων. Επιπροσθέτως παρατηρήθηκε μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών που έπρεπε να χειρουργηθούν από 14 εβδομάδες, σε 31 ώρες στο Ορθοπεδικό Τμήμα. Το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα αφορά τη χρονική περίοδο από τη στιγμή που ο ασθενής πραγματοποίησε την 1^η κλήση στο νοσοκομείο, μέχρι και την ώρα που έγινε η επέμβαση. Επιπλέον από τις παρεμβάσεις της λιτής διαχείρισης παρατηρήθηκε μείωση σε ποσοστό 21% του υπόλοιπου ημερών ως προς τους εισπρακτέους λογαριασμούς, το οποίο μεταφράζεται σε ταμειακή ροή της τάξεως των 12.000.000 δολαρίων. Παράλληλα το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών αυξήθηκε από 68% σε 90% (Vegtingetal., 2012).

Τα προαναφερόμενα παραδείγματα που παρουσιάστηκαν από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης φανερώνουν πόσο ευεργετική μπορεί να είναι για τους υγειονομικούς οργανισμούς ως προς τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ως προς την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, ως προς την παροχή κινήτρων, καθώς και στην αύξηση του επιπέδου της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτές. Συνεπώς καταδεικνύεται ότι η λιτή διαχείριση αποτελεί

αναγκαιότητα επιτακτική, για την βιωσιμότητα των υγειονομικών μονάδων, μέσα σε ένα έντονο και γεμάτο απαιτήσεις κοινωνικό πλαίσιο (Radnor, Holweg&Waring, 2012).

2.6 Η Περίπτωση του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης εντάσσεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και ανήκει στην 7^η Υγειονομική Υπηρεσία (Κρήτης), παρέχοντας πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στο σύνολο των πολιτών του ελληνικού κράτους, ανεξαρτήτως της οικονομικής, της κοινωνικής και της επαγγελματικής τους κατάστασης. Το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης είναι ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) του ΕΣΥ από την 9^η Μαρτίου 2019. Αποτελεί το δεύτερο σε μέγεθος νοσοκομείο στην Κρήτη, καθώς περιλαμβάνει 440 οργανικές κλίνες και 412 αναπτυγμένες με προσωπικό 1000 ατόμων

Το 1939 η Παγκρήτια Ένωση Κρητών Αμερικής αποφάσισε την κατασκευή ενός μεγάλου έργου στη μνήμη του Ελευθερίου Βενιζέλου. Το 1949 συνάφθηκε σύμβαση ανάμεσα στην ελληνική κυβέρνηση στην Αμερικανική Αντιπροσωπεία, την Παγκρήτια Ένωση των Κρητών των ΗΠΑ και του Δήμου Ηρακλείου. Οι τρεις πρώτοι φορείς ανέλαβαν να χρηματοδοτήσουν το έργο, ενώ ο δήμος εκχώρησε το οικόπεδο. Στις 22 Αυγούστου 1953 πραγματοποιήθηκαν τα εγκαίνια του νοσοκομείου που ονομάστηκε Παγκρήτιο Βενιζέλειο Νοσοκομείου Φυματιώντων, το οποίο αρχικά λειτούργησε ως σανατόριο. Το 1967 μετατράπηκε σε Γενικό Νοσοκομείο με 200 κλίνες, ενώ το 1973 συγχωνεύθηκε με το Πανάνειο Νοσοκομείο με αριθμό κλινών τις 270. Το 1986 λειτουργούσε ως ΝΠΔΔ και εντάχθηκε στο ΕΣΥ με 500 οργανικά κρεβάτια, φέροντας πλέον τον τίτλο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο - Πανάνειο. Από το 2012 διασυνδέθηκε με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου με 440 κλίνες, αποκτώντας την επωνυμία Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου – Γ.Ν. Βενιζέλειο. Το 2019 με την επαναφορά της διοικητικής και περιουσιακής αυτοτέλειας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (43/09.03.2019) και την κατάργηση του ενιαίου

και αυτοτελούς ΝΠΔΔ, μετατράπηκε σε ανεξάρτητο ΝΠΔΔ του ΕΣΥ (Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο - Πανάνειο, 2021).

Όραμα και στόχος του νοσοκομείου είναι να αποτελέσει υγειονομική μονάδα συνώνυμη της ποιοτικής και αποτελεσματικής παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με τους εργαζομένους να συμβάλλουν καθημερινά ο καθένας από το δικό του εργασιακό τομέα για την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού της Κρήτης. Στο πλαίσιο Επιχειρηματικού Σχεδίου το οποίο έχει καταταθεί, η διοίκηση του νοσοκομείου επιδιώκει να μεταβάλλει τον τρόπο λειτουργίας του, ώστε αυτό να γίνει περισσότερο αποδοτικό, να εξυπηρετεί ποιοτικά τους ασθενείς και τους πολίτες, να επεξηγεί και να αναβαθμίζει διαρκώς τη λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών του (Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο - Πανάνειο, 2021).

Η αποστολή του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης όπως αποτυπώνεται στο καταστατικό του, είναι να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες περίθαλψης, να ειδικεύεται, να εκπαιδεύεται, να επιμορφώνεται το ιατρικό, νοσηλευτικό και γενικότερα το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτό, να αναπτύσσονται και να προάγονται οι υπηρεσίες περίθαλψης. Επίσης να αναπτύσσει συνεργασία με άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα και με άλλες υγειονομικές μονάδες, να εφαρμόζει νέες μεθόδους και μορφές περίθαλψης, καθώς και νέες διαδικασίες που συμβάλλουν στην βελτίωση της παραγωγικότητας και να αναπτύσσει πιστοποιημένες διαδικασίες (Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο- Πανάνειο, 2021).

Τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση του οράματος και της αποστολής του ΓΝΒΠ είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος στοχοθεσίας και η συνεχής παρακολούθηση του, η επίτευξη των υποχρεώσεων που αφορούν τη λογοδοσία, η συμμόρφωση των εργαζομένων με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο και τον κανονισμό του νοσοκομείου, η διαφύλαξη και προστασία των πόρων από κάθε ενέργεια κακής χρήσης, απώλειας ή ζημιάς και η προσπάθεια της εύρυθμης, δεοντολογικής, οικονομικής, αποδοτικής και αποτελεσματικής επιτέλεσης των λειτουργιών του (Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο - Πανάνειο, 2021).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3^ο Κεφάλαιο : Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα Εργασίας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση εφαρμογής της λιτής διαχείρισης στην περίπτωση της ελληνικής υγειονομικής πραγματικότητας με σημείο αναφοράς το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης. Η εργασία επιδιώκει να καταδείξει πως το προσωπικό της προαναφερόμενης υγειονομικής μονάδας, κατανοεί την έννοια και το περιεχόμενο της λιτής διαχείρισης και πως θεωρεί ότι αυτή μπορεί να οδηγήσει στην παροχή αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας.

Για την επίτευξη του προαναφερόμενου σκοπού θα επιδιωχθεί η απάντηση επιμέρους ερευνητικών ερωτημάτων τα οποία είναι τα εξής :

- Πως κατανοείται η έννοια και το περιεχόμενο της λιτής διαχείρισης από τους εργαζομένους του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης; Σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται η λιτή διαχείριση στην προαναφερόμενη μονάδα υγείας;
- Ποιες είναι οι συνήθεις παρεμβάσεις λιτής διαχείρισης που εφαρμόζει το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου και που αποσκοπεί με βάση της απόψεις των συμμετεχόντων;
- Ποια θεωρούνται σύμφωνα με τις απόψεις των ερωτώμενων τα πιο σημαντικά εμπόδια και ποιες οι βασικές μορφές σπατάλης που αντιμετωπίζουν οι υγειονομικές μονάδες κατά την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης;
- Ποια πιστεύουν οι ερωτώμενοι ότι είναι τα πιο σπουδαία οφέλη από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης και σε ποιο βαθμό θεωρούνται ότι επωφελούνται οι μονάδες υγείας σε επίπεδο αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και μείωσης του κόστους;

3.2 Επιλογή Μεθόδου

Για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας έγινε χρήση της ποσοτικής μεθόδου καθώς η συγκεκριμένη διακρίνεται από ένα σύνολο πλεονεκτημάτων, τα οποία επέτρεψαν την διεξαγωγή της έρευνας με μεγαλύτερη εγκυρότητα και αξιοπιστία. Αναλυτικότερα η ποσοτική μέθοδος διερευνά συστηματικά φαινόμενα και μετρά εκείνες τις διαστάσεις τους που ενέχουν ερευνητικό ενδιαφέρον (Robson,

2010). Επιπροσθέτως η ποσοτική μέθοδος πλεονεκτεί στο γεγονός ότι επιτρέπει την μελέτη μεγάλου δείγματος, ενώ ερμηνεύει καλύτερα τις σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ μεταβλητών που εμπεριέχονται στην έρευνα (Creswell, 2016). Επιλέχθηκε η ποσοτική μεθοδολογία για την διεξαγωγή την έρευνας, γιατί επιτρέπει την καλύτερη ανάλυση του δείγματος καθώς και να τον ορθότερη διαχείριση του καθότι ήταν μεγάλο (82 συμμετέχοντες). Συνεπώς η ποσοτική μέθοδος προσέφερε τη δυνατότητα της ορθής κωδικοποίησης και αξιοποίησης των δεδομένων της έρευνας με αξιόπιστο και έγκυρο τρόπο (Babbie, 2013).

Στα θετικά γνωρίσματα της ποσοτικής μεθόδου πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι διακρίνεται για τον αυστηρό και καθορισμένο χαρακτήρα της, κάτι που επίσης συνέβαλλε στον περιορισμό των πιθανών εμποδίων που θα συναντούσαμε κατά την διεξαγωγή της έρευνας, ενώ προσέφερε επίσης τη δυνατότητα να ελεγχθούν εμπειρικά οι ερευνητικές υποθέσεις που είχαν προ διατυπωθεί αρχικά στην έρευνα (Bryman, 2017).

3.3 Εργαλείο Έρευνας

Το εργαλείο που επιλέχθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το κύριο μέσο που χρησιμοποιείται στις ποσοτικές έρευνες καθώς επιτρέπει την μέτρηση, την παρατήρηση, την τεκμηρίωση των ποσοτικών δεδομένων και την δυνατότητα γενίκευσης των ερευνητικών αποτελεσμάτων (Creswell, 2016). Το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε επίσης λόγω του γεγονότος ότι είναι ένα συμφέρον εργαλείο τόσο από άποψη χρόνου, όσο και κόστους για τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Στα κίνητρα επιλογής του ερωτηματολογίου θα πρέπει επίσης αναφερθεί το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί ταυτόχρονα από πολλούς συμμετέχοντες, ενώ μπορεί να λάβει και πολλές μορφές (έντυπη ή ηλεκτρονική). Επίσης αποτελεί ένα αντικειμενικό μέσο, καθώς δεν μπορεί να παρέμβει ο ερευνητής - ερευνήτρια κατά τη συμπλήρωση του, ενώ οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο ερωτήσεων και απαντήσεων (Bryman, 2017).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από 23 ερωτήσεις οι οποίες οι 8 πρώτες αναφέρονται στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, τομέας εργασίας κτλ.), ενώ οι υπόλοιπες αφορούσαν το ζήτημα της λιτής διαχείρισης. Επιλέχθηκε ο συνδυασμός διαφόρων τύπων ερωτήσεων, καθώς θεωρήθηκε ότι κάτι τέτοιο θα συνέβαλλε στην διεξαγωγή της έρευνας αποτελεσματικότερα, εφόσον θα κωδικοποιούνταν και θα ποσοτικοποιούνταν καλύτερα τα αποτελέσματα της. Αναλυτικότερα οι ερωτήσεις στην έρευνα ήταν διχοτομικές, ερωτήσεις της κλίμακας Likert, ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, ερωτήσεις σύντομης απάντησης (Babbie, 2013).

3.4 Δείγμα της Έρευνας και ο Τρόπος Δειγματοληψίας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 82 εργαζόμενοι στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν ηλεκτρονικά το ερωτηματολόγιο που είχε δημιουργηθεί στην πλατφόρμα GoogleForms. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από την 12 Μαΐου έως και την 10 Ιουνίου 2021.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η βολική, καθώς η ερευνήτρια εργάζεται στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης. Αναλυτικότερα αρχικά προωθήθηκε το ερωτηματολόγιο σε συναδέλφους και εν συνεχεία αυτοί λειτούργησαν ως πληροφοριοδότες, καθώς προώθησαν με τη σειρά τους το ερωτηματολόγιο σε άλλους συναδέλφους που γνώριζαν και εργάζονταν στη συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα. Η συγκεκριμένη διαδικασία συνεχίστηκε έως ότου συγκεντρωθεί ένας αξιόπιστος αριθμός συμμετεχόντων (Cohen&Manion, 2005· Creswell, 2016).

3.5 Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν σύμφωνα με το στατιστικό πακέτο SPSS, το οποίο χρησιμοποιείται συστηματικά στον τομέα διεξαγωγής ποσοτικών ερευνών, καθώς έχει πολλές δυνατότητες, τόσο όσον αφορά στη διαχείριση, όσο και στην

ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων (Σαχλάς& Μπερσίμης, 2017). Το SPSS είναι πολύ δημοφιλές στο πεδίο διεξαγωγής έρευνας των κοινωνικών επιστημών, καθώς συγκεντρώνει πολλά θετικά γνωρίσματα που συνδέονται με την στατιστική ανάλυση και με την δυνατότητα επεξεργασίας των ερευνητικών δεδομένων σε περιβάλλον Windows. Στις θετικές διαστάσεις του συγκεκριμένου στατιστικού πακέτου πρέπει να αναφερθεί αρχικά το γραφικό περιβάλλον που περιέχει και η πληθώρα των διαφορετικών λειτουργιών που επιτρέπουν στον εκάστοτε ερευνητή να προχωρήσει σε περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών του ερωτηματολογίου και να τις αναπαρασταστήσει γραφικά, καταλήγοντας στις ανάλογες συμπερασματικές παρατηρήσεις, έχοντας διενεργήσει τους κατάλληλους ελέγχους, διαδικασία που εξασφαλίζει την εγκυρότητα τους.

Κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου ενέχει τον ρόλο μεταβλητής για την οποία εισάγονται δεδομένα σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Με την χρήση των κατάλληλων εντολών που περιλαμβάνει το στατιστικό πρόγραμμα, αναλύονται τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για την εκάστοτε μεταβλητή και εν συνεχεία πραγματοποιείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων λαμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά ερωτήματα (Σαχλάς& Μπερσίμης, 2017).

3.6 Ζητήματα Ηθικής Δεοντολογίας της Έρευνας

Σε κάθε έρευνα πολύ σημαντικός είναι ο παράγοντας των ζητημάτων ηθικής της έρευνας, καθώς θα πρέπει να ακολουθείται πιστά προκειμένου να εξασφαλιστεί να είναι έγκυρη και αξιόπιστη. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα στην παρούσα έρευνα καταρχήν εξασφαλίστηκε μέσω του τρόπου δόμησης και συμπλήρωσης του ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο). Αναλυτικότερα δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο στην GoogleForms και εν συνεχεία το προωθήθηκε πιλοτικά σε 5 συμμετέχοντες, οι οποίοι κλήθηκαν να το συμπληρώσουν και να εκφράσουν τις παρατηρήσεις τους. Στη συνέχεια προέβη στην βελτίωση του και μετά από 15 ημέρες το προωθήθηκε εκ νέου στην ίδια ομάδα συμμετεχόντων να το συμπληρώσουν. Στόχος της παραπάνω διαδικασίας ήταν να διαφανεί κατά πόσο τα αποτελέσματα της πρώτης και της δεύτερης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ομοιάζαν.

Διαπιστώνοντας ότι τα αποτελέσματα ομοιάζαν σε σημαντικό βαθμό, εξασφαλίστηκε με αυτόν τον τρόπο, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου (Babbie, 2013).

Επιπροσθέτως η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ερευνητικής διαδικασίας διασφαλίστηκε μέσα από το γεγονός ότι κατά την προώθηση του συνδέσμου που εμπεριείχε το ερωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και για τη δυνατότητα τους να αποχωρήσουν από την ερευνητική διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν. Επιπλέον πληροφορήθηκαν οι συμμετέχοντες ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας και πως θα καταστρέφονταν μετά την ολοκλήρωση της. Το γεγονός της μη δυνατότητας παρέμβασης κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αποτέλεσε ακόμη έναν σημαντικό παράγοντα εξασφάλισης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων της έρευνας (Robson, 2010· Creswell, 2016).

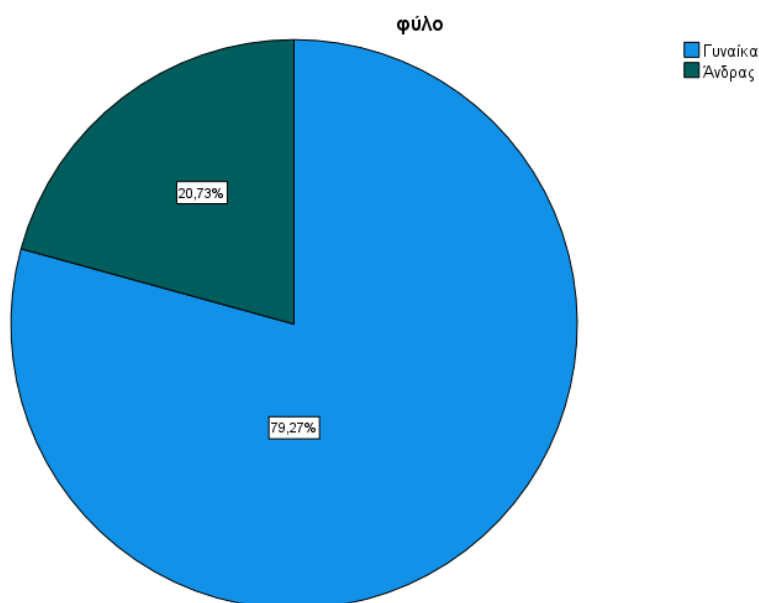
4^ο Κεφάλαιο : Αποτελέσματα Ερευνάς

4.1 Περιγραφική Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων

Στον πίνακα 1 παρατηρούμε, αρχικά ότι το ερωτηματολόγιο της έρευνας απαντήθηκε από 82 άτομα, οπότε μπορούμε να αναφέρουμε ότι το δείγμα μας αποτελείται από πληθυσμό 82 ατόμων. Το 79,3% του δείγματος είναι γυναίκες εργαζόμενοι στη μονάδα υγείας και το υπόλοιπο 20,7% από άνδρες εργαζόμενοι.

Πίνακας 1:Φύλο

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|---------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | Γυναίκα | 65 | 79,3 | 79,3 | 79,3 |
| | Ανδρας | 17 | 20,7 | 20,7 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |



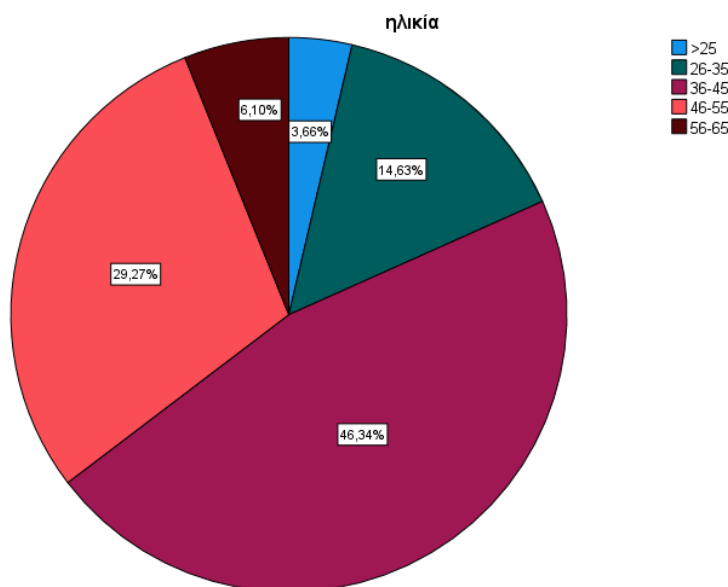
Γράφημα 1.Φύλο

Στον πίνακα 2 διαφαίνονται οι σχετικές συχνότητες που εμφανίζουν οι ηλικιακές ομάδες του δείγματος. Το 3,7% του δείγματος της έρευνας αποτελείται από άτομα κάτω των 25 ετών, το 14,6% του δείγματος δείχνει να απαρτίζεται από άτομα ηλικίας 26 έως 35 έτη, το 46,3%, που αποτελεί και το υψηλότερο ποσοστό, απαρτίζεται από

άτομα 36 έως και 45 έτη, το 29,3% του δείγματος έχει ηλικία από 46 έως και 55 έτη και το 6,1% φαίνεται να αποτελείται από άτομα ηλικίας 56 έως 65 έτη.

Πίνακας 2:Ηλικιακή Ομάδα

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|-------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | >25 | 3 | 3,7 | 3,7 | 3,7 |
| | 26-35 | 12 | 14,6 | 14,6 | 18,3 |
| | 36-45 | 38 | 46,3 | 46,3 | 64,6 |
| | 46-55 | 24 | 29,3 | 29,3 | 93,9 |
| | 56-65 | 5 | 6,1 | 6,1 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |



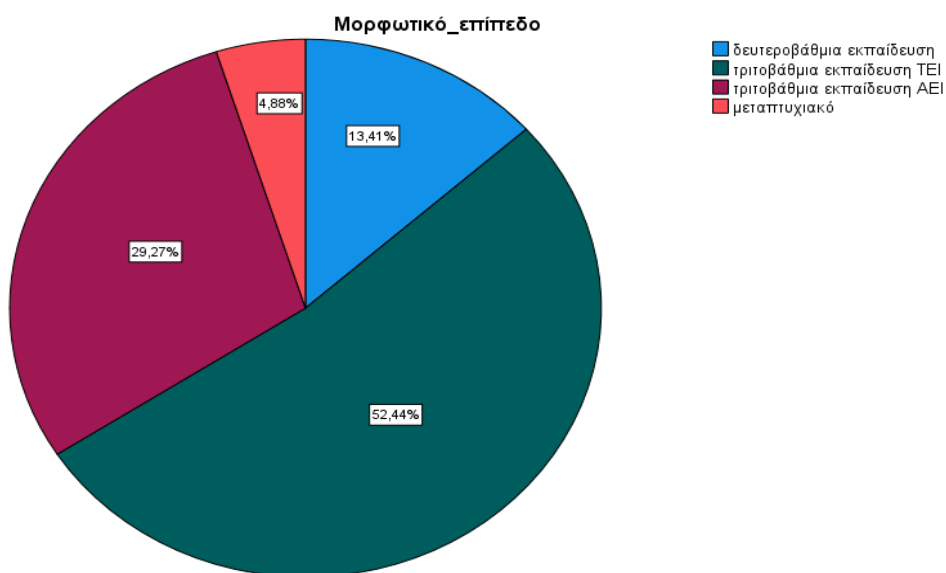
Γράφημα 2.Ηλικιακή Ομάδα

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων του δείγματος για το μορφωτικό τους επίπεδο. Το 13,4% του δείγματος φαίνεται να είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 52,4% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας

εκπαίδευσης ΤΕΙ, το 29,3% του δείγματος φαίνεται να έχουν αποφοιτήσει από τριτοβάθμια εκπαίδευση ΑΕΙ, ενώ το υπόλοιπο 4,9% διαθέτει μεταπτυχιακό τίτλο.

Πίνακας 3:Μορφωτικό Επίπεδο

| | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|--------------------------------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 11 | 13,4 | 13,4 | 13,4 |
| Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ | 43 | 52,4 | 52,4 | 65,9 |
| Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΑΕΙ | 24 | 29,3 | 29,3 | 95,1 |
| Μεταπτυχιακό | 4 | 4,9 | 4,9 | 100,0 |
| Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |



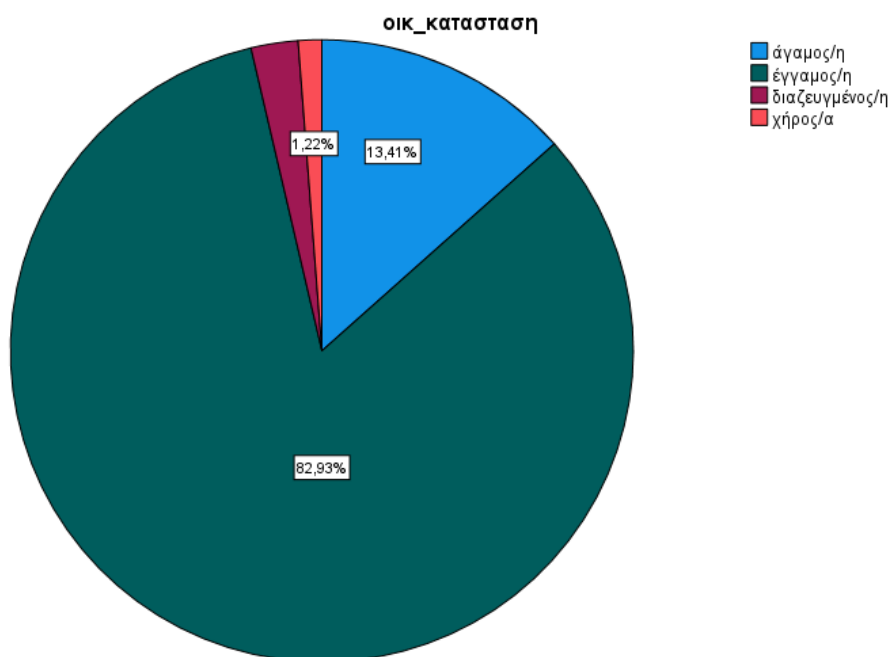
Γράφημα 3. Μορφωτικό Επίπεδο

Από τον πίνακα 4 επίσης, διακρίνονται οι συχνότητες εμφάνισης των απαντήσεων του δείγματος για την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Το 13,4% δείχνει να είναι άγαμοι, το 82,9% είναι έγγαμα άτομα, το 2,4%

φαίνεται να είναι άτομα διαζευγμένα και το 1,2% φαίνεται να αποτελείται από χήρους/ες.

Πίνακας 4:Οικογενειακή Κατάσταση

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|----------------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | άγαμος/η | 11 | 13,4 | 13,4 | 13,4 |
| | έγγαμος/η | 68 | 82,9 | 82,9 | 96,3 |
| | διαζευγμένος/η | 2 | 2,4 | 2,4 | 98,8 |
| | χήρος/α | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |



Γράφημα 4.Οικογενειακή Κατάσταση

Από τον πίνακα 5 παρατηρούμε ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας που αποκρίθηκαν στην έρευνα, απασχολούνται σε μονάδες υγείας δημοσίου τομέα, κάτι που είναι

αναμενόμενο αφού το δείγμα αποτέλεσαν μόνο εργαζόμενοι του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.

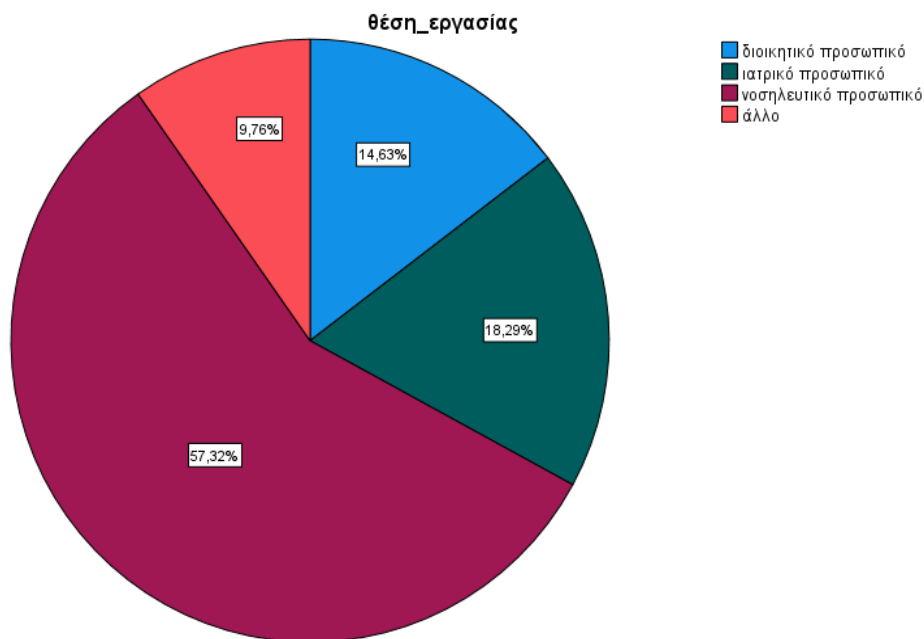
Πίνακας 5:Εργαζόμενοι στο Δημόσιο Τομέα

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|---------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | Δημόσιο | 82 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Στον πίνακα 6 διαπιστώνουμε τις σχετικές συχνότητες για τη θέση εργασίας που απασχολείται το δείγμα. Το 14,6% του δείγματος φαίνεται να ανήκουν στο διοικητικό προσωπικό, το 18,3% του δείγματος ανήκει στο ιατρικό προσωπικό, το 57,3% των εργαζομένων ανήκει στον νοσηλευτικό προσωπικό και τέλος το 9,8% του δείγματος εργάζεται σε κάποια άλλη θέση εργασίας στην μονάδα υγείας.

Πίνακας 6:Θέση Εργασίας στην Νοσοκομειακή Μονάδα

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|-----------------------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | Διοικητικό προσωπικό | 12 | 14,6 | 14,6 | 14,6 |
| | Ιατρικό προσωπικό | 15 | 18,3 | 18,3 | 32,9 |
| | Νοσηλευτικό προσωπικό | 47 | 57,3 | 57,3 | 90,2 |
| | Άλλο | 8 | 9,8 | 9,8 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |

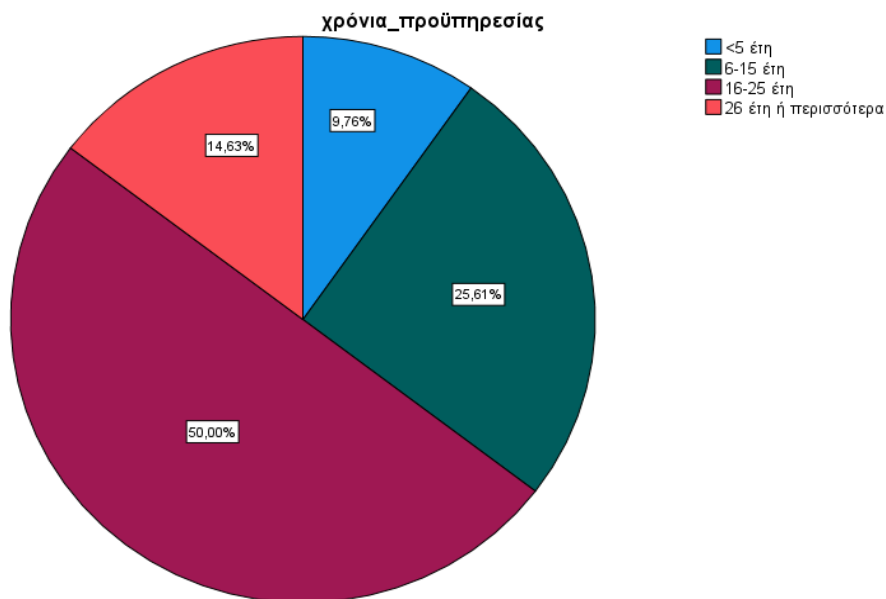


Γράφημα 5.Θέση Εργασίας στη Νοσοκομειακή Μονάδα

Ο πίνακας 7 εμφανίζει τις συχνότητες για τα χρόνια προϋπηρεσίας του κάθε εργαζομένου σε μονάδες υγείας ιδιωτικές ή δημόσιες. Παρατηρούμε ότι το 9,8% του δείγματος μας έχει προϋπηρεσία κάτω από 5 έτη, το 25,6% του δείγματος έχει από 6 έως και 15 έτη προϋπηρεσίας, το 50% φαίνεται να έχει από 16 έως 25 έτη προϋπηρεσίας και το 14,6% έχει άνω των 26 ετών προϋπηρεσίας.

Πίνακας 7:Έτη Προϋπηρεσίας

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|----------------------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | <5 έτη | 8 | 9,8 | 9,8 | 9,8 |
| | 6-15 έτη | 21 | 25,6 | 25,6 | 35,4 |
| | 16-25 έτη | 41 | 50,0 | 50,0 | 85,4 |
| | 26 έτη ή περισσότερα | 12 | 14,6 | 14,6 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |



Γράφημα 6. Έτη Προϋπηρεσίας

4.2 Περιγραφική Ανάλυση Κυρίου Μέρους Ερωτηματολογίου

Ο πίνακας 8 παρουσιάζει τις σχετικές συχνότητες των απαντήσεων για την ερώτηση 9 του ερωτηματολογίου. Το 12,2% του δείγματος υποστηρίζει ότι η λιτή διαχείριση ορίζεται ως περιορισμός σπατάλης, το 3,7% θεωρεί ότι η λιτή διαχείριση ορίζεται ο περιορισμός αριθμού των εργαζομένων, επίσης το 3,7% υποστηρίζει ως λιτή διαχείριση ορίζεται ο διαρκής έλεγχος της παραγωγικής διαδικασίας στον οργανισμό, το 8,5% του δείγματος θεωρεί ότι λιτή διαχείριση είναι ένα σύστημα οργάνωσης και διοίκησης ενός οργανισμού, ενώ το υπόλοιπο 72% υποστηρίζει ότι ως λιτή διαχείριση ορίζονται όλες οι παραπάνω επιλογές της ερώτησης 9.

Πίνακας 8: Πως θα Ορίζατε την Λιτή Διαχείριση

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|---|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | 1 | 10 | 12,2 | 12,2 | 12,2 |
| | 2 | 3 | 3,7 | 3,7 | 15,9 |
| | 3 | 3 | 3,7 | 3,7 | 19,5 |

| | | | | |
|-------|----|-------|-------|-------|
| 4 | 7 | 8,5 | 8,5 | 28,0 |
| 5 | 59 | 72,0 | 72,0 | 100,0 |
| Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |

Από τον πίνακα 9 μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το 84,1% των εργαζομένων σε μονάδες υγείας υποστηρίζει ότι η λιτή διαχείριση εφαρμόζεται συστηματικά στον υγειονομικό οργανισμό που εργάζονται, ενώ το 15,9% φαίνεται να έχουν αντίθετη άποψη.

Πίνακας 9: Πιστεύετε ότι η Λιτή Διαχείριση Εφαρμόζεται Συστηματικά στον Υγειονομικό Οργανισμό που Εργάζεστε;

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|-------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | ναι | 69 | 84,1 | 84,1 | 84,1 |
| | όχι | 13 | 15,9 | 15,9 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |

Στον πίνακα 10 φανερόνται οι σχετικές συχνότητες των απαντήσεων για την ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου. Έτσι βλέπουμε ότι το 12,2% του δείγματος υποστηρίζει ότι η μονάδα που εργάζεται εφαρμόζει μέτρα λιτής διαχείρισης λιγότερο από ένα έτος, το 79,3% του δείγματος απάντησε πως η μονάδα υγείας που εργάζονται εφαρμόζει μέτρα λιτής διαχείρισης από 1 έως 5 έτη και το 7,3% απάντησε πως η μονάδα υγείας που εργάζονται χρησιμοποιεί μέτρα λιτής διαχείρισης για πάνω από 5 έτη.

Πίνακας 10: Πόσο Χρονικό Διάστημα Χρησιμοποιούνται Εργαλεία Λιτής Διαχείρισης στον Οργανισμό που Εργάζεστε;

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|---------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | <1 έτος | 10 | 12,2 | 12,3 | 12,3 |
| | 1-5 έτη | 65 | 79,3 | 80,2 | 92,6 |

| | | | | | |
|---------|--------|----|-------|-------|-------|
| | >5 έτη | 6 | 7,3 | 7,4 | 100,0 |
| | Total | 81 | 98,8 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | 1,2 | | |
| Total | | 82 | 100,0 | | |

Ο πίνακας 11 παρουσιάζει τις σχετικές συχνότητες των απαντήσεων για την ερώτηση 12 του ερωτηματολογίου. Το 1,2% του δείγματος απάντησε πως η μονάδα που εργάζεται εισήγαγε τις αρχές λιτής διαχείρισης μέσω εξωτερικού συμβούλου, το 81,7% του δείγματος υποστηρίζει ότι η μονάδα υγείας εφαρμόσε αυτές τις αρχές με εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού, ενώ το 17,1% του δείγματος απάντησε πως οι αρχές λιτής διαχείρισης εφαρμόστηκαν στην μονάδα υγείας που εργάζονται ήταν κάποιος άλλος από αυτούς που ήταν δυνατόν να επιλέξουν οι συμμετέχοντες.

Πίνακας 11: Πως ο Οργανισμός που Εργάζεστε Εισήγαγε Αρχές Λιτής Διαχείρισης

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|-------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | 1 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| | 2 | 67 | 81,7 | 81,7 | 82,9 |
| | 4 | 14 | 17,1 | 17,1 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων για τις τεχνικές λιτής διαχείρισης που εφαρμόζονται στον υγειονομικό οργανισμό. Σύμφωνα με το μέσο όρο διαπιστώνεται ότι οι πιο συχνές τεχνικές στις μονάδες υγείας είναι η εφαρμογή «5S», που παρουσιάζει μέσο όρο απαντήσεων 1,93. Μία ακόμα συνήθης τεχνική φαίνεται να είναι οι συναντήσεις για την παρακολούθηση προόδου, με μέσο όρο απαντήσεων 1,9. Οι τεχνικές που φαίνεται να είναι λιγότερο ανεπτυγμένες είναι ο οπτικός έλεγχος και ο σχεδιασμός για τον περιορισμό/αποφυγή λαθών με μέσο όρο απαντήσεων 1,09 και 1,1, αντίστοιχα.

Πίνακας 12: Αναφέρετε εάν κάθε μία από τις Ακόλουθες Τεχνικές Λιτής Διαχείρισης Εφαρμόζεται στον Οργανισμό που Εργάζεστε

| | N | Minimu m | Maximu m | Mean | Std. Deviation | Variance |
|---------------------|------|-------------|-------------|------|-------------------|----------|
| ε13_1 | 82 | 1 | 2 | 1,93 | ,262 | ,069 |
| ε13_2 | 82 | 1 | 2 | 1,26 | ,439 | ,193 |
| ε13_3 | 82 | 1 | 2 | 1,11 | ,315 | ,099 |
| ε13_4 | 82 | 1 | 2 | 1,10 | ,299 | ,089 |
| ε13_5 | 82 | 1 | 2 | 1,28 | ,452 | ,204 |
| ε13_6 | 82 | 1 | 2 | 1,67 | ,473 | ,224 |
| ε13_7 | 82 | 1 | 2 | 1,44 | ,499 | ,249 |
| ε13_8 | 82 | 1 | 2 | 1,57 | ,498 | ,248 |
| ε13_9 | 82 | 1 | 2 | 1,90 | ,299 | ,089 |
| ε13_10 | 82 | 1 | 2 | 1,09 | ,281 | ,079 |
| Valid (listwise) | N 82 | | | | | |

Ο πίνακας 13 φανερώνει τα βασικά περιγραφικά μέτρα για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, σχετικά με τον βαθμό που κάποιοι λόγοι οδήγησαν τον υγειονομικό οργανισμό που εργάζονται να εφαρμόσει τις τεχνικές λιτής διαχείρισης. Σύμφωνα με το μέσο όρο οι πιο σημαντικοί λόγοι φαίνεται να είναι η προσαρμογή στις σύγχρονες τεχνικές διαχείρισης, η βελτίωση ασφάλειας και ο περιορισμός σφαλμάτων / λαθών, με μέσους όρους απαντήσεων 4,37, 4,41 και 4,49, αντίστοιχα. Από την άλλη πλευρά λιγότερο σημαντικοί φαίνεται να είναι οι λόγοι για την παρακίνηση από μέρους πελατών/ασθενών και λόγοι επιβίωσης του οργανισμού, με μέσους όρους απαντήσεων 2,79 και 3,2.

Πίνακας 13: Λόγοι που Οδήγησαν τον Υγειονομικό Οργανισμό να εφαρμόσει τη Λιτή Διαχείριση

| | N | Minimu m | Maximu m | Mean | Std. Deviation | Variance |
|-------|----|-------------|-------------|------|-------------------|----------|
| ε14_1 | 82 | 1 | 5 | 4,21 | 1,003 | 1,006 |

| | | | | | | |
|---------------------|------|---|---|------|-------|-------|
| ε14_2 | 82 | 1 | 5 | 4,37 | 1,000 | 1,000 |
| ε14_3 | 82 | 1 | 5 | 3,24 | 1,117 | 1,248 |
| ε14_4 | 82 | 1 | 5 | 4,21 | ,939 | ,882 |
| ε14_5 | 82 | 1 | 5 | 4,00 | ,943 | ,889 |
| ε14_6 | 82 | 1 | 5 | 2,79 | ,842 | ,710 |
| ε14_7 | 82 | 1 | 5 | 3,70 | ,812 | ,659 |
| ε14_8 | 82 | 1 | 5 | 4,22 | 1,031 | 1,062 |
| ε14_9 | 82 | 1 | 5 | 4,26 | 1,184 | 1,403 |
| ε14_10 | 82 | 1 | 5 | 4,41 | 1,133 | 1,283 |
| ε14_11 | 82 | 1 | 5 | 4,49 | 1,057 | 1,117 |
| ε14_12 | 82 | 1 | 5 | 3,20 | ,881 | ,776 |
| Valid (listwise) | N 82 | | | | | |

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα βασικότερα περιγραφικά μέτρα για τις απαντήσεις στις ερωτήσεις σχετικές με τα εμπόδια που δυσκολεύουν τη λιτή διαχείριση να εφαρμοστεί. Με βάση τους μέσους όρους διαπιστώνεται ότι τα βασικότερα εμπόδια εφαρμογής της λιτής διαχείρισης είναι η άρνηση των εργαζομένων λόγω φόβου αλλαγής, η άρνηση των εργαζομένων λόγω της έλλειψης γνώσεων των αρχών και των ωφελειών της λιτής διαχείρισης και η έλλειψη κατάλληλης κατάρτισης, με μέσους όρους απαντήσεων 4,62, 4,62 και 4,61 αντίστοιχα. Λιγότερο φαίνεται να εμποδίζουν η διοίκηση λόγω φόβου αλλαγής και η άρνηση της διοίκησης λόγω απουσίας γνώσεων των αρχών και των ωφελειών της λιτής διαχείρισης.

Πίνακας 14:Εμπόδια Εφαρμογής της Λιτής Διαχείρισης

| | N | Minimu m | Maximu m | Mean | Std. Deviation | Variance |
|-------|----|-------------|-------------|------|-------------------|----------|
| ε15_1 | 82 | 2 | 5 | 4,54 | ,789 | ,622 |
| ε15_2 | 82 | 1 | 5 | 4,43 | ,861 | ,741 |

| | | | | | | |
|---------------------|------|---|---|------|-------|-------|
| ε15_3 | 82 | 2 | 5 | 4,62 | ,641 | ,411 |
| ε15_4 | 82 | 1 | 5 | 4,62 | ,696 | ,485 |
| ε15_5 | 82 | 1 | 5 | 2,17 | 1,303 | 1,699 |
| ε15_6 | 82 | 1 | 5 | 2,01 | 1,138 | 1,296 |
| ε15_7 | 82 | 1 | 5 | 1,89 | ,994 | ,988 |
| ε15_8 | 82 | 1 | 5 | 2,01 | 1,171 | 1,370 |
| ε15_9 | 82 | 1 | 5 | 2,78 | ,802 | ,643 |
| ε15_10 | 82 | 1 | 5 | 3,32 | ,887 | ,787 |
| ε15_11 | 82 | 1 | 5 | 4,61 | ,766 | ,587 |
| ε15_12 | 82 | 2 | 5 | 4,54 | ,905 | ,820 |
| ε15_13 | 82 | 2 | 5 | 4,59 | ,785 | ,616 |
| Valid (listwise) | N 82 | | | | | |

Ο πίνακας 15 παρουσιάζει τα βασικά περιγραφικά μέτρα για τις απαντήσεις του δείγματος για το βαθμό που ο οργανισμός αντιμετωπίζει μορφές υπέρμετρης δαπάνης/προβλήματα. Διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί είναι τα ελαττώματα (πράξη που βλάπτει τον ασθενή ή την ορθή ροή των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό), με μέσο όρο 3,96. Το μικρότερο πρόβλημα για τους οργανισμούς φαίνεται να είναι η μη χρησιμοποιούμενη γνώση, με μέσο όρο 3,39.

Πίνακας 15: Ο Υγειονομικός Οργανισμός που Εργάζεστε σε ποιο Βαθμό Αντιμετωπίζει τις Ακόλουθες Μορφές Υπέρμετρης Δαπάνης/ Προβλήματα

| | N | Minimu m | Maximu m | Mean | Std. Deviation | Variance |
|-------|----|-------------|-------------|------|-------------------|----------|
| ε17_1 | 82 | 1 | 5 | 3,96 | ,987 | ,974 |
| ε17_2 | 82 | 1 | 5 | 3,51 | ,906 | ,821 |
| ε17_3 | 82 | 1 | 5 | 3,45 | ,848 | ,720 |
| ε17_4 | 82 | 1 | 5 | 3,66 | ,864 | ,746 |

| | | | | | | |
|---------------------|------|---|---|------|------|------|
| ε17_5 | 82 | 1 | 5 | 3,41 | ,800 | ,641 |
| ε17_6 | 82 | 1 | 5 | 3,39 | ,766 | ,587 |
| Valid (listwise) | N 82 | | | | | |

Ο πίνακας 16 παρουσιάζει τα βασικά περιγραφικά μέτρα για τις ερωτήσεις 18 και 19 του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με το μέσο όρο της μεταβλητής ε18 καταδεικνύεται ότι οι εργαζόμενοι που απασχολούνται στον οργανισμό υγείας και εφαρμόζουν αρχές λιτής διαχείρισης φαίνεται ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την εφαρμογή τους. Από το μέσο όρο της μεταβλητής ε19 διαπιστώνεται ότι οι εργαζόμενοι, που το τμήμα τους εφαρμόζει αρχές λιτής διαχείρισης, είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την εφαρμογή του.

Πίνακας 16: Επίπεδο Ικανοποίησης Εργαζομένων Από της Αρχές της Λιτής Διαχείρισης

| | N | Minimu m | Maximu m | Mean | Std. Deviation | Variance |
|---------------------|------|-------------|-------------|------|-------------------|----------|
| ε18 | 82 | 1 | 4 | 2,95 | ,627 | ,393 |
| ε19 | 82 | 1 | 5 | 3,24 | ,883 | ,779 |
| Valid (listwise) | N 82 | | | | | |

Ο πίνακας 17 παρουσιάζει τα βασικά περιγραφικά μέτρα για το κατά πόσο επιτυγχάνονται τα οφέλη από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης. Παρατηρείται ότι τα οφέλη με το μεγαλύτερο μέσο όρο είναι ο περιορισμός κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, η βελτίωση του επιπέδου φροντίδας και ασφάλειας των ασθενών και η βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού. Λιγότερο επιτυγχάνονται οφέλη όπως η κινητικότητα προσωπικού και αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν τον συνωστισμό των ασθενών.

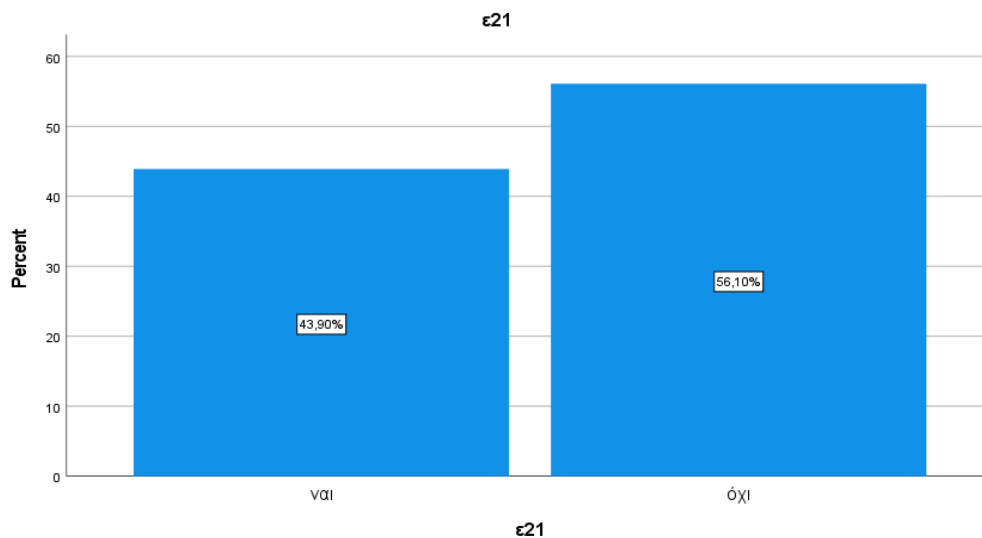
Πίνακας 17: Σε Ποιο Βαθμό θεωρείτε ότι η Μονάδα Υγείας Αποκομίζει τα Ακόλουθα Οφέλη από την Εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης;

| | N | Minimu m | Maximu m | Mean | Std. Deviation | Variance |
|---------------------|------|-------------|-------------|------|-------------------|----------|
| ε20_1 | 82 | 1 | 5 | 4,05 | ,874 | ,763 |
| ε20_2 | 82 | 1 | 5 | 3,95 | ,980 | ,961 |
| ε20_3 | 82 | 2 | 5 | 4,04 | ,867 | ,752 |
| ε20_4 | 82 | 2 | 5 | 4,10 | ,840 | ,706 |
| ε20_5 | 82 | 1 | 5 | 4,32 | ,915 | ,836 |
| ε20_6 | 82 | 1 | 5 | 4,30 | ,925 | ,857 |
| ε20_7 | 82 | 1 | 5 | 4,29 | 1,105 | 1,222 |
| ε20_8 | 82 | 1 | 5 | 4,27 | 1,066 | 1,137 |
| ε20_9 | 82 | 1 | 5 | 4,37 | ,962 | ,926 |
| ε20_10 | 82 | 1 | 5 | 4,27 | 1,019 | 1,038 |
| Valid (listwise) | N 82 | | | | | |

Βάσει του πίνακα 18 διαπιστώνεται ότι το 43,9% του δείγματος έχει εκπαιδευτεί σε ζητήματα λιτής διαχείρισης, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό, 56,1% του δείγματος δεν έχει εκπαιδευτεί σε ζητήματα λιτής διαχείρισης.

Πίνακας 18: Εκπαίδευση σε Ζητήματα Λιτής Διαχείρισης

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativeP ercent |
|-------|-------|-----------|---------|--------------|-----------------------|
| Valid | ναι | 36 | 43,9 | 43,9 | 43,9 |
| | όχι | 46 | 56,1 | 56,1 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |

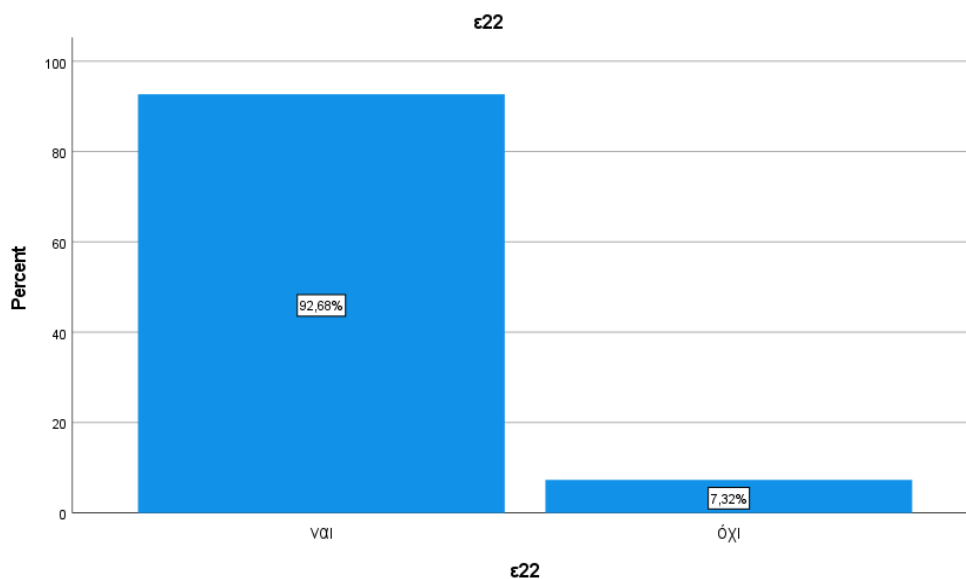


Γράφημα 7.Εκπαίδευση σε Ζητήματα Λιτής Διαχείρισης

Στον πίνακα 19 φανερώνεται ότι το 92,7% του δείγματος επιθυμεί να αποκτήσει μεγαλύτερη εξειδίκευση σχετική με την λιτή διαχείριση, ενώ το 7,3% του δείγματος εκφράζει την αντίθετη άποψη.

Πίνακας 19:Θα Επιθυμούσατε να Αποκτήσετε Μεγαλύτερη Εξειδίκευση Όσον Αφορά την Λιτή Διαχείριση;

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|-------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | ναι | 76 | 92,7 | 92,7 | 92,7 |
| | όχι | 6 | 7,3 | 7,3 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |

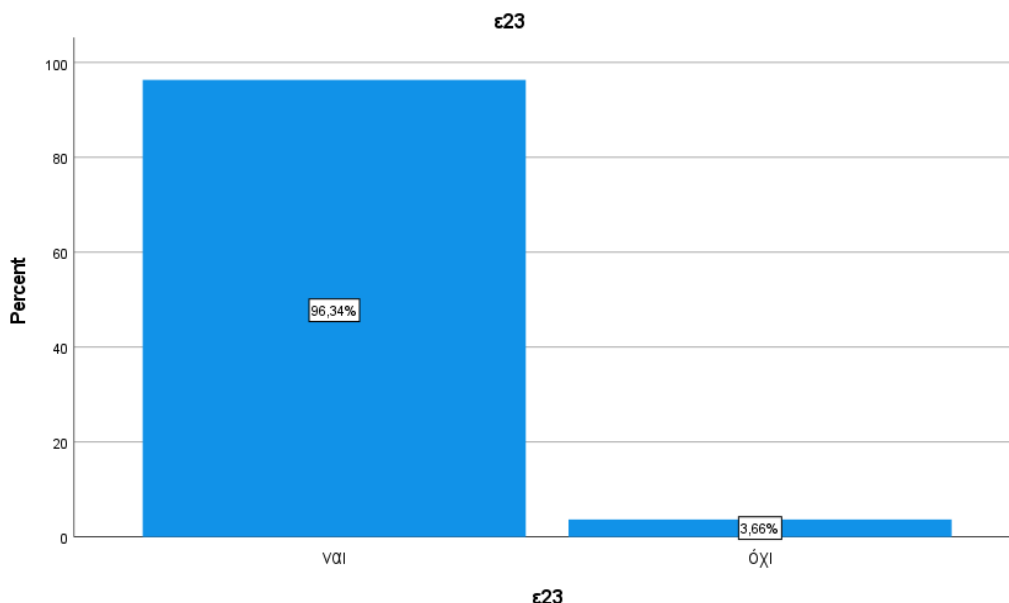


Γράφημα 8.Επιθυμία για Απόκτηση Περισσότερων Γνώσεων σε Ζητήματα Λιτής Διαχείρισης

Από τον πίνακα 20 διαπιστώνεται ότι το 96,3% του δείγματος υποστηρίζει ότι οι μονάδες υγείας στην Ελλάδα μπορούν να επωφεληθούν από την εφαρμογή των αρχών της λιτής διαχείρισης, ενώ μόλις το 3,7% έχει αντίθετη άποψη από την πλειοψηφία.

Πίνακας 20: Θεωρείτε ότι οι Μονάδες Υγείας στην Ελλάδα θα Επωφεληθούν από την Εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης;

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|-------|-------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| Valid | ναι | 79 | 96,3 | 96,3 | 96,3 |
| | όχι | 3 | 3,7 | 3,7 | 100,0 |
| | Total | 82 | 100,0 | 100,0 | |



Γράφημα 9.Όφελος από την Εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης

4.3 Συζήτηση Αποτελεσμάτων της Έρευνας

Για να απαντηθούν στα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν στην έρευνα κατά κύριο λόγο θα βασιστούμε στην περιγραφική ανάλυση που έχει γίνει παραπάνω στο κύριο μέρος του ερωτηματολογίου.

Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι στη σκέψη των συμμετεχόντων στην έρευνα, η λιτή διαχείριση κατανοείται συνδυαστικά ως περιορισμός της σπατάλης, ως περιορισμός του αριθμού των εργαζομένων, ως διαρκής έλεγχος της παραγωγικής διαδικασίας, ως σύστημα οργάνωσης της διοίκησης του οργανισμού. Το 84,1% του δείγματος απάντησε πως ο οργανισμός που εργάζεται, εφαρμόζει συστηματικά τις τεχνικές λιτής διαχείρισης. Συνεπώς συμπεραίνεται ότι το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, έχει υιοθετήσει και εφαρμόσει τις αρχές της λιτής διαχείρισης, κάτι που επιβεβαιώνεται μέσα από το όραμα και την αποστολή του (Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο - Πανάνειο, 2021). Ένα ακόμα δεδομένο που διαπιστώνεται από την έρευνα είναι ότι ο υγειονομικός οργανισμός στην προσπάθεια του να εισάγει κάποιες από τις αρχές λιτής διαχείρισης στους εργαζομένους, δίνει έμφαση στην εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού του. Η εκπαίδευση αποτελεί βασικό παράγοντα προαγωγής της λιτής διαχείρισης σε έναν οργανισμό, όπως άλλωστε

διαπίστωσαν οι Plsek&Greenhalgh, (2001). Την παραπάνω άποψη ενστερνίζεται και η Poksinska, (2010), η οποία ανέφερε ότι η εκπαίδευση σε ζητήματα λιτής διαχείρισης βοηθά τους εργαζομένους να κατανοήσουν τις σπατάλες και να προχωρήσουν στον περιορισμό τους στο πλαίσιο εφαρμογής της λιτής διαχείρισης.

Στον πίνακα 12 της στατιστικής ανάλυσης όπου παρατηρούνται τα βασικά περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων των ερωτώμενων για τις τεχνικές λιτής διαχείρισης που εφαρμόζονται στον οργανισμό που εργάζονται, διαπιστώνεται από τις απαντήσεις οι πιο συχνές τεχνικές στις μονάδες υγείας είναι η εφαρμογή «5S». Η προαναφερόμενη τεχνική αποτελεί την πιο διαδεδομένη τεχνική της λιτής διαχείρισης (Womack&Jones, 2003· Lavalley, 2011), κάτι που φανερώνει ότι ο υγειονομικός οργανισμός διαθέτει εξειδικευμένες γνώσεις πάνω στο ζήτημα της λιτής διαχείρισης. Μία ακόμα συνήθης τεχνική είναι οι συναντήσεις για την παρακολούθηση προόδου. Οι τεχνικές που φαίνεται να είναι λιγότερο ανεπτυγμένες είναι ο οπτικός έλεγχος και ο σχεδιασμός για τον περιορισμό / αποφυγή λαθών.

Στον πίνακα 13 της στατιστικής ανάλυσης διαπιστώνονται οι πιο σημαντικοί λόγοι, που οδήγησαν τον οργανισμό να εφαρμόσει κάποιες τεχνικές λιτής διαχείρισης. Σύμφωνα με τις απόψεις των ερωτώμενων η προσαρμογή στις σύγχρονες τεχνικές διαχείρισης, η βελτίωση ασφάλειας και ο περιορισμός σφαλμάτων / λαθών αποτέλεσαν τις σημαντικότερες αιτίες προς αυτή την κατεύθυνση. Οι αιτίες παρακίνησης για την υιοθέτηση τεχνικών λιτής διαχείρισης συνάδουν με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών που είχαν καταλήξει, ότι η λιτή διαχείριση συμβάλλει στην ορθότερη διαχείριση του εκάστοτε οργανισμού, στην βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας του και στον περιορισμό των λαθών που πραγματοποιούνται (Graban, 2011· Kimetal., 2006· Houchens&Kim, 2013· Hasle, Nielsen&Edwards, 2016· Golden, 2006).

Στον πίνακα 14 της στατιστικής ανάλυσης που προηγήθηκε παρουσιάζονται, τα βασικότερα εμπόδια στην εφαρμογή της λιτής διαχείρισης. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι η λιτή διαχείριση δεν μπορεί να εφαρμοστεί εύκολο λόγω της άρνησης των εργαζομένων εξαιτίας του φόβου αλλαγής, λόγω της άρνησης των εργαζομένων εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων των αρχών και των ωφελειών της λιτής διαχείρισης

και λόγω της έλλειψης κατάλληλης κατάρτισης. Οι λόγοι που παρουσιάζονται ως εμπόδια εφαρμογής της λιτής διαχείρισης της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα αποτελέσματα των ερευνών των Zidel (2006) και Hummer&Daccarett, (2009) οι οποίοι είχαν καταλήξει στα ίδια συμπεράσματα. Παρατηρείται επομένως ότι τα εμπόδια που ισχύουν για πάνω από 15 χρόνια στην εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, εξακολουθούν να υφίσταται και το 2021.

Στον πίνακα 15 διακρίνονται οι κυριότερες μορφές σπατάλης που επεσήμαναν οι εργαζόμενοι του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Ως σημαντικότερη σπατάλη ανέφεραν τα ελαττώματα (πράξη που βλάπτει τον ασθενή ή την ορθή ροή των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό), ενώ ως μικρότερη τη μη χρησιμοποιούμενη γνώση. Τα ελαττώματα αποτελούν σύμφωνα με τον Graban (2011), βασικές αιτίες σπατάλης σε έναν υγειονομικό οργανισμό κάτι που επιβεβαιώνεται και σε αυτή την περίπτωση.

Ολοκληρώνοντας τη συζήτηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων, στον πίνακα 17 παρουσιάζονται τα βασικότερα οφέλη που θεωρούν οι ερωτώμενοι ότι αποκομίζει ένας υγειονομικός οργανισμός από την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης. Όπως διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις που δόθηκαν, ως σημαντικότερα οφέλη αναφέρθηκαν ο περιορισμός κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, η βελτίωση του επιπέδου φροντίδας και ασφάλειας των ασθενών (Locock, 2003· Leggatetal., 2015) και η βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού. Λιγότερο επιτυγχάνονται οφέλη όπως η κινητικότητα προσωπικού και αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν τον συνωστισμό των ασθενών. Οι απόψεις των ερωτώμενων συγκλίνουν με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών των Thompson, Wolf&Spear, (2003), Kraebber, (2014), Graban, (2011) και Houchens&Kim, (2013), οι οποίοι είχαν καταλήξει ακριβώς στα ίδια συμπεράσματα στις έρευνες που διεξήγαγαν.

Κατανοείται από τα όσα προαναφέρθηκαν ότι το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης επιδιώκει την εφαρμογή των αρχών λιτής διαχείρισης στο πλαίσιο των υπηρεσιών που προσφέρει στους ασθενείς, κάτι που φανερώνει ότι οι υγειονομικές μονάδες στην Ελλάδα έχουν κατανοήσει τη σημασία και τα οφέλη αυτής για τη λειτουργία τους, αλλά και για τους ασθενείς. Επίσης διαπιστώθηκε ότι

οι συμμετέχοντες διαθέτουν ένα βασικό πλαίσιο γνώσεων για τη λιτή διαχείριση, αν και θα πρέπει να υπάρξει περαιτέρω επιμόρφωση, κάτι που και οι ίδιοι επισημαίνουν. Πολύ θετική προοπτική για την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης αποτέλεσε το γεγονός ότι οι ερωτώμενοι γνώριζαν το περιεχόμενο της έννοιας της λιτής διαχείρισης και προσδιόριζαν με ορθότητα τόσο οφέλη που αποκομίζει ο οργανισμός από την εφαρμογή της, όσο και εμπόδια. Οι προαναφερόμενες θέσεις των εργαζομένων μπορούν να λειτουργήσουν ενθαρρυντικά για την καθολική εφαρμογή της λιτής διαχείρισης στις υγειονομικές μονάδες, καθώς η ορθή γνώση του περιεχομένου της έννοιας τόσο στη θεωρία, όσο και στην πράξη, απομακρύνει από λανθασμένες αντιλήψεις και στερεότυπα για αυτή, που μπορούν να λειτουργήσουν αποθαρρυντικά για την εφαρμογή της.

4.4 Συμπεράσματα

Η λιτή διαχείριση αποτελεί μία πρακτική, η οποία με τις ανάλογες προσαρμογές μπορεί να εφαρμοστεί στον υγειονομικό τομέα και να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα. Ειδικότερα στην περίπτωση της Ελλάδας που ο υγειονομικός τομέας ταλανίζεται από πληθώρα προβλημάτων, που συνδέονται με λανθασμένες αντιλήψεις, περιορισμένους πόρους, κακοδιαχείριση κτλ. η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης θα μπορούσε να επιφέρει ουσιαστικές λύσεις και να δώσει μία νέα πνοή εκσυγχρονισμού στις μονάδες υγείας. Η αναγκαιότητα εφαρμογής της λιτής διαχείρισης στο ελληνικό δημόσιο υγειονομικό σύστημα επίσης μοιάζει επιτακτικότερη από ποτέ, εάν οι δημόσιες μονάδες υγείας επιθυμούν να συναγωνιστούν ισάξια τον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα, ο οποίος αναπτύσσεται άμεσα, καθώς και τα διεθνή υγειονομικά συστήματα που συστηματικά φαίνεται ότι εφαρμόζουν την λιτή διαχείριση.

Ωστόσο για να εφαρμοστεί ορθά η λιτή διαχείριση είναι αναγκαίο οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα να ενημερωθούν για το περιεχόμενο εφαρμογής της και να εκπαιδευτούν καταλλήλως. Μόνο κάτω από τις προαναφερόμενες συνθήκες θα σταματήσουν να δαιμονοποιούν την λιτή διαχείριση και να έχουν λανθασμένες

αντίληψεις για αυτή, καθώς εξακολουθεί να επικρατεί η αντίληψη, ότι η εφαρμογή της συνδέεται με περικοπές προσωπικού και πόρων στις υγειονομικές μονάδες.

Το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης όπως διαπιστώνεται και από τα όσα αναφέρονται στο όραμα και στην αποστολή του, έχει κατανοήσει ότι είναι σημαντική η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης, ώστε να είναι λειτουργικό και να παρέχει όσο το δυνατόν καλύτερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς. Η παραπάνω αντίληψη φαίνεται ότι διατρέχει και τους εργαζομένους της υγειονομικής μονάδας που έχουν κατανοήσει τη σπουδαιότητα εφαρμογής της. Είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό το γεγονός ότι ένα περιφερειακό νοσοκομείο επιδιώκει να εκσυγχρονιστεί και να συμπλεύσει με τα διεθνείς ευρωπαϊκές τάσεις της εποχής στον υγειονομικό τομέα, καθώς διαπιστώνεται η διάθεση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος να γίνει περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν ότι η λιτή διαχείριση μπορεί και πρέπει να εφαρμοστεί στις ελληνικές υγειονομικές μονάδες, καθώς υπάρχει πρόσφορο έδαφος και διάθεση προς αυτή την κατεύθυνση. Το ελληνικό κράτος από την πλευρά του πρέπει αυτή τη διάθεση να την «εκμεταλλευτεί» και να αναπτύξει πολιτικές προς αυτή την κατεύθυνση, καθώς και κίνητρα προς τις υγειονομικές μονάδες, ώστε να την υιοθετήσουν και να την εφαρμόσουν συστηματικά.

Σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση θα βοηθήσει η περεταίρω έρευνα στο ζήτημα της λιτής διαχείρισης και η αξιολόγηση της υπάρχουσας εικόνας που αυτή παρουσιάζει στις υγειονομικές μονάδες, καθώς με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να αντιμετωπιστούν τα εμπόδια που αναστέλλουν την εφαρμογή της και να αναπτυχθούν οι προοπτικές, ώστε αυτή να αποτελέσει σημείο αναφοράς για τα ελληνικά υγειονομικά ιδρύματα.

4.5 Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα συνάντησε κάποιους περιορισμούς οι οποίες κρίνεται αναγκαίο να επισημανθούν. Αρχικά το μεγαλύτερο εμπόδιο κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν η κατάσταση της πανδημίας του Covid-19, η οποία έχει επηρεάσει όλο τον κόσμο και συνεπώς και την Ελλάδα. Δεδομένου το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες

στην έρευνα προέρχονταν από τον χώρο της υγείας καθώς και της δύσκολης κατάστασης που αντιμετώπιζαν σε επαγγελματικό επίπεδο υπό το βάρος της πανδημίας, στην αρχή έδειξαν μεγάλη απροθυμία να συμμετέχουν στην έρευνα, κάτι που με τη σειρά του είχε ως αποτέλεσμα την μη εύκολη εξεύρεση μεγάλου δείγματος (άνω των 100). Στους ανασταλτικούς παράγοντες διεξαγωγής της έρευνας θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ο μεγάλος όγκος δουλειάς της ερευνήτριας καθώς εργάζεται και αυτή στον υγειονομικό τομέα όπως και η σχετική απειρία της στη χρήση του προγράμματος SPSS.

Βιβλιογραφία

- Adamson, B. and Kwolek, S. (2008). Strategy, Leadership and Change: The North York General Hospital Transformation. *Journey, Healthcare Quarterly*, 11(3), 50–53.
- Aherne J. & Whelton J. (2010). *Introduction to Lean Healthcare, in Applying lean in healthcare: a collection of international case studies*. New York : CRC Press.
- Atkinson, P. and Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Nurse-led liaison mental health service for older adults: service development using lean thinking methodology. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 328–331.
- Babbie, E. (2013). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα : Κριτική.
- Ballé, M., and Rénier, A. (2007). Lean as a learning system in a hospital ward. *Leadership in Health Services*, 20, 33-41.
- Ben-Tovim, D.I., J.E. Bassham, D. Bolch, M.A. Martin, M. Dougherty and Szwarcbord, M. (2007). Lean Thinking across a Hospital: Redesigning Care at the Flinders Medical Centre, *Australian Health Review*, 31(1), 10–15.
- Blackmore, C.C., Mecklenburg, R.S. & Kaplan, G.S. (2011). At Virginia Mason, Collaboration Among Providers, Employers, and Health Plans to Transform Care Cut Costs and Improved Quality. *Health Affairs*, 30(9), 45-51.
- Blackmore, C.C., Bishop, R., Luker, S., Williams, B.L. (2013). Applying lean methods to improve quality and safety in surgical sterile instrument processing. *Joint Commentary Journal of Quality of Patient Safety*, 39(3), 99-105.
- Bryman, A. (2017). *Social Research Methods*. London: Oxford University Press.
- Charron, R. Harrington, J. Voehl, F. Wiggin, H. (2014). *The Lean Management Systems Handbook*. London : Productivity Press.
- Cohen, L. & Manion, L. (2005). *Μεθοδολογία της εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα : Μεταίχμιο.
- Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο- Πανάνειο, (8 Ιούνιος 2021). Ανακτήθηκε από : <https://www.venizeleio.gr/>
- Creswell, J. (2016). *Η έρευνα στην εκπαίδευση*. Αθήνα : Ίων.
- De Souza, L. (2009). Trends and approaches in Lean healthcare leadership. *Leadership in Healthcare*, 22(2), 121–139.
- Dekier, L. (2012). The Origins and Evolution of Lean Management System, *Journal of International Studies*, 5(1), 46-51.

- Edwards, K. Nielsen, A. & Jacobsen, P. (2012). Implementing lean in surgery - Lessons and implications. *International Journal of Technology Management*, 57(1/2/3), 4 – 17.
- Golden, B. (2006). Change: Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, 10, 10–19.
- Graban M. (2011). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction, Second Edition*. New York : CRC Press.
- Halsted M.J. & Froehle CM. (2008). Design, implementation, and assessment of a radiology workflow management system. *AJR Am J Roentgenol*, 191(2), 321–327.
- Hasle, P. Nielsen, A. & Edwards, K. (2016). Application of Lean Manufacturing in Hospitals—the Need to Consider Maturity, Complexity, and the Value Concept. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing* 26(4).
- Houchens N. & Kim C. (2013) *The Application of Lean in the Healthcare Sector: Theory and Practical Examples, in Lean Thinking for Healthcare*. New York : Springer Science & Business Media.
- Hummer, J. & Daccarett, C. (2009). Improvement in prescription renewal handling by application of the Lean process. *Nursing Economy*, 27(3), 197–201.
- Immerson, C., Weber D. & Sobek D. (2006). Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at Intermountain Healthcare. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(5), 249-257.
- Institute for Healthcare Improvement. Going Lean in Health Care (IHI Innovation Series White Paper). Ανακτήθηκε στις 23 Δεκεμβρίου 2019 <http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/GoingLeaninHealthCare.htm>
- Jimmerson, C., Weber D. & Sobek D. (2006). Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at Intermountain Healthcare. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(5), 249-257.
- Kaplan, G. (2012). Waste Not: The Management Imperative for Healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 57(3), 160–166.
- Kim, C.S., Spahlinger, D.A., Kin, J.M., Billi, J.E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world- class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, 1(3), 191-199.

- Kim, C.S., Hayman, J.A., Billi, J.E., Lash, K., & Lawrence T.S. (2007). The application of lean thinking to the care of patients with bone and brain metastasis with radiation therapy. *Journal of Oncology Practice*, 3(4), 189–193.
- Kimsey, D.B. (2010). Lean Methodology in Health Care. *AORN Journal*, 92, 53-60.
- King, D. L., Ben-Tovim, D. I., & Bassham, J. (2006). Redesigning emergency department patient flows: Application of lean thinking to health care. *Emergency Medicine Australasia*, 18(4), 391–397.
- Kollberg, B. Dahlgaard, J. & Brehmer, P. (2007). Measuring Lean Initiatives in Health Care Services: Issues and Findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), 7-24.
- Kraebber K. (2014). *Lean in Healthcare, in Management Engineering: A Guide to Best Practices for Industrial Engineering in Health Care*. New York : CRC Press.
- Laing, K. and Baumgartner, K. (2005). Implementing ‘Lean’ Principles to Improve the Efficiency of the Endoscopy Department of a Community Hospital: A Case Study. *Gastroenterology Nursing*, 28(3), 210–215.
- Lavalle D. (2011). *Improve patient safety with lean techniques, in Error reduction in health care: a systems approach to improving patient safety*. San Francisco : John Wiley & Sons.
- Lawal, A. , Rotter, T. Kinsman, L. Sari, N. (2014). Lean management in health care: Definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol) *Systematic Reviews*, 3(1), 103.
- Leggat, S. G., Bartram, T., Stanton, P., Bamber, G. J., & Sohal, A. S. (2015). Have process redesign methods, such as Lean, been successful in changing care delivery in hospitals? A systematic review. *Public Money & Management*, 35(2), 161–168.
- Lippman, S. A., & Rumelt, R. P. (1982). Uncertain Imitability - An Analysis of Interfirm Differences in Efficiency Under Competition. *Bell Journal of Economics*, 13(2), 418–438.
- Locock, L. (2003). Healthcare redesign: meaning, origins and application. *Quarterly Safety and Health Care*, 12, 53-58.

- Machado, V., and Leitner, U. (2010). Lean tools and lean transformation process in health care. *International Journal of Management Science and Engineering Management*, 5(5), 383-392.
- MacLeod, H., B. Bell, K. Deane and Baker, C. (2008). Creating Sustained Improvements in Patient Access and Flow: Experiences from Three Ontario Healthcare Institutions. *Healthcare Quarterly*, 11(3), 38–49.
- Matloub, H. & Mohsin, M. M. (2016). Prioritizing Lean Management Practices in Public and Private Hospitals. *Journal of Health Organization and Management*. Ανακτήθηκε 22 Μαΐου 2021 από https://www.researchgate.net/publication/301660454_Prioritizing_Lean_Management_Practices_in_Public_and_Private_Hospitals_Journal_of_Health_Organization_and_Management
- May, M.E. (2007). *The Elegant Solution: Toyota's Formula for Mastering Innovation*. NY : Free Press.
- Mazzocato, P., Thor, J., Bäckman, U., Brommels, M., Carlsson, J., Jonsson, F., Savage, C. (2014). Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *J Health Organ Manag*, 28(2), 266–288.
- Murman E. (2002). *Lean enterprise value: insights from MIT's Lean Aerospace Initiative*. New York : Palgrave Macmillan.
- Neufeld, N. J., Hoyer, E. H., Cabahug, P., González-Fernández, M., Mehta, M., Walker, N. C., Mayer, R. S. (2013). A Lean Six Sigma Quality Improvement Project to Increase Discharge Paperwork Completeness for Admission to a Comprehensive Integrated Inpatient Rehabilitation Program. *American Journal of Medical Quality*, 28(4), 301–307.
- Perrow, C. (1986). *Complex organizations - a critical essay*. New York: McGraw-Hill.
- Pham, H. H., Ginsburg, P. B., McKenzie, K., & Milstein, A. (2007). Redesigning care delivery in response to a high-performance network: The Virginia Mason Medical Center. *Health Affairs*, 26(4), 532-544.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science - The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323, 625–628.

- Poksinska B.(2010). The current state of Lean implementation in health care: literature review. *Quality Management in Health Care*, 4 (19), 319-329.
- Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα : Gutenberg.
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74, 364–371.
- Ross-Baker, G. (2014). Improving Healthcare Using Lean Processes. *Healthcare Quarterly*, 17(2), 18-19.
- Σαχλάς, Α. - Μπερσίμης, Σ. (2017). *Εφαρμοσμένη στατιστική με χρήση του IBM SPSS Statistics 23: με έμφαση στις επιστήμες υγείας*. Αθήνα : εκδόσεις Τζιόλα.
- Shipman, S.A. & Sinsky, C.A. (2013). Expanding Primary Care Capacity by Reducing Waste and Improving the Efficiency of Care. *Health Affairs*, 32(11), 23-25.
- Smith, G., Poteat-Godwin, A., Harrison, L.M. and Randolph, G.D. (2012). Applying Lean principles and Kaizen rapid improvement events in public health practice. *Journal of Public Health Management Practice*, 18(1), 52–54.
- Thompson, DN, Wolf, G.A. Spear, SJ. (2003). Driving Improvement in Patient Care: Lessons from Toyota. *Journal of Nursing Administration*, 33(11), 585-595.
- Toussaint, J.S, Berry, LL. (2013). The Promise of Lean in Health Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88, 74-82.
- Trägardh, B. & Lindberg, K. (2004). Curing a meagre health care system by lean methods - translating ‘chains of care’ in the Swedish health care sector. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(4), 383-398.
- Tsasis P, Bruce-Barrett C.(2008). Organizational change through Lean Thinking. *Health Services Management Research*, 21(3), 192-198.
- Toussaint, J. & Berry, L. (2013). The Promise of Lean in Health Care. *Mayo Clinic Proceedings* 88(1), 74-82.
- Tsasis, P, Bruce-Barrett, C. (2008). Organizational change through Lean Thinking. *Health Services Management Research*, 21(3), 192-198.
- Ulhassan, W., Sandahl, C., Westerlund, H., Henriksson, P., Bennermo, M., von Thiele, S.U. and Thor, J. (2013). Antecedents and characteristics of lean thinking implementation in a Swedish hospital: a case study. *Quality Management Health Care*, 22(1), 48–61.

- Vegting, I.L., van Beneden, M., Kramer, M.H., Thijs, A., Kostense, P.J., Nanayakkara, P.W. (2012). How to save costs by reducing unnecessary testing: lean thinking in clinical practice. *European Journal of International Medicine*, 23(1), 70-75.
- Weber, D.O. (2006). Toyota style management drives Virginia Mason. *Physician Executive*, 32(12), 123-132.
- Womack J.P. & Jones D.T.(2003). *Lean thinking. Banish waste and create wealth in your corporation*. New York : Free Press.
- Wong, W. P., Ignatius, J. & Soh, K. L., (2014). What is the leanness level of your organisation in lean transformation implementation? An integrated lean index using ANP approach. *Production Planning & Control*, 25(4), 273–287.
- Woolf, R., Locke, A. & Potts, C. (2016). Pharmacist prescribing within an integrated health system in Washington. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 73(18). 1416-1424.
- Young, T. P., & McClean, S. I. (2008). A critical look at lean thinking in healthcare. *Quality and Safety in Health Care*, 17(5), 382–386.
- Zidel T.G. (2006). A Lean Toolbox - Using Lean Principles and Techniques in Healthcare. *JHQ*, 28(1), W1-7.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο για τη Λιτή Διαχείριση στον Υγειονομικό Τομέα

Α' Μέρος

1. Φύλο

- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άνδρας

2. Ηλικία

- ☐ >25
- ☐ 26-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ 56-65

3. Μορφωτικό Επίπεδο

- ☐ Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- ☐ Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ΤΕΙ
- ☐ Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ΑΕΙ
- ☐ Μεταπτυχιακό
- ☐ Διδακτορικό

4. Οικογενειακή Κατάσταση

- ☐ Άγαμος/ή
- ☐ Έγγαμος/ή
- ☐ Διαζευγμένος/ή
- ☐ Χήρος/ά

5. Τομέας Εργασίας

- ☐ Μονάδα υγείας δημοσίου τομέα
- ☐ Μονάδα υγείας ιδιωτικού τομέα

6. Θέση Εργασίας

- ☐ Διοικητικό προσωπικό
- ☐ Ιατρικό προσωπικό
- ☐ Νοσηλευτικό προσωπικό
- ☐ Άλλο (Διευκρινίστε) :

7. Τμήμα μονάδας υγείας που εργάζεστε

.....

8. Χρόνια προϋπηρεσίας

- ☐ >5 έτη
- ☐ 6-15 έτη
- ☐ 16-25 έτη
- ☐ 26 έτη ή περισσότερα

Β' Μέρος

9. Πως θα ορίζατε κατά τη γνώμη σας τη Λιτή Διαχείριση

- ☐ Περιορισμός σπατάλης
- ☐ Μείωση αριθμού εργαζομένων
- ☐ Συνεχής έλεγχος της παραγωγικής διαδικασίας στον οργανισμό
- ☐ Σύστημα οργάνωσης και διοίκησης ενός οργανισμού

10. Πιστεύετε ότι η Λιτή Διαχείριση εφαρμόζεται συστηματικά στον οργανισμό που εργάζεστε;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

11. Αν η απάντησή σας στο 10^ο ερώτημα είναι ναι, τότε πόσο χρονικό διάστημα χρησιμοποιούνται εργαλεία Λιτής Διάχυσης στον οργανισμό που εργάζεστε;

- ☐ <1 έτος
- ☐ 1-5 έτη
- ☐ >5 έτη

12. Πως ο οργανισμός που εργάζεστε εισήγαγε αρχές Αιτής Διαχείρισης

- ☐ Με εξωτερικό σύμβουλο
- ☐ Με εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού
- ☐ Με πρόσληψη ειδικευμένου εργαζομένου σε ζητήματα λιτής διαχείρισης

13. Αναφέρετε εάν κάθε μία από τις αναφερόμενες τεχνικές Αιτής Διαχείρισης εφαρμόζεται στον οργανισμό που εργάζεστε

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|-----|-----|
| 1. Εφαρμογή “5S” | | |
| 2. Συνεχής βελτίωση | | |
| 3. Προσδιορισμός και έλλειψη σπατάλης | | |
| 4. Σχεδιασμός για την αποφυγή λαθών | | |
| 5. Καθολική συμμετοχή προσωπικού | | |
| 6. Εξισορροπημένος χρονοπρογραμματισμός | | |
| 7. Παράλληλη εκτέλεση εργασιών | | |
| 8. Έλεγχος ροής εργασιών | | |
| 9. Συναντήσεις για την παρακολούθηση προόδου | | |
| 10. Οπτικός έλεγχος | | |

14. Αν εφαρμόζετε κάποιες από τις αρχές της Λιτής Διαχείρισης, σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι παρακάτω λόγοι οδήγησαν τον οργανισμό που εργάζεστε να τις εφαρμόσει (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4 = αρκετά 5 =πάρα πολύ).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Βελτίωση δεικτών απόδοσης | | | | | |
| 2. Ανταγωνισμός | | | | | |
| 3. Προσαρμογή στις σύγχρονες τεχνικές διαχείρισης | | | | | |
| 4. Συνεχής προσπάθεια οργανισμού για βελτίωση | | | | | |
| 5. Ανάγκη του οργανισμού να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών - ασθενών | | | | | |
| 6. Παρακίνηση από μέρους των πελατών - ασθενών | | | | | |
| 7. Λόγοι που σχετίζονται με την οικονομική κρίση | | | | | |
| 8. Βελτίωση απόδοσης των εργαζομένων | | | | | |
| 9. Βελτίωση περιβάλλοντος εργασίας | | | | | |
| 10. Βελτίωση ασφάλειας | | | | | |
| 11. Περιορισμός σφαλμάτων/λαθών | | | | | |
| 12. Λόγοι επιβίωσης του οργανισμού | | | | | |

15. Κατά πόσο θεωρείτε ότι οι παρακάτω παράγοντες - εμπόδια δυσκολεύουν να εφαρμοστεί η Λιτή Διαχείριση στον οργανισμό που εργάζεστε (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3=ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4 = συμφωνώ, 5 =συμφωνώ απόλυτα).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Παράλληλες εργασίες από την πλευρά των εργαζομένων | | | | | |
| 2. Άρνηση των εργαζομένων λόγω φόβου περικοπών στο ανθρώπινο δυναμικό | | | | | |
| 3. Άρνηση των εργαζομένων λόγω του φόβου αλλαγής | | | | | |
| 4. Άρνηση των εργαζομένων λόγω της έλλειψης γνώσεων των αρχών και των ωφελειών της Λιτής Διαχείρισης | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 5. Προσκόλληση της διοίκησης σε παραδοσιακές μεθόδους διαχείρισης | | | | | |
| 6. Η διοίκηση λόγω φόβου αλλαγής δεν στηρίζει την αλλαγή | | | | | |
| 7. Δισταγμός της διοίκησης για την δυνατότητα ωφελειών από την εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης | | | | | |
| 8. Άρνηση της διοίκησης λόγω της έλλειψης γνώσεων των αρχών και των ωφελειών της Λιτής Διαχείρισης | | | | | |
| 9. Δεν εστιάζει ο οργανισμός στην έννοια του πελάτη - ασθενή | | | | | |
| 10. Μεγάλο κόστος για την εφαρμογή της Λιτής Διαχείρισης | | | | | |
| 11. Έλλειψη κατάλληλης κατάρτισης | | | | | |
| 12. Ασάφεια καθηκόντων εργαζομένων | | | | | |
| 13. Μη τυποποιημένες διαδικασίες εργασίας | | | | | |

16. Αναφέρετε άλλα εμπόδια που πιθανώς να θεωρείτε υπεύθυνα για την μη εφαρμογή της λιτής διαχείρισης στον οργανισμό που εργάζεστε

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

17. Ο υγειονομικός οργανισμός που εργάζεστε σε ποιο βαθμό αντιμετωπίζει τις ακόλουθες μορφές σπατάλης/ προβλήματα; (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια , 4 = αρκετά 5 =πάρα πολύ).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Ελαττώματα (πράξη που βλάπτει τον ασθενή ή την ορθή ροή των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό) | | | | | |
| 2. Υπερπαραγωγή (προϊόντων, υπηρεσιών) | | | | | |
| 3. Μεταφορές (υπερβολική κίνηση εντός του συστήματος του οργανισμού) | | | | | |
| 4. Αναμονή (ασθενών – εργαζομένων) | | | | | |
| 5. Αποθέματα (μεγάλη ποσότητα αποθεμάτων υλικών) | | | | | |
| 6. Υπερλειτουργία ή σπατάλη επεξεργασίας (παραγωγή προϊόντων ή υπηρεσιών τα οποία είναι καλύτερης ποιότητας σε σχέση με αυτή που απαιτεί ο πελάτης ή οφείλεται σε περιττή εργασία) | | | | | |
| 7. Μη χρησιμοποιούμενη γνώση | | | | | |

18. Εάν εφαρμόζεται το σύστημα της Αιτής Διαχείρισης στον οργανισμό που εργάζεστε, πόσο ικανοποιημένοι αισθάνεστε από την εφαρμογή του; (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια , 4 = αρκετά 5 =πάρα πολύ).

1 2 3 4 5

19. Εάν εφαρμόζεται το σύστημα της Αιτής Διαχείρισης στον τμήμα που εργάζεστε, πόσο ικανοποιημένοι αισθάνεστε από την εφαρμογή του; (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια , 4 = αρκετά 5 =πάρα πολύ).

1 2 3 4 5

20. Ανεξάρτητα του αν εφαρμόζεται ή όχι το σύστημα της Αιτής Διαχείρισης στον οργανισμό που εργάζεστε, σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι επιτυγχάνονται τα ακόλουθα οφέλη από την εφαρμογή του; (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4 = αρκετά 5 =πάρα πολύ).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Ροή ασθενών | | | | | |
| 2. Κινητικότητα προσωπικού | | | | | |
| 3. Αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν τον συνωστισμό των σθενών | | | | | |
| 4. Μείωση του μέσου όρου αναμονής των ασθενών στον οργανισμό | | | | | |
| 5. Βελτίωση του επιπέδου φροντίδας και ασφάλειας των ασθενών | | | | | |
| 6. Βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού | | | | | |
| 7. Βελτίωση των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων | | | | | |
| 8. Βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων | | | | | |
| 9. Περιορισμός κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών | | | | | |
| 10. Βελτίωση περιφερειακών δραστηριοτήτων των μονάδων αυτών (διοικητικές δραστηριότητες, υλικοτεχνική υποστήριξη αναλώσιμων) | | | | | |

21. Έχετε εκπαιδευτεί πάνω σε ζητήματα Αιτής Διαχείρισης;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

22. Θα επιθυμούσατε να αποκτήσετε μεγαλύτερη εξειδίκευση όσον αφορά την Αιτή Διαχείριση;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

23. Θεωρείτε ότι οι μονάδες υγείας στην Ελλάδα θα επωφεληθούν από την εφαρμογή της Αιτής διαχείρισης;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα: Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.