



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

«Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες υγείας»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: Παναγόπουλος Ιωάννης
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Καστανιώτη Αικατερίνη, Επίκουρος.

Καλαμάτα 2009



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

«Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες υγείας»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: Παναγόπουλος Ιωάννης
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Καστανιώτη Αικατερίνη, Επίκουρος.

Καλαμάτα 2009

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	5
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	5
1.2 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	9
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	12
1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	11
1.5 ΠΟΙΑ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	14
1.6 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ	14
1.7 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ	18
2.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	18
2.2 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	19
2.3 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	20
2.4 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	23
2.5 ΔΟΜΙΚΑ ΜΕΡΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ	27
3.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	29
3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	33
4.1 ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	33
4.2 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	34
4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	35
4.4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	38
4.5 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	40
4.6 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	

ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	44
5.1 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	48
6.1 ΓΕΝΙΚΑ	48
6.2 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.	48
6.2.1 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	48
6.2.2 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ	51
6.2.3 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ	54
6.2.4 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΤΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	56
6.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.	59
6.3.1 Γ. Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ	59
6.3.2 Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ	61
6.3.3 Γ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	63
6.3.4 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ	64
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	67
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια, κ.ά.) και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, κ.λπ. Επίσης, οι εργαζόμενοι, πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, άλλωστε αντικατοπτρίζεται στους ίδιους τους πολίτες - ασθενείς και από το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη - ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας που του παρασχέθηκαν. Μέχρι τώρα, πολλές από τις ιδέες μας για την ποιότητα έχουν βασιστεί στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες εγγύησης ποιότητας ή ελέγχου ποιότητας. Το ραγδαία μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η ραγδαία μεταβαλλόμενη τεχνολογία, όμως θέτουν σε αμφισβήτηση τις αντιλήψεις μας για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να διασαφηνιστεί η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή με ποια κριτήρια θεωρούμε ότι υπάρχει ή δεν υπάρχει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και πόσο σημαντική είναι η βελτίωσή της. Επιπλέον, μέσα από την έρευνα πεδίου που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της εργασίας αυτής, να διαπιστωθεί κατά πόσο ποιοτικές είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, μέσα από την εμπειρία των εργαζομένων σε νοσοκομεία.

Η εργασία αυτή είναι δομημένη σε δυο τμήματα. Στο πρώτο τμήμα γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση, ώστε να διασαφηνιστούν όροι, αλλά και να παρουσιαστούν ευρήματα από παρόμοιες εργασίες για το θέμα, τα οποία βοηθούν και στην υλοποίηση του δεύτερου τμήματος της εργασίας, δηλαδή την έρευνα πεδίου και την αποτύπωση των αποτελεσμάτων.

Έτσι, το πρώτο κεφάλαιο έχει σαν στόχο, να διευκολύνει την κατανόηση της έννοιας της ποιότητας τόσο γενικά όσο και ειδικότερα στον τομέα υγείας, καταδεικνύοντας παράλληλα την τεράστια σημασία της. Η προσπάθεια αυτή στηρίζεται σε ανασκόπηση της σχετικής επιστημονικής διεθνούς βιβλιογραφίας. Με

βάση τη βιβλιογραφία αυτή, διατυπώνονται διάφοροι ορισμοί για την ποιότητα και παρουσιάζονται οι διαστάσεις της ποιότητας. ανάλογα με την εκάστοτε οπτική γωνία μελέτης ή με την εφαρμοζόμενη θεωρία διοίκησης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας καθώς και τα οφέλη που προκύπτουν από αυτή. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι κύριες διαστάσεις και τα βασικά δομικά μέρη της νοσοκομειακής βελτίωσης της ποιότητας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά και οι μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας. Τέλος στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται και οι διεθνείς οργανισμοί πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία.

Το πέμπτο και έκτο κεφάλαιο, αναφέρονται στην έρευνα πεδίου που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, στο πέμπτο παρουσιάζονται τα υλικά και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, δηλαδή, χαρακτηριστικά του δείγματος, τρόπος σύνταξης του ερωτηματολογίου και τρόπος υλοποίησης της μελέτης. Στο έκτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα διαγράμματα που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων, που δόθηκαν, με την ανάλογη ανάλυση τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Για να κατανοήσουμε την ολική ποιότητα πρέπει προηγουμένως να κατανοήσουμε την ποιότητα. Στην καθημερινή μας ζωή ερχόμαστε συνεχώς αντιμέτωποι με το ζήτημα της ποιότητας. Εξετάζουμε την ποιότητα όταν τρώμε σε ένα εστιατόριο, όταν προβαίνουμε σε μία σημαντική αγορά όπως π.χ. στην αγορά ενός αυτοκινήτου ή ενός υπολογιστή κ.ο.κ. Η αναζήτηση της ποιότητας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα βάση του οποίου οι άνθρωποι επιλέγουν ως καταναλωτές. Είτε εκφράζουμε αυτές τις διακρίσεις ανοιχτά, είτε τις κρατάμε στο πίσω μέρος του μυαλού μας, όλοι χρησιμοποιούμε έναν αριθμό κριτηρίων όταν κάνουμε μία αγορά. Η έκταση με την οποία μία αγορά ανταποκρίνεται σε αυτά τα κριτήρια καθορίζει την ποιότητα της.

Ένας τρόπος να κατανοήσουμε την ποιότητα ως μία έννοια η οποία καθορίζεται από τον καταναλωτή είναι να σκεφτούμε το παράδειγμα του γεύματος σε ένα εστιατόριο. Πώς θα κρίνουμε την ποιότητα σε ένα εστιατόριο; Οι περισσότεροι από εμάς χρησιμοποιούμε κριτήρια όπως: εξυπηρέτηση, χρόνος ανταπόκρισης, προετοιμασία του φαγητού, περιβάλλον/ατμόσφαιρα, τιμή, περιθώρια επιλογής, κ.ά. Το παράδειγμα αφορά μία πλευρά της ποιότητας - την πλευρά των αποτελεσμάτων. Το προϊόν ή η υπηρεσία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη. Αυτό αποτελεί την κριτική πλευρά της ποιότητας, αλλά δεν είναι η μόνη πλευρά. Η ολική ποιότητα είναι μία πολύ ευρύτερη έννοια η οποία δεν περικλείει μόνο την πλευρά των αποτελεσμάτων, αλλά και την ποιότητα των ανθρώπων και των διαδικασιών. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών σε ολόκληρο τον κόσμο επιβεβαιώνει την σπουδαιότητα της ποιότητας και τη συσχέτιση η οποία υπάρχει μεταξύ προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας, αύξησης της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας, περιορισμού του κόστους, ενίσχυση της ανταγωνιστικής θέσης, ικανοποίησης του πελάτη, κ.α. (Redman et. Al.1995, Powell1995, Chauvel 1994, Pfeffer1994, Garvin1988, Van Donk 1993).

Η ποιότητα έχει οριστεί με πληθώρα διαφορετικών τρόπων από πολλούς ανθρώπους και οργανισμούς. Διαφορετικοί ορισμοί και προσεγγίσεις γύρω από την ποιότητα έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί, ενώ αρκετοί είναι οι συγγραφείς οι οποίοι αναφέρουν ότι ο όρος ποιότητα προκαλεί συχνά σύγχυση.

Για πάρα πολλούς η έννοια της ποιότητας μεταβάλλεται και μετασχηματίζεται ανάλογα με τις αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών.

Ο Juran (1986) όρισε την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση» οι χρήστες δηλαδή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται σ' αυτά γι' αυτό το οποίο ήθελαν να κάνουν με αυτά. Επιπλέον, αναγνωρίζει πέντε διαστάσεις καταλληλότητας χρήσης: ποιότητα του σχεδίου, ποιότητα ανταπόκρισης, διαθεσιμότητα, ασφάλεια και επιτόπια χρήση. Μια πιο στενή προσέγγιση στον ορισμό της ποιότητας χρησιμοποιείται από τον Crosby (1980): «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις». Οι απαιτήσεις πρέπει να δηλώνονται ξεκάθαρα ώστε να μην υπάρχει ενδεχόμενο να παρερμηνευτούν. Οι μετρήσεις γίνονται συνεχώς για να καθορίσουν την ανταπόκριση σε αυτές τις απαιτήσεις. Η αποτυχία ανταπόκρισης αποτελεί την έλλειψη ποιότητας. Τα προβλήματα ποιότητας μετασχηματίζονται σε προβλήματα αποτυχημένης ανταπόκρισης.

Ο Deming (1993) ορίζει: «Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη». Η ικανοποίηση εκφράζεται από τη σχέση: Ικανοποίηση = τωρινή απόδοση - αναμενόμενη απόδοση. Η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να μεταφράσει τις μελλοντικές ανάγκες του χρήστη σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά ώστε ένα προϊόν να σχεδιαστεί για να δίνει ικανοποίηση στο πελάτη με μια τιμή στην οποία θα μπορεί να ανταπεξέλθει. Αυτό δεν είναι εύκολο και μόλις κάποιος αισθανθεί σχετικά επιτυχής στην προσπάθεια, βρίσκει ότι οι ανάγκες του πελάτη έχουν αλλάξει, οι ανταγωνιστές έχουν μπει στο παιχνίδι, προκύπτουν νέα υλικά, καλύτερα από τα παλιά, κάποια χειρότερα, άλλα φθηνότερα από τα παλιά, άλλα πιο αγαπητά. Τη ποιότητα οποιουδήποτε προϊόντος ή υπηρεσίας, είναι μια πολυεπίπεδη έννοια.

Ο Deming υποστηρίζει ότι η ποιότητα έχει πολλά διαφορετικά κριτήρια τα οποία αλλάζουν διαρκώς. Και μάλιστα, διαφορετικά άτομα αξιολογούν τα ίδια κριτήρια διαφορετικά. Γι' αυτόν το λόγο, είναι σημαντική η μέτρηση των προσδοκιών των καταναλωτών και η συχνή επανάληψη της μέτρησης αυτής. Ο Deming δίνει ένα παράδειγμα των κριτηρίων, τα οποία είναι σημαντικά γι' αυτόν π.χ. στην επιλογή χαρτιού: δε γλιστράει και, συνεπώς, δέχεται το μολύβι ή το μελάνι" όταν γράφεις στο πίσω μέρος δε φαίνεται από μπροστά, χωράει σε ένα σημειωματάριο, διατίθεται στα περισσότερα μαγαζιά με χαρτικά είδη, μπορεί κανείς να το εφοδιαστεί εύκολα και τέλος έχει λογική τιμή. Το καθένα από αυτά αντιπροσωπεύει μία μεταβλητή την οποία ο κατασκευαστής μπορεί να μετρήσει και

να χρησιμοποιήσει για να βελτιώνει συνεχώς τη λήψη αποφάσεων. Ο Deming είναι γνωστός για την άποψη του ότι το 94% των εργασιακών προβλημάτων προκύπτουν στις διαδικασίες και όχι στα άτομα τα οποία αποτελούν μέρη των διαδικασιών. Συγκεκριμένα έγραψε: «Τα άτομα τα οποία δεν έχουν καμία θεωρία δεν ξέρουν που πηγαίνουν». Στη δεκαετία του 1980, οι απόψεις του Deming άσκησαν μεγάλη επίδραση στη φιλοσοφία της διοίκησης υπηρεσιών υγείας. Οι οργανισμοί φροντίδας υγείας υιοθέτησαν πρόθυμα τις στρατηγικές διοίκησης οι οποίες μιμούνταν τη βιομηχανική διοίκηση. Ωστόσο, η καταγραφή των ωφελειών τους δεν έχει αποδειχτεί τόσο εύκολη στη φροντίδα υγείας όσο στη βιομηχανία.

Ο Ishikawa (1985) ένας από τους διάσημους Ιάπωνες πρωτοπόρους του κινήματος ποιότητας, κάνει έναν διαχωρισμό μεταξύ στενού και ευρέως ορισμού της ποιότητας: αν ερμηνευθεί στενά, η ποιότητα σημαίνει: ποιότητα ενός προϊόντος. Αν ερμηνευθεί ευρέως, η ποιότητα σημαίνει: ποιότητα εργασίας, ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα πληροφόρησης, ποιότητα διαδικασιών, ποιότητα τμήματος, ποιότητα ανθρώπων - συμπεριλαμβανομένων των εργατών, των μηχανικών, των διευθυντών, των διοικητικών στελεχών - ποιότητα συστήματος, ποιότητα οργανισμού, ποιότητα αντικειμενικών στόχων κτλ. Από τα ανωτέρω μπορούν να εξαχθούν κοινά στοιχεία: η ποιότητα περιλαμβάνει την ανταπόκριση ή την υπερκάλυψη των προσδοκιών των πελατών, η ποιότητα εφαρμόζεται στα προϊόντα, στις υπηρεσίες, στους ανθρώπους, στις διαδικασίες και στο περιβάλλον, η ποιότητα αποτελεί μία διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση (π.χ. αυτό που θεωρείται ποιότητα σήμερα μπορεί να μην είναι αρκετά καλό για να θεωρηθεί ποιότητα αύριο).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει ένας παγκόσμια κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα, αλλά όλοι οι παραπάνω επιχειρούν να θέσουν τις βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία αυτής της έννοιας. Η ποιότητα λοιπόν μπορεί να οριστεί ως μία δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη. Τα ατομικά στοιχεία του ορισμού αυτού είναι το στοιχείο της δυναμικής κατάστασης αναφέρεται στο γεγονός ότι αυτό που θεωρείται ποιότητα μπορεί, να αλλάξει και συχνά αλλάζει καθώς περνά ο καιρός και οι συνθήκες μεταβάλλονται. Το στοιχείο των προϊόντων, των υπηρεσιών, των ανθρώπων, των διαδικασιών και του περιβάλλοντος είναι σημαντικό. Τονίζει ότι η ποιότητα δεν εφαρμόζεται μόνο στα προϊόντα και στις

υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται, αλλά και στους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται.

1.2 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το σύγχρονο περιβάλλον, στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις παγκοσμίως είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικό. Ο καταναλωτής έχει στην διάθεσή του μια μεγάλη ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών για να επιλέξει. Οι επιχειρήσεις, που ανταγωνίζονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να διαφοροποιηθούν, να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή. Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών της ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους.

Πως μπορούμε όμως να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Παρακάτω παρατίθενται μερικοί από αυτούς:

Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει τις απαιτήσεις (ISO 9000:2001). Χαρακτήρας, χαρακτηριστικό ή ιδιότητα οποιουδήποτε πράγματος που το κάνει καλό ή κακό, αξιόπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα.

Ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay).

Σύμφωνα δε, με τους Glenn Laffel και David Blumental, η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών.

Σύμφωνα δε με τους John Ovretveit, κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τι χρειάζεται ο πελάτης, β) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του. Τελικά, ο Ovretveit καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως << η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος >> και περιλαμβάνει σε αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παραπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα, η

οποία είναι ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και τέλος, την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές (Brook, 1999)

Η ποιότητα σχεδιασμού.

Η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε.

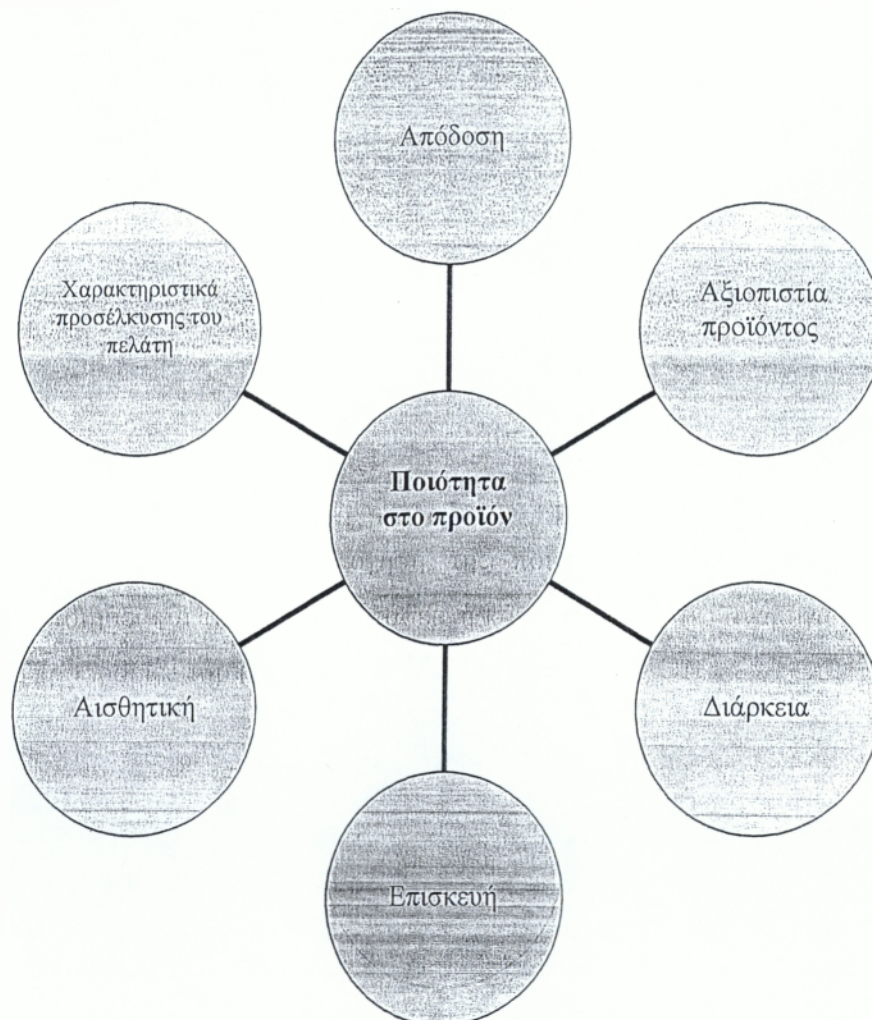
Η ποιότητα, συνεπώς, είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Ο όρος «ποιότητα προϊόντος» έχει πολλές διαστάσεις. Αναφορικά με τα υλικά αγαθά ο Garvin (1988) διατύπωσε τις παρακάτω διαστάσεις τις οποίες χρησιμοποιεί ο πελάτης για την αξιολόγηση της ποιότητας:

- (1) Απόδοση (performance): Δηλώνει το βαθμό στον οποίο το προϊόν ανταποκρίνεται στη χρήση την οποία επιθυμεί ο πελάτης.
- (2) Αξιοπιστία του προϊόντος (reliability): Είναι το μέγεθος εκείνο το οποίο δείχνει πόσο συχνά παρουσιάζονται προβλήματα και πόσο σοβαρά είναι αυτά.
- (3) Διάρκεια (durability): Η χρονική διάρκεια χρήσης του προϊόντος προτού χρειαστεί να επισκευαστεί ή να αντικατασταθεί.
- (4) Επισκευή (serviceability): Πόσο εύκολα το προϊόν επισκευάζεται. Το κόστος και η ταχύτητα επισκευής και συντήρησης.
- (5) Αισθητική (aesthetics): Η ανταπόκριση των αισθήσεων όπως για παράδειγμα στην εμφάνιση του προϊόντος, στη γεύση του προϊόντος, στη μυρωδιά κλπ.
- (6) Αντιληπτική ικανότητα (perceived quality): Η υποκειμενική κρίση η οποία βασίζεται στην εικόνα, στο όνομα του προϊόντος και σε άλλες έμμεσες μετρήσεις ποιότητας.
- (7) Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά (features): Εδικά χαρακτηριστικά τα οποία προσελκύουν τον πελάτη.
- (8) Συμφωνία με τα πρότυπα (conformance): Ο βαθμός στον οποίο τα κύρια και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του προϊόντος συμμορφώνονται με τα πρότυπα.

Ο πελάτης για την αξιολόγηση της ποιότητας των προϊόντων μπορεί να χρησιμοποιήσει και τις οκτώ διαστάσεις ή κάποιες από αυτές ανάλογα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες του (Διάγραμμα 1.1).



Διάγραμμα 1.1 Οι ποιοτικές διαστάσεις στα προϊόντα

Κάποιες φορές προσδίδουμε στην ποιότητα του προϊόντος και πτυχές οι οποίες σχετίζονται με την πολυτέλεια και την αισθητική. Είναι πιθανό να υπάρχει κίνητρο για κάτι τέτοιο όταν καταστρώνουμε την ανταγωνιστική μας πολιτική και εστιάζουμε στο θέμα της ποιότητας. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να λάβουμε υπόψη μας το γεγονός ότι η ποιότητα, όπως αυτή βιώνετε, δεν επηρεάζεται μόνο από τις παραπάνω διαστάσεις, αλλά και από στοιχεία όπως είναι το μάρκετινγκ και οι τυχόν

«προκαταλήψεις» του πελάτη. Σήμερα διάφορες περιβαλλοντολογικές πλευρές (ποιότητα περιβάλλοντος) μετατρέπονται επίσης σε σημαντικές διαστάσεις ποιότητας.

1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η επίγνωση της σημασίας της ποιότητας των υπηρεσιών έχει αυξηθεί ραγδαία. Για παράδειγμα όταν τρώμε σε κάποιο εστιατόριο, η εξυπηρέτηση και το περιβάλλον που πλαισιώνουν το γεύμα είναι εξίσου σημαντικά με το ίδιο το φαγητό ή όταν αγοράζουμε ένα αυτοκίνητο, έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος υποδοχής μας αλλά και οι δευτερεύουσες υπηρεσίες γύρω από το αυτοκίνητο. Το κόστος της κακής ποιότητας είναι πολύ μεγαλύτερο στις υπηρεσίες απ' ότι στα υλικά προϊόντα, γεγονός που σημαίνει ότι γίνεται όλο και πιο σημαντική η εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών και τη βελτίωση τους.

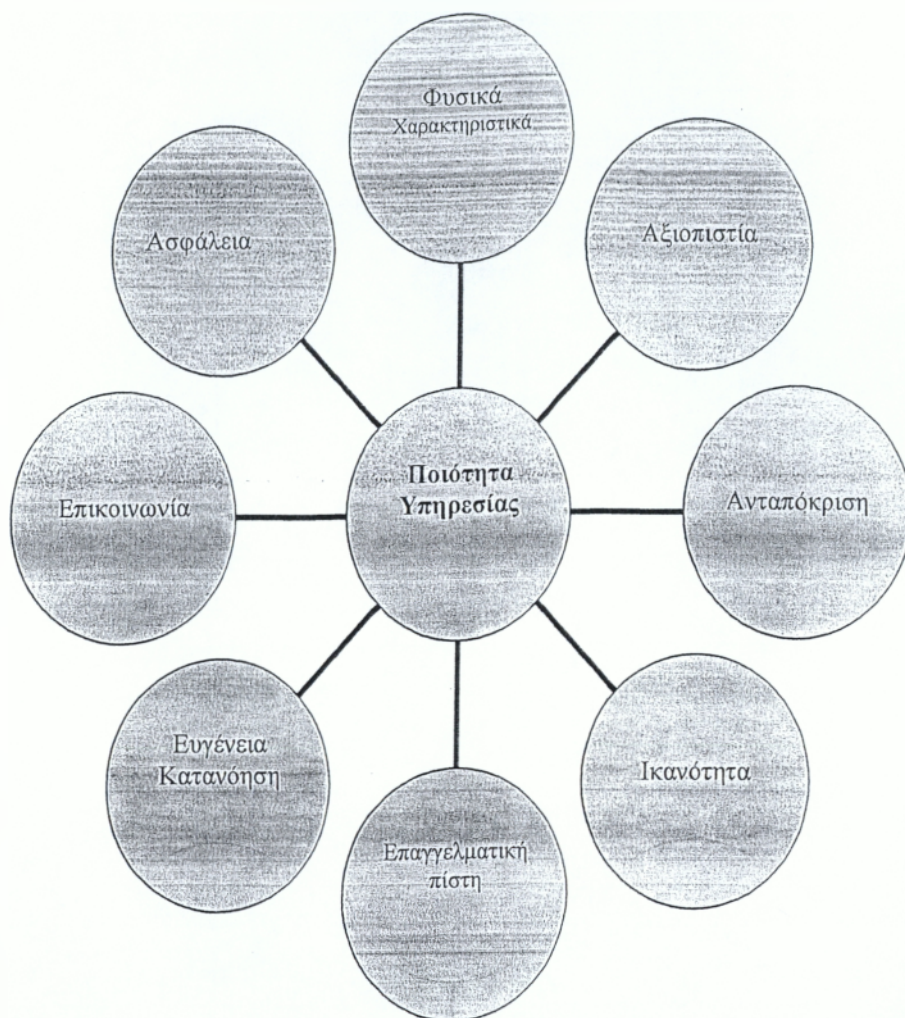
Έρευνες από τους Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988), έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε 10 κατηγορίες - κλειδιά τα οποία καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι ακόλουθες:

- (1) Αξιοπιστία (Reliability): Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
- (2) Ανταπόκριση (Responsiveness): Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν τον χρήστη.
- (3) Ικανότητα (Competence): Απαραίτητα προσόντα - δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
- (4) Πρόσβαση (Access): Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.
- (5) Ευγένεια (Courtesy): Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
- (6) Επικοινωνία (Communication): Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.
- (7) Επαγγελματική πίστη (Credibility): Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.
- (8) Ασφάλεια (Security): Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.
- (9) Κατανόηση (Understanding): Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους

προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.

- (10) Φυσικά χαρακτηριστικά (Physical tangibles): Ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζομένων και άλλων προμηθευτών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο παράγοντας κόστος υπηρεσίας καταλαμβάνει συνήθως χαμηλότερη θέση στην ανωτέρω ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Κάθε παρέκκλιση από την κάλυψη όλων αυτών των προσδοκιών δημιουργεί την αίσθηση κακής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι μια λίστα γενικού τύπου η οποία αναφέρεται στις ποιοτικές διαστάσεις δεν μπορεί παρά να δώσει ορισμένες αρχικές μόνο ιδέες, οι οποίες είναι απαραίτητες για τον προγραμματισμό του προϊόντος/υπηρεσίας. Κάθε προϊόν ή υπηρεσία πρέπει να ανταποκριθεί σε κάποιο ιδιαίτερο σύνολο απαιτήσεων του πελάτη. Όπως θα δούμε και αργότερα, αυτές οι επιθυμίες και οι ανάγκες πρέπει να διερευνηθούν εκτενώς γιατί έχουν σημαντική επίδραση στο σχεδιασμό μιας υπηρεσίας (Διαγράμματα 1.2).



Διάγραμμα 1.2 Καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών

Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του SERVQUAL,(Service Quality) μιας μεθοδολογίας για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, οι Zeithaml et.al. (1990) βρήκαν ότι κάποιες από τις δέκα διαστάσεις οι οποίες αναφέρονται παραπάνω έχουν μεγάλη σχέση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα, το υπόδειγμα SERVQUAL να προτείνει συνοψίζοντας τις κατωτέρω 5 διαστάσεις : φυσικό περιβάλλον (tangibility), αξιοπιστία (reliability), ανταπόκριση (responsiveness), διασφάλιση (assurance), κατανόηση(empathy)

1.5 ΠΟΙΑ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Ως προϊόν δεν ορίζεται μόνο το υλικό αγαθό, αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών (πληροφορία, γνώση) μπορούμε να συμπεριλάβουμε όλους τους μη μεταποιητικούς οργανισμούς. Υπάρχουν όμως, και αρκετές επιχειρήσεις που παρέχουν τόσο υλικά αγαθά όσο και υπηρεσίες που παρέχουν τόσο υλικά αγαθά όσο και υπηρεσίες για την υποστήριξη αυτών (after sales service κλπ.). Η κυβέρνηση των ΗΠΑ ορίζει τους οργανισμούς υγείας ως αυτούς που ασχολούνται πρωταρχικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, επιχειρήσεις και κυβέρνηση και άλλους οργανισμούς περιλαμβάνοντας ξενοδοχεία και άλλα μέρη καταλυμάτων, υπηρεσίες υγείας, νομικές, μηχανικές και άλλες επαγγελματικές υπηρεσίες, εκπαίδευση, σωματεία και άλλες υπηρεσίες (Azzoloni and Shillader, 1993). Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από τη παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες (Σκόρδη, 1997)

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε (Κόιος, 2000). Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών κλπ.
- Ανάμεσα στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσης τους, καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.
- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της τέλει υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

1.6 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ

Η υγεία είναι μια παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια, από εξειδικευμένους ιατρούς ή από

γενικούς παθολόγους με σύγχρονα μέσα ή πεπαλαιωμένη τεχνολογία. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία ή την κοινωνική ασφάλιση ή από το προσωπικό εισόδημα ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων (Freeman, 1998). Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεση της <<Υγεία , Διατροφή και Πληθυσμός>> υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το9%του Παγκοσμίου Ακαθαρίστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλιότερα, οι managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μιας ασθένειας (Angelorouliou et. al., 1999). Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς.

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως (Dache, 1999).Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίησης, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί το επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητας της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη μνεία και είναι τα ακόλουθα:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων:

- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται (Breedlove).
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δυο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες (Σκόρδη, 1997).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν

1.7 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επίσημης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στην αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον <<Πάπυρο Smith>> (Hook, 1973). Τα πρώτα <<κριτήρια αξιολόγησης >>της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας.

Το 2000π.χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, βασιζόμενη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με άτυχη έκβαση (Garnson, 1929).

Αναφορά για την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας, συναντούμε και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη, όπως εκφράζεται από την επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δε σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων.

Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει

πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μια σειρά από έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες θνησιμότητας, αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις. Το παράδειγμά του ακολουθεί ο χειρουργός Godman, τέσσερα χρόνια αργότερα, σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης. Το έργο του, όπως και αυτό της Nightingale, εστιάστηκε στο νοσοκομείο. Είναι περισσότερο γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος» (the end result idea). Δηλαδή, κατά τον Godman, τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που περιέθαλπαν, τόσο κατά τη νοσηλεία τους, όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη εξιτηρίου.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η δειλή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά, την επόμενη δεκαετία.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο (Cronin and Taylor, 1992). Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ

2.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πρόσφατες έρευνες σε Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ καταδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στην λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις νομοθετικές αλλαγές, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές εμφανίζονται δυσαρεστημένοι σε θέματα ποιότητας, κόστους και αξιοπιστίας των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα το 18% των καταναλωτών σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των Καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως φτωχές (Donelan 1999 και Donelan 2000).

Η απόδοση από την πλευρά των νοσοκομειακών οργανώσεων, τόσο της κατάλληλης θεραπείας όσο και του ευχάριστου και ικανοποιητικού περιβάλλοντος ανάρρωσης, αποτελεί μεγάλη πρόκληση. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι (Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting, 1997):

1. Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare): η μη χρησιμοποίηση από πλευράς των θεραπευτών όλων των απαιτούμενων μέσων για την θεραπεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία και την σωματική ακεραιότητα των τελευταίων.
2. Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare): η υπερβολή εκ μέρους των θεραπευτών στην χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή στην διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, οδηγεί στην διόγκωση του κόστους της θεραπείας.
3. Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice): λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες οδηγούν σε αυξημένα κόστη αλλά και σε απώλειες ανθρωπίνων ζώων.
4. Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (variation): η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στην διάθεσή τους οι ιατροί σε όλων τον κόσμο.

Παράλληλα, οι Norman Weiberg et al. (2001) αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:

1. Λανθασμένη διάγνωση ασθένειας
2. Καθυστερημένη διάγνωση της ασθένειας
3. Προβληματική θεραπεία λόγω λάθος συνταγολόγησης, ακατάλληλης δοσολογίας, επιπλοκών κατά την χορήγηση (π.χ. αλλεργικό σοκ).

Τονίζουν ότι τα παραπάνω προβλήματα προκλήθηκαν πιθανόν από: λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις (αποτυχία του συστήματος του νοσοκομείου), έλλειψη λεπτομερειακής εξέτασης από τους ιατρούς (ανθρώπινο λάθος), παρερμηνεία συμπτωμάτων ή κακή επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος). Είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε τα ανθρώπινα λάθη (λάθος διάγνωση λόγω άγνοιας κλπ.) από τα λάθη του συστήματος (λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή).

Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ χάνουν την ζωή τους 98.000 ασθενείς από ιατρικό λάθος μέσα στα νοσοκομεία. Τα λάθη σύμφωνα με την έρευνα του Institute of Medicine οφείλονται σε οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, σε υπερκόπωση των θεραπόντων ιατρών, σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.α. Η ανάγκη για εδραίωση συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι μεγάλη και οδηγεί σε θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας.

2.2 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο Αμερικανός ακαδημαϊκός επιστήμονας Donabedian πρότεινε τρεις βασικούς τρόπους για την αξιολόγηση της ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα:

1. Η μέτρηση των συντελεστών παραγωγής, δηλαδή αξιολόγηση των προϊόντων μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγική διαδικασία.
2. Η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας μέσω ορισμένων παραμέτρων αυτής.
3. Η μέθοδος της διαδικασίας, δηλαδή η χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών «ρουτίνας» σε περιπτώσεις διάγνωσης ή και θεραπείας.

Σήμερα στον κλάδο της ποιότητας στην υγεία κυριαρχεί η έννοια της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας (continuous quality improvement), η οποία ξεπερνά

την αλήθεια μέτρηση και την προσπάθεια συμμόρφωσης σε κάποια προκαθορισμένα πρότυπα. Η Βελτίωση ποιότητας είναι δυναμική προσέγγιση στην διασφάλιση της ποιότητας σε έναν πολύπλοκο οργανισμό, όπως είναι τα νοσοκομεία. Η βελτίωση ποιότητας υποστηρίζει τόσο την προσπάθεια του συνόλου, όσο τονίζει και την σημαντικότητα της ατομικής ευθύνης στον οργανισμό.

Η συνεχής Βελτίωση Ποιότητας (CQI) αφορά όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης από τις στρατηγικές αποφάσεις μέχρι την εργασία σε έναν σταθμό. Προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα λάθη μπορούν να αποφευχθούν και τα ελαττωματικά να μηδενιστούν. Οδηγεί σε συνεχή βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, των λειτουργιών της επιχείρησης, της τεχνολογίας και των παραγωγικών δυνατοτήτων.

Κατά τον Gilbert (1992), θεμέλιο της Βελτίωσης Ποιότητας είναι η πρόληψη. Η πρόληψη από την επανάληψη λαθών μέσω των ακόλουθων μηχανισμών:

1. Πρόληψη λαθών
2. Πρόληψη από την διάδοση των λαθών στα επόμενα στάδια της παραγωγής
3. Διακοπή παραγωγής μέχρι την εξακρίβωση του λάθους.

Η Βελτίωση ποιότητας είναι σημαντικός στόχος για όλες τις κλινικές εφαρμογές. Βασικά στοιχεία της είναι η δέσμευση του προσωπικού, η συστηματική συλλογή και ανάλυση δεδομένων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων και η ενεργή υποστήριξη της διοίκησης. Η εκτίμηση των τάσεων και των αιτιών των προβλημάτων γεφυρώνουν το κενό και προσφέρουν τον απαραίτητο σύνδεσμο για την λήψη αναγκαίων μέτρων (Weinberg et al, 1998).

2.3 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές – υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Οφέλη για τον ασθενή
 - Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κλπ.
 - Ψυχολογικά οφέλη. Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του

ασθενή όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο, λοιπόν, περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενή και γενικότερα, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος αποκομίζει ο ασθενής, από τη συντόμευση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.

- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη.

2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α.) συνίστανται κυρίως:

- Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους·
- Στην απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος·
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους·
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

- Οικονομικά οφέλη. Η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ.

- Αναγνώριση και φήμη.

4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

- Οικονομικά οφέλη. Αναφέρονται στη μείωση του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Κοινωνικά οφέλη. Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της, υψηλού επιπέδου, ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.

5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.
- Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο

Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα είναι ένας χώρος που στο σύνολό του δεν έχει κατορθώσει να κατανοήσει την έννοια της ικανοποίησης του πελάτη και του ανταγωνισμού. Η κρίση στον χώρο αυτό δημιουργεί μεγαλύτερη αύξηση της ζήτησης από την προσφορά. Τα προβλήματα που αφορούν την ικανοποίηση του ασθενή μέσω της ποιότητας της υγείας μπορούμε να τα εστιάσουμε σε αυτά που αφορούν, το κόστος των υπηρεσιών υγείας, την ποιότητα ανθρώπινου δυναμικού, τον ανεπαρκή εξοπλισμό, την χωροταξική οργάνωση των κτιρίων που δεν είναι πάντα η καταλληλότερη, στις κτιριακές εγκαταστάσεις που εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις, στην διανομή της βιοιατρικής τεχνολογίας, στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, την αδυναμία επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας που προκύπτουν λόγω της μη ορθολογικής διοίκησης και διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας και γενικά την απουσία του σωστού management.

2.4 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Τα νοσοκομεία αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα κάθε συστήματος υγείας: παρέχουν σύνθετη θεραπευτική φροντίδα, η οποία ανάλογα με το δυναμικό τους ενεργεί σε θεραπευτική φροντίδα πρώτης, δεύτερης ή τελευταίας παραπομπής. Παρέχουν, επίσης, φροντίδα έκτακτης ανάγκης για σοβαρά τραυματισμένους ή ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση. Αποτελούν κέντρα για τη μεταφορά γνώσης και ικανοτήτων. Αποτελούν μία απαραίτητη πηγή πληροφοριών και δύναμης και γενικά ξοδεύουν το μεγαλύτερο τμήμα των εθνικών πόρων υγείας (WHO* 1994).

Στα νοσοκομεία αντιστοιχεί το μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών εξόδων της υγείας, γενικά μεταξύ 50% και 70% των εξόδων φροντίδας υγείας σε όλη την Ευρώπη. Οι κοινές τάσεις κατά τα τελευταία δέκα χρόνια στην Ευρώπη περιλαμβάνουν σημαντική μείωση στον αριθμό των κλινών (αν και οι εισαγωγές στα νοσοκομεία δεν μειώνονται) καθώς και μικρότερη διάρκεια παραμονής. Τα νοσοκομεία συνεχίζουν να προσαρμόζονται στις αλλαγές στο εσωτερικό και εξωτερικό τους περιβάλλον στο γενικό πλαίσιο της αναδόμησης των συστημάτων (www.euro.who.int/ihb). Η ανάπτυξη νέων προσανατολισμών πολιτικής, όπως η ζήτηση για στρατηγικές υπευθυνότητας και βελτίωσης ποιότητας, ή ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, αποτελεί επίσης κίνητρο για την ανάπτυξη της προσοχής στην αξιολόγηση της επίδοσης των νοσοκομείων. Πολλά κράτη σήμερα έχουν ενσωματώσει προγράμματα διαπίστευσης νοσοκομείων (accreditation) στα συστήματα φροντίδας υγείας. Η βασική έννοια της διαπίστευσης των νοσοκομείων μεταξύ των κρατών είναι παρόμοια, στην πραγματικότητα ωριμάζει και αλλάζει στις χώρες στις οποίες τα προγράμματα έχουν εφαρμοστεί περισσότερο χρόνο. Η διαπίστευση των νοσοκομείων έχει να κάνει με τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα με κύρια εστίαση στις εκφάνσεις δομής και διαδικασιών. Σήμερα, στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αυστραλία, τον Καναδά, και την Ευρώπη, έχει αρχίσει να δίνεται όλο και περισσότερη έμφαση στα αποτελέσματα. Ωστόσο, πρέπει να θυμηθούμε ότι η αναγνώριση ενός κακού αποτελέσματος αποτελεί ένα δείκτη ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στη διαδικασία ή στη δομή. Για παράδειγμα, στη μέτρηση της μετεγχειρητικής μόλυνσης, το συμπέρασμα το οποίο εξάγεται είναι ότι κάποια έκφραση της δομής ή της διαδικασίας είναι η αιτία.

Για να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των νοσοκομείων, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να αναπτύξουν στενούς δεσμούς με συμμάχους, την έρευνα των υπηρεσιών υγείας, τη νομοθεσία και τα μέσα ενημέρωσης.

Τα μέσα ενημέρωσης δεν έχουν μικρότερη σπουδαιότητα, αφού υπάρχει ανάγκη μετάδοσης επιστημονικά σύνθετων πληροφοριών στα άτομα τα οποία λαμβάνουν αποφάσεις και στο κοινό (WHO* 2000). Οι στρατηγικοί προσανατολισμοί του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προωθούν μία περιεκτική προσέγγιση της μέτρησης της επίδοσης των νοσοκομείων και περιλαμβάνουν διαφορετικές διαστάσεις της επίδοσης, όπως: ανταπόκριση, καλύτερες πρακτικές, οργάνωση η οποία βασίζεται σε στοιχεία, συνοχή, ενσωμάτωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, προώθηση της υγείας και εστίαση στις ανάγκες των ασθενών.

2.5 ΔΟΜΙΚΑ ΜΕΡΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η κλινική εργασία εκτελείται πάντα μέσα σ' ένα περιβάλλον όπως ένα νοσοκομείο, φαρμακευτικό εργαστήριο ή κλινική. Πολλές σημαντικές μεταβλητές συσχετίζονται με το περιβάλλον (δηλαδή τον τόπο της παροχής φροντίδας) μέσα στο οποίο διανέμεται η νοσοκομειακή φροντίδα και επιδρούν στην ικανότητα του προμηθευτή (χορηγού) να διανείμει την φροντίδα. Στη καρδιά των διαδικασιών παροχής υγειονομικής φροντίδας βρίσκονται: η γνώση του εργαζόμενου όσον αφορά την παροχή φροντίδας, οι τεχνικές του ικανότητες και οι διαπροσωπικές του σχέσεις. Το περιβάλλον διανομής φροντίδων υγείας προσφέρει υποστηρικτικό προσωπικό, διοικητικές διαδικασίες, μεθόδους εκτέλεσης εργασιών, εξοπλισμό και μέσα σωματικής διευκόλυνσης.

Το κοινωνικό περιβάλλον (Batalden 1996) μέσα στο οποίο βρίσκεται το άτομο το οποίο παρέχει φροντίδα και ο χώρος στον οποίο παρέχεται η φροντίδα, προσθέτουν περισσότερες μεταβλητές στη παρεχόμενη φροντίδα σε έναν ασθενή. Αυτές οι μεταβλητές είναι: η οικονομική και κοινωνική πολιτική, οι επαγγελματικοί ρόλοι και ανάπτυξη, καθώς και οι κανονισμοί λειτουργίας. Ο ασθενής στην διέλευση αυτή δέχεται την επίδραση και την αντίδραση όλων αυτών των στοιχείων έχοντας την ανάγκη να λάβει μια συγκεκριμένη υπηρεσία ή να έχει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Η αναγνώριση και η μέτρηση αυτών των μεταβλητών στο αποτέλεσμα απαιτούν ένα επίπεδο αντίληψης το οποίο μας μεταφέρει πέρα από τους ισχύοντες τρόπους σκέψης σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας και καθιστά πιο απτές τις δεσμεύσεις της ηγεσίας για τη βελτίωση της ποιότητας. Οι ανωτέρω παράμετροι συμβάλλουν σε αποκλίσεις στην καθημερινή φροντίδα.

Από αυτήν την άποψη ο σχεδιασμός των βελτιωμένων υπηρεσιών συσχετίζεται με τη γνώση των «πελατών» αυτών των υπηρεσιών. Η μέτρηση της ποιότητας περιλαμβάνει όλες τις προαναφερθείσες μεταβλητές σε συνάρτηση με την ανεπιθύμητη απόκλιση η οποία βρίσκεται στη διαδικασία παροχής φροντίδων υγείας.

Αυτά τα δομικά μέρη στηρίζονται στην υπόθεση πως το νοσοκομείο ή ο οργανισμός νοσοκομειακής φροντίδας κατανοεί την βασική κοινωνική ανάγκη για νοσοκομειακή φροντίδα (δηλαδή, τη μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού) και ζητά να βελτιώσει την αξία όλων όσων πράττει. Το πρώτο δομικό μέρος είναι η γνώση του πελάτη. Να μάθουμε τι είναι αυτό το οποίο ζητούν οι πελάτες για να είναι ευχαριστημένοι, τι τους ευχαριστεί, τι τους δυσαρεστεί. Αυτό συμπεριλαμβάνει τη χρήση ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων για να κερδίσουμε τη γνώση των πελατών και να ακολουθήσουμε κατευθύνσεις στην ποιότητα βασισμένες στις κρίσεις τους για τις υπηρεσίες τις οποίες έχουν λάβει. Το δεύτερο είναι η γνώση της εργασίας ως διαδικασία. Το τρίτο δομικό μέρος είναι η στατιστική και επιστημονική σκέψη. Ο Deming (1982) το αποκαλεί αυτό «εξαιρετική γνώση». Αρχίζει με τη μελέτη των αποκλίσεων. «Η απόκλιση θα υπάρχει πάντα, στους ανθρώπους, στην εκτέλεση, στην υπηρεσία, στο προϊόν». Η στατιστική σκέψη συμπεριλαμβάνει μια άποψη και μαζί ποσοτικές μεθόδους για να ερευνήσει την απόκλιση στις διαδικασίες και τις τάσεις στην ποιότητα. Το τελευταίο ζευγάρι των βασικών δομικών στοιχείων είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των άλλων δομικών στοιχείων. Η αλληλεπίδραση αυτή παράγει ικανοποιημένους πελάτες, πρόθυμους εργαζόμενους και μικρότερες διαχειριστικές δαπάνες. Αυτά τα αποτελέσματα λειτουργούν σα δομικά στοιχεία λόγω του ότι είναι απαραίτητα για να καταλάβουμε τι επιτυγχάνει την πρόοδο μιας διαδικασίας για το μετασχηματισμό ενός οργανισμού σ' ένα περιβάλλον εστιασμένο στην ποιότητα.

Οι ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Μόντρεαλ (Sicotte 1998), ανέπτυξαν ένα υπόδειγμα με βάση τη θεωρία του κοινωνικού συστήματος του P3Γ80Π5 με το οποίο κάθε οργανισμός πρέπει: (α) να προσαρμόζεται στο περιβάλλον: να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές αξίες, στην εξεύρεση πόρων, στην υποστήριξη της κοινότητας, στην καινοτομία και τη μάθηση, στην παρουσία του στην αγορά, κτλ., (β) να επιτυγχάνει στόχους: ικανοποίηση των συμμετεχόντων, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, (γ) να παράγει υπηρεσίες: παραγωγικότητα, όγκος υπηρεσιών, ποιότητα, συντονισμός και (δ) να διατηρεί νοοτροπία και αξίες: ομοφωνία, οργανωτικό κλίμα, υγεία στο χώρο εργασίας.

Η καλή επίδοση αυτού του υποδείγματος θα είναι το αποτέλεσμα της ικανότητας του οργανισμού να διατηρεί το συντονισμό αυτών των διαφορετικών διαστάσεων. Το υπόδειγμα αυτό είναι συμβατό με το Ευρωπαϊκό υπόδειγμα ποιότητας (EFQM).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες – χωρίς μάλιστα να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα – σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησαν στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικών που αποσκοπούν στη συγκράτηση ή και περιστολή των δαπανών υγείας.

Κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις τους από χώρα σε χώρα, είναι πλέον η συγκράτηση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Η ανεξέλεγκτη αυτή αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας κρίνεται αναγκαίο να ελεγχθεί, διότι οδηγεί στην περικοπή δημόσιων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς (παιδεία, πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση κλπ.). Στον ιδιωτικό τομέα, ο έλεγχος επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της συνακόλουθης επιβάρυνσης της οικονομίας στο σύνολό της (Γείτονα – Κοντούλη, 1992).

Ωστόσο, παρ' όλη τη σημασία που αποδίδεται γενικά στο κόστος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας, το επιμέρους κόστος που συνεπάγεται η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, μόλις πρόσφατα προσέλκυσε το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων, των διοικήσεων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ερευνητών.

Το 20 – 30% του λειτουργικού κόστους ενός νοσοκομείου είναι αποτέλεσμα λαθών, αναποτελεσματικότητας, επαναλαμβανόμενων προβλημάτων, μη εκπαιδευμένου προσωπικού, παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων (Αγγελόπουλος, 1995).

Ο Rutz (2000) διακηρύττει ότι «Η πορεία προς την υπεροχή, κοστίζει λιγότερο σε έναν οργανισμό που διαθέτει συστήματα ποιότητας από ότι σε εκείνον που δεν διαθέτει». Ένα πρόσφατο παράδειγμα από τηλεοπτικό πρόγραμμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, μίας γυναίκας που επρόκειτο να χειρουργηθεί για αφαίρεση όγκου από τον εγκέφαλο, επιβεβαιώνει τον Crosby. Ο χειρουργός ιατρός έκανε την

τομή στην λάθος πλευρά του κρανίου γιατί η ακτινογραφία είχε τοποθετηθεί ανάποδα στο διαφανοσκόπιο.

Παραδοσιακά, βέβαια, το κόστος σχετίζεται θετικά με την ποιότητα, λόγω των μεγάλων κονδυλίων που απαιτούνται για την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Μελέτες όμως που να στηρίζουν την παραπάνω αντίληψη δεν υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία, που επικεντρώνεται στην μείωση του κόστους μέσω της ΔΟΠ και της Βελτίωσης Ποιότητας.

Παραδόξως, το κόστος μπορεί να περιοριστεί από την ποιότητα. Η εφαρμογή προγράμματος ποιότητας έχει οπωσδήποτε κάποιο κόστος, το οποίο όμως αποδεικνύεται πολύ χαμηλότερο από το κόστος διάθεσης στην αγορά ενός ελαττωματικού προϊόντος (απώλεια αξιοπιστίας, κόστος αντικατάστασης ή επισκευής) (Jarlier and Charvet – Protat, 2000).

Οι Broyles και Al-Asaaf σημειώνουν ότι παρ' όλο που απαιτούνται πρόσθετοι πόροι για τη βελτίωση της ποιότητας, ο περιορισμός των λαθών, των διπλών προσπαθειών και των παράλληλων ενεργειών, οδηγεί σε μείωση του κόστους.

Από την καθημερινή πρακτική μπορεί κανείς να αντλήσει πολλά παραδείγματα χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τα οποία οδηγούν σε επιβάρυνση του κόστους. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας η οποία πρέπει να επαναληφθεί επειδή ο ασθενής δεν τοποθετήθηκε σωστά στην ακτινολογική τράπεζα, το κόστος αναβολής μιας εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης επειδή ο ασθενής δεν προετοιμάστηκε σωστά για τη διενέργειά της, το κόστος που συνεπάγεται η καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας του ασθενή επειδή χάθηκε ο ιατρικός του φάκελος κλπ.

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν σε επανάληψη ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά ή στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών, που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα. Επεκτείνεται και στη μείωση της συνολικής παραγωγικότητας της μονάδας, η οποία, με τους ίδιους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, αν δε διέθετε κάποιους απ' αυτούς για την επανάληψη ή τη διόρθωση λανθασμένων ενεργειών, θα μπορούσε να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή σε άλλους ασθενείς.

Παρ' όλα αυτά, ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους, αλλά και της μείωσης αυτού, δεν είναι απόλυτα εφικτός. Το κόστος σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί, τόσο ως αξία της υπηρεσίας, όσο και ως αξία της

ανθρώπινης ζωής. Επειδή όμως ο δεύτερος τρόπος οδηγεί σε φιλοσοφικές αναζητήσεις, οι οποίες δε λαμβάνονται υπόψη σε μια χρηματοοικονομική ανάλυση ενός οργανισμού, μπορούμε να δηλώσουμε ότι η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες.

3.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επιχειρήσεις από την δεκαετία του 1990 και μετά δεν είναι η διαχείριση πολύπλοκων τεχνολογιών αλλά η διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους. Κατά τον Fagerfjall (1995) η γλώσσα του management απομακρύνεται από τις στρατηγικές και τους οργανωσιακούς στόχους και εστιάζει σε έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η πίστη, η συναδελφικότητα, οι κοινές αξίες.

Οι εργαζόμενοι πλέον αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στην επιχείρηση κυρίως λόγω της αλλαγής στην επιχειρηματική φιλοσοφία. Η έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία, στην δημιουργικότητα και η μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις διαδικασίες έφεραν τον άνθρωπο στο κέντρο της οργάνωσης μίας επιχείρησης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει (Zairi, 1998):

- να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση
- να ενθαρρύνονται συνεχώς
- να επιβραβεύονται για το έργο τους
- να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά
- να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωσή του. Όσον αφορά την πυραμίδα εξουσίας, στις νοσηλευτικές μονάδες δεν αποτελείται από μία γραμμή, αλλά από διαφορετικές για το διοικητικό και το ιατρικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, υπάρχει σύγχυση εξουσιών ανάμεσα στο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό τόσο σε επίπεδο αρμοδιοτήτων όσο και ελέγχου των καταστάσεων στην μονάδα.

Το ιατρικό προσωπικό εποπτεύει καταρχήν το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά σε επίπεδο διευθυντών υπάρχει στενή συνεργασία. Το νοσηλευτικό προσωπικό υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό στο οποίο λογοδοτεί. Το βοηθητικό προσωπικό ακολουθεί τις εντολές του νοσηλευτικού σε επίπεδο εργασιών και υποχρεώσεων, αλλά υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό, το οποίο κρίνει βάσει των υποδείξεων του

νοσηλευτικού. Συμπερασματικά, η δυσπλασία του οργανογράμματος δημιουργεί έντονα προβλήματα στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Η εφαρμογή των βασικών αρχών της ποιότητας θα βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της επικοινωνίας στον οργανισμό και, συνεπώς, στη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ΔΟΠ είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Οι εργαζόμενοι, όλων ανεξαρτήτων των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας (Oakland, 1998). Η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η συστηματική αξιολόγηση, η ύπαρξη συμμετοχικών συστημάτων στην παραγωγή, η αναβάθμιση και ο σχεδιασμός του εργασιακού χώρου και των σχέσεων, καθώς και η χάραξη μιας στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα βασικά σημεία γύρω από το ανθρώπινο δυναμικό που θα πρέπει να προσέξουν οι διοικήσεις των επιχειρήσεων που υλοποιούν προγράμματα ΔΟΠ. Η εκπαίδευση του προσωπικού στα πρώτα στάδια εφαρμογής ενός προγράμματος Διασφάλισης ποιότητας θα έχει ως στόχο την εξοικείωση των εργαζομένων με την έννοια και τις αρχές της ποιότητας (Donabedian, 1996).

Η επικοινωνία και η συνεργασία σε μία μονάδα υγείας θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού προκειμένου για την προστασία εργαζομένων και ασθενών (Frizsimmons and White, 1997). Η επικοινωνία και η συνεργασία οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς:

- Βελτιώνεται η εργασιακή τους απόδοση
- Ελαχιστοποιούνται τα κόστη
- Σημειώνεται ανάπτυξη του οργανισμού και βελτίωση των υπηρεσιών
- Βελτιστοποιείται η χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Μηνιαίες συσκέψεις όλου του προσωπικού οφείλουν να συγκαλούνται προκειμένου για την προαγωγή των σκοπών του ιδρύματος και την ανάμιξη του προσωπικού με αυτό. Στην διάρκεια αυτών, η διοίκηση οφείλει να αναγνωρίζει την προσφορά του προσωπικού και προβαίνει στις απαραίτητες συστάσεις. Τα προγράμματα επιβράβευσης μπορεί να περιλαμβάνουν εκπαίδευση, αλλά και χρηματικά ποσά.

Επιπλέον, μία μονάδα υγείας θα πρέπει να έχει την ετοιμότητα εναλλαγής του μίγματος των εργαζομένων (ειδικότητες και αριθμός), ώστε να ανταποκρίνεται στις

ανάγκες των ασθενών (Australasian Government). Τέλος, θα πρέπει να υπάρχουν συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης των εργαζομένων, τόσο για τις συνθήκες εργασίας όσο και για τις προσδοκίες τους.

Ειδικότερα, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην καλή λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας, αλλά ιδιαίτερα πολύπλευρος και λόγω των παρακάτω αρμοδιοτήτων:

1. συνεχή επαφή με τους ασθενείς
2. συνεχή επαφή με τους ιατρούς
3. επαφή με το διοικητικό προσωπικό
4. καθήκοντα ιατρικά
5. καθήκοντα «νοικοκυριού» (καθαρισμός και τροφοδοσία)
6. στενή επαφή με την οικογένεια του ασθενή
7. καθήκοντα ασφάλεια, καθοδήγησης.

Συμπερασματικά, η ομαδική εργασία στις μονάδες υγείας κρίνεται απαραίτητη προκειμένου για τον έλεγχο του κόστους και την αξιοποίηση των πόρων. Η συνεργασία σε επίπεδα διατμηματικών ομάδων συνίσταται προκειμένου για την επίτευξη του στόχου. Σε έναν οργανισμό που εφαρμόζει ΔΟΠ θα πρέπει ο καθένας να σκέφτεται κάθε ώρα τον συνεχή αγώνα του οργανισμού (Jackson, 2001). Για παράδειγμα, στο ιατρικό κέντρο LVPEI στην Ινδία, οι Samandari et al (2001) μας πληροφορούν ότι η ανάμιξη του προσωπικού αποδείχτηκε ουσιώδεις για την μείωση του κόστους και την επιτυχή λειτουργία των προγραμμάτων ΔΟΠ που εφαρμόζουν.

3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση του ασθενή, κατά τον Yucelt, αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987). Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρό) και

την εξυπηρέτηση (Teiberg et al, 1994). Κατά τον Karydis et al (2001), η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
2. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,
3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Mosialos, 1991),
4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί (Eastaugh, 1987),
5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,
6. Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Maniadakis, 1996).

Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπευτών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angeloroulou, 1999).

Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας (Salamdari, 2001). Η βιβλιογραφία για την ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή (Crolin and Taylor, 1994), καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες αναγνωρίστηκε διεθνώς ως σημαντικό βοήθημα για τον κλάδο της υγείας (Smith, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι για την αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ακολουθώς παραθέτουμε τα βασικά εννοιολογικά χαρακτηριστικά ορισμένων μεθόδων απ' αυτές, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο καθεμία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

4.1 ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η πρωταρχική μορφή του ελέγχου της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι ουσιαστικά η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας (Σπανός, 1993). Ο έλεγχος αυτός, ενώ είναι μια σχετικά εύκολη διαδικασία για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, είναι πολύ πιο δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών και, πιο συγκεκριμένα, σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων, όπου ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενή.

Παραγνωρίζοντας, όμως τις δυσκολίες αυτές, μπορούμε να ορίσουμε τον Ποιοτικό Έλεγχο ως «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούρια» (Θεοδώρου, 1992).

Ο Ποιοτικός Έλεγχος μπορεί να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση την επάρκεια ή την καταλληλότητα, είτε των δομών του συστήματος, είτε των διαδικασιών που ακολουθούνται ή, τέλος, να κρίνει τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων. Είναι ευνόητο ότι η ποιότητα μπορεί να κρίνεται παράλληλα σε ένα, δύο ή ακόμη και στα τρία βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας.

Πρέπει να τονιστεί πάντως, και αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό ιδιαίτερα σημαντικό, ότι ο Ποιοτικός Έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής – διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, δηλαδή μετά την παραγωγή τους.

4.2 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Μέριανου – Μιχαήλ και συν., 1993· Τσιότρας, 1995).

Η Διασφάλιση Ποιότητας αποτελεί μια πιο «προχωρημένη» μέθοδο για εξασφάλιση εκ των προτέρων ποιότητας στα προϊόντα και τις υπηρεσίες (εν αντιθέσει με τον Ποιοτικό Έλεγχο που παρουσιάσαμε πιο πάνω, ο οποίος «λειτουργεί» εκ των υστέρων).

Επιπλέον, ενώ ο Ποιοτικός Έλεγχος διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από δεδομένες προδιαγραφές, η Διασφάλιση της Ποιότητας κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

Πρέπει, λοιπόν, για την εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος, κατ' αρχάς, όλες οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις που αφορούν στην παραγωγή και διάθεση ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας να είναι σαφείς, επαρκώς γνωστές και πλήρως κατανοητές από εκείνους που θα κληθούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Ο τελικός στόχος της Διασφάλισης της Ποιότητας είναι η «αποτροπή του λάθους» με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Για να βοηθηθούν οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί που επιδιώκουν τη Διασφάλιση της Ποιότητας, αλλά και για να υπάρξει διεθνώς μια κοινή γλώσσα στο θέμα αυτό, δημιουργήθηκαν διεθνή πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών. Τέτοια διεθνή πρότυπα είναι αυτά που συντάχθηκαν από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization Organization), τα γνωστά πρότυπα της σειράς ISO 9000 (-1-2-3-4), τα πρότυπα της ισοδύναμης σειράς EN 2900 (-1-2-3-4), που ισχύουν για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τα πρότυπα της σειράς ANSI για τις ΗΠΑ.

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική και εξατομικευμένη περίπτωση, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολος – αν όχι αδύνατος – ο ακριβής προσδιορισμός των προδιαγραφών και απαιτήσεων του κλινικού ιατρικού έργου.

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας των δραστηριοτήτων διοικητικής, οικονομικής, τεχνικής και ξενοδοχειακής φύσης που αναπτύσσονται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, παρ' όλο που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία, δε φαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τους υπεύθυνους για τη λειτουργία τους.

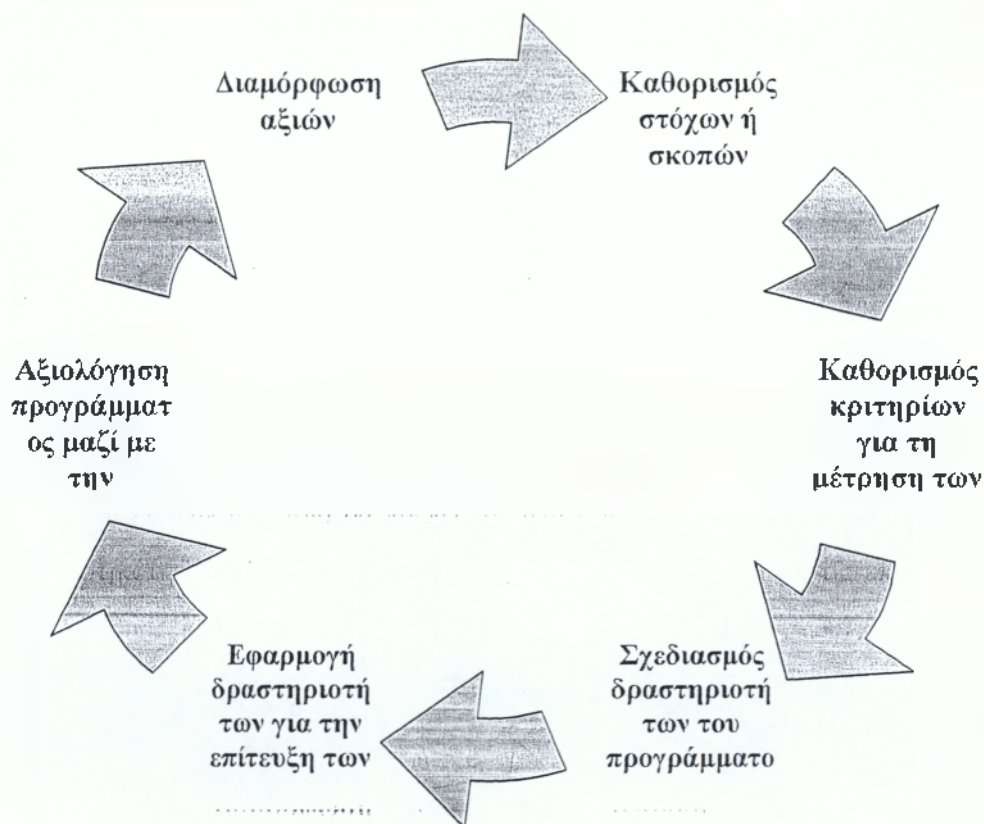
Εν κατακλείδι, η εφαρμογή ενός προγράμματος Διασφάλισης της Ποιότητας δεν εγγυάται τη βελτίωση της ποιότητας. Εκείνο που διασφαλίζεται είναι ότι τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες θα έχουν την ποιότητα που προσδιορίζουν τα προκαθορισμένα αποδεκτά πρότυπά τους. Το ουσιαστικό όφελος για τον οργανισμό θα είναι η σταθερότητα της ποιότητας κι η αξιοπιστία των προϊόντων ή των υπηρεσιών του.

4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Μολονότι οι όροι «αξιολόγηση» και «μέτρηση» χρησιμοποιούνται συχνά ο ένας στη θέση του άλλου, στην ουσία απέχουν σημαντικά. Τι μέτρηση αναφέρεται στη διαδικασία αποκόμισης βαθμολογίας για μια μεταβλητή. Ενώ η αξιολόγηση είναι η διαμόρφωση κρίσης αναφορικά με την απόδοση. Αυτή η διάκριση είναι σημαντική, γιατί η διαμόρφωση μιας κρίσης συνεπάγεται την αναγνώριση της επίδρασης των προσωπικών και των οργανωτικών συστημάτων στην αξιολόγηση. Ο Suchman (1967) επεσήμανε ότι η αξιολόγηση είναι μια κυκλική διαδικασία η οποία ξεκινά και ολοκληρώνεται με τη διαμόρφωση κρίσεων αξιών.

Συχνά έχουμε την εντύπωση πως η φροντίδα βελτιώνεται, κάτω όμως από ορισμένες συνθήκες φοβόμαστε πως η ποιότητα υποβαθμίζεται. Αλλά πώς μπορεί κάποιος να γνωρίζει αν η ποιότητα πράγματι αυξάνεται, μειώνεται ή παραμένει στάσιμη; Στην τρέχουσα πρακτική η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας συχνά δεν επικεντρώνεται στην ίδια τη «φροντίδα» αλλά στα επιμέρους στοιχεία τα οποία τη συνιστούν. Για παράδειγμα, θα ήταν σχετικά εύκολο να μετρήσουμε το διάστημα αναμονής για μια εγχείρηση. Θα πρέπει, βέβαια, να συμφωνήσουμε στον ακριβή καθορισμό του πότε άρχισε και πότε έληξε η αναμονή' θα ήταν εύκολο επίσης να συμφωνήσουμε ως προς το ίδιο το μέγεθος (το χρόνο) για να κάνουμε τη μέτρηση και την ανάλυση. Ωστόσο, θα ήταν πολύ πιο σύνθετο να αξιολογήσουμε τα συνολικά αποτελέσματα ενός προγράμματος το οποίο έχει σχεδιαστεί με σκοπό π.χ. τη μείωση του χρόνου αναμονής. Λόγου χάρη, το πρόγραμμα μπορεί να μείωνε το χρόνο μέχρι την

εγχείρηση, αλλά να αύξανε το χρόνο αναμονής μέχρι το ραντεβού. Από τεχνική άποψη, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την πρόγνωση ή να αυξήσει το ποσοστό εσφαλμένης διάγνωσης. Ποια θα πρέπει να είναι η ισορροπία ανάμεσα στην οικονομία, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα; Και τι γίνεται με τις επιπτώσεις στο επίπεδο του πώς αντιλαμβάνονται την κατάσταση οι ίδιοι οι ασθενείς και της βαρύτητας την οποία θα έπρεπε να δώσουμε εμείς;



Διάγραμμα 4.1: Η διαδικασία κυκλικής αξιολόγησης

Πηγή: Μοντέλο προσαρμοσμένο από το Suchman (1967)

Η αξιολόγηση είναι η διαδικασία διαπίστωσης της αξίας ενός πράγματος. Η έρευνα αξιολόγησης χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους για να διαπιστώσει την αξία ενός προγράμματος αναλύοντας τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος (Deming 1993). Η αξιολόγηση αποτελεσμάτων, συγκεκριμένα, προσδιορίζει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων για την επίτευξη ενός στόχου (Lohr 1997). Η αξιολόγηση επιδιώκει τις λογικές ερμηνείες του γιατί μία παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα θεραπείας είχε συγκεκριμένα αποτελέσματα, τόσο αναμενόμενα όσο και μη αναμενόμενα.

Η αξιολόγηση ποιότητας ξεκινά με την πρόσβαση του ασθενή στο σύστημα φροντίδας υγείας και συνεχίζει μέχρι τη διαδικασία εξιτηρίου (Schiff et.al. 1986, Welch 1989)

Χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες αξιολόγησης, οι διευθυντές μπορεί να αποφασίσουν: (α) να διακόψουν ή να συνεχίσουν το πρόγραμμα, (β) να βελτιώσουν τις διαδικασίες του, (γ) να προσθέσουν ή να σταματήσουν συγκεκριμένες στρατηγικές ή τεχνικές, (δ) να χρησιμοποιήσουν παρόμοια προγράμματα σ' άλλους τομείς, (ε) να κατανειμούν τους περιορισμένους πόρους μεταξύ των προγραμμάτων, (στ) να αποδεχτούν ή να απορρίψουν την προσέγγιση ενός προγράμματος.

Η αξιολόγηση ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας ασχολείται με δύο σημαντικά ερωτήματα: (1) σε ποιο βαθμό οφείλονται πραγματικά τα αποτελέσματα στο ίδιο το πρόγραμμα και όχι στους ερμηνευτικούς παράγοντες και (2) σε ποιο βαθμό μπορούν τα ίδια αποτελέσματα να αναπαραχθούν; Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση αξιολογεί την ακεραιότητα της θεραπείας ή την εγκυρότητα της επίδρασης της παρέμβασης. Το δεύτερο ερώτημα επιδιώκει να αξιολογήσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Η σωστή μέτρηση, η συλλογή και ανάλυση δεδομένων αποτελούν τις επιστημονικές βάσεις για την αξιολόγηση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων από τις παρεμβάσεις" ως εκ τούτου γιατροί και managers να μπορούν να βελτιώσουν τις κλινικές και διοικητικές αποφάσεις (Balestracci, Barlow 1996, Lighter, Fair 2000, Meisenheimer 1997).

Δύο τρόποι υπάρχουν για να παρακολουθούμε τα αποτελέσματα της ποιότητας φροντίδας υγείας: (α) αναδρομική αξιολόγηση των ενεργειών, (β) ταυτόχρονη αξιολόγηση των ενεργειών

Μία αναδρομική μελέτη εξετάζει τα γεγονότα του παρελθόντος και τις συνέπειες τους στην παρούσα κατάσταση (Gold et.al. 1993, Wacholder et.al. 1992). Για παράδειγμα, σε μελέτες της ποιότητας φροντίδας υγείας, μία ομάδα οργανισμών υγείας οι οποίοι θεωρούνται ότι έχουν προβλήματα (π.χ., υψηλή συχνότητα ανεπιθύμητων περιστατικών υγείας) ορίζονται ως οι περιπτώσεις και συγκρίνονται με μία ομάδα οργανισμών χωρίς αυτά τα προβλήματα. Η δεύτερη αυτή ομάδα αποτελεί την ομάδα ελέγχου. Τα παλαιότερα δεδομένα για τις δύο ομάδες συγκρίνονται αναφορικά με τη χρήση ενός συγκεκριμένου μηχανισμού, όπως ο ιατρικός έλεγχος ή συγκεκριμένοι διοικητικοί έλεγχοι. Εξετάζονται οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στον αριθμό εμφάνισης του προβλήματος της μελέτης, ώστε να διαπιστωθεί αν μπο-

ρούν να αποδοθούν στην παρουσία ή απουσία αυτού του μηχανισμού. Στην ταυτόχρονη αξιολόγηση - αξιολόγηση η οποία βασίζεται στον πληθυσμό - άτομα ή οργανισμοί επιλέγονται και παρακολουθούνται για την έκθεση τους σε μία διοικητική παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας (Green, Wintfeld 1995, McGlynn 1997). Τα αποτελέσματα αξιολογούνται με το πέρασμα του χρόνου.

4.4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο Royer (1999) αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Με την παραπάνω φράση, τονίζεται η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις.

Επιπλέον, ο Betka (1993) συμπληρώνει ότι οι managers των κλινικών που θέλουν να διευθύνουν την ποιότητα πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζονται τις αποφάσεις τους στην διαίσθηση. Η ύπαρξη δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα. Από τις εργασίες εισαγωγής ενός ασθενή, την μεθοδολογία νοσηλείας του μέχρι και την φροντίδα μετά την έξοδο του από την κλινική πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής αφού θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης των προβληματικών διαδικασιών. Ο επανασχεδιασμός προβληματικών διαδικασιών αλλά και οριοθέτηση των στόχων του οργανισμού απαιτούν την ύπαρξη πληροφορίες για την λειτουργία του οργανισμού.

Η National Committee for Quality Assurance των ΗΠΑ στην ετήσια έκθεσή της το 1999 για την υγεία αναφέρει για την ανάγκη μετρήσεων:

- Ιδρύματα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που σταθερά παρακολουθούν και δημοσιεύουν στοιχεία και δείκτες που αφορούν την ποιότητά τους, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα. Η βελτίωση αυτή έχει θετικό αντίκτυπο στην δημόσια υγεία.
- Ιδρύματα που εξασφαλίζουν υψηλές βαθμολογίες σε μετρήσεις ποιότητας έχουν τους πιο ικανοποιημένους πελάτες.

- Ιδρύματα που ασχολήθηκαν με την μέτρηση στοιχείων ποιότητας τα τελευταία χρόνια ξεπερνούν σε απόδοση ιδρύματα που μόλις ξεκίνησαν να εφαρμόζουν την στρατηγική αυτή.
- Οι μετρήσεις αφορούν 12 δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας και 8 δείκτες ικανοποίησης πελατών. Οι ασθενείς αξιολογούν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν τόσο σε επίπεδο θεραπείας όσο και σε επίπεδο ξενοδοχειακών ανέσεων. Αξιολογούν την αμεσότητα στην νοσηλεία, την αξιοπιστία και την επιστημονική κατάρτιση των ιατρών, την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού, την διαχείριση παραπόνων αλλά και την συνολική εικόνα του οργανισμού.

Η μέτρηση της ποιότητας μίας νοσηλευτικής μονάδας μπορεί να επεκταθεί στα ακόλουθα πεδία:

1. *Απόδοση υγειονομικής φροντίδας*: είναι ο σημαντικότερος τύπος απόδοσης, αφού αποτελεί και τον σκοπό του οργανισμού. Αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα και μετρήσεις για την θνησιμότητα, τον έλεγχο των λοιμώξεων κλπ.
2. *Λειτουργική απόδοση*: αφορά την μέτρηση της απόδοσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού αλλά και της αποδοτικότητας της οργάνωσης του ανθρώπινου δυναμικού.
3. *Απόδοση ως προς τους πελάτες*: αφορά την ικανοποίηση του ασθενή ως προς τις υπηρεσίες που δέχονται και μετράται με την βοήθεια ερωτηματολογίου και συνεντεύξεων.
4. *Οικονομική απόδοση και θέση στην αγορά*: αφορά την θέση του οργανισμού στην αγορά, την κερδοφορία του, την αξιοποίηση των κεφαλαίων κλπ.

Μετρώντας την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών και των συστημάτων των εργασιών τους πριν και μετά την εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας, οι managers των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ποσοτικοποιήσουν πλέον τις αλλαγές που έγιναν στον οργανισμό τους και να σχεδιάσουν τις μελλοντικές στρατηγικές κινήσεις τους.

4.5 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η μέτρηση της ποιότητας μας διασφαλίζει την δυνατότητα εξεύρεσης μηχανισμών βελτίωσης της. Ο σκοπός της μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας είναι τριπλός :

1. Η *επιβεβαίωση* ότι τα πλήρη οφέλη της ιατρικής γνώσης εφαρμόζονται επιτυχώς στις ανάγκες των ασθενών.
2. Η *διατήρηση και βελτίωση* του επιπέδου της φροντίδας. Οι δύο πρώτοι σκοποί διευκολύνουν τη βελτίωση κατά τη διάρκεια της μετάβασης του ασθενή από όλα τα στάδια της νοσοκομειακής περίθαλψης.
3. Η συνεχής αυτή αξιολόγηση είναι και ο τρόπος με τον οποίο το επάγγελμα διατηρεί και θέτει τα δικά του στάνταρ και παραμένει υπεύθυνο στο κοινό που υπηρετεί (Τσιόρτας, 2002).

α)ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ SERVQUAL (Service Quality) SCALE

Τα συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών μέσω της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι:

SERVQUAL (Service Quality) SCALE

Λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία στον προσδιορισμό της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών, η θεμελιώδης προσέγγιση που ακολουθήθηκε ήταν η σύγκριση του κενού (gap) ανάμεσα στην προσδοκία της υπηρεσίας και στην πραγματική υπηρεσία. Η προσέγγιση αυτή οδήγησε στις τεχνικές με εστίαση τον πελάτη (customer – oriented techniques) το SERVQUAL (Service Quality) SCALE το οποίο μετρά την ικανοποίηση του πελάτη.

Τα πέντε κενά του μοντέλου SERVQUAL (Service Quality) SCALE, μεταξύ της προσδοκώμενης (expected) υπηρεσίας και αυτής που αντιλαμβάνεται ο πελάτης ότι έχει λάβει (perceived), αποδίδονται στην συνέχεια :

KENO 1: Μεταξύ της προσδοκίας του πελάτη και της αντίληψης της Διοίκησης για την προσδοκία αυτή.

KENO 2: Μεταξύ της αντίληψης που έχει η Διοίκηση, για την προσδοκία των πελατών της και των προδιαγραφών ποιότητας που προσφέρει σε αυτούς.

KENO 3: Μεταξύ των προδιαγραφών ποιότητας που αποδίδονται στην υπηρεσία και

των πραγματικών επιδόσεων που αφορούν την υπηρεσία αυτή.

KENO 4: Μεταξύ των πραγματικών επιδόσεων που αφορούν την υπηρεσία και της επικοινωνίας με τους πελάτες.

KENO 5: Μεταξύ των αρχικών προσδοκιών, για την προσφερόμενη υπηρεσία και των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας, που οι πελάτες πιστεύουν ότι τους προσφέρθηκε τελικά (Τσιώρτας, 2002).

β) Σύστημα Donabedian

Σε μια κλασική διατύπωση των διαστάσεων της ποιότητας της φροντίδας σχεδόν 40 χρόνια πριν, ο Avedis Donabedian (1966;1980) περιέγραψε την ποιότητα η οποία συμπεριλάμβανε :

- *Δομή (Structure)*, Τα δομικά μέτρα της ποιότητας περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά των πηγών στο υγειονομικό σύστημα φροντίδας, όπως, επαγγελματίες υγείας, οργανισμοί και συστήματα υγείας, γεωγραφική θέση, κτίρια και εξοπλισμός και δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες.

- *Διαδικασία (Process)*, τώρα καλείται απόδοση και έχει σχέση με την παροχή φροντίδας. Τα μέτρα της απόδοσης μπορεί να περιλάβουν διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας, υπηρεσίας, της επικαιρότητας και της ευκολίας. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν τέτοια θέματα ως εξασφάλιση των ασθενών με πληροφορίες και απαντήσεις στις ερωτήσεις των και ενθάρρυνση των ασθενών να μοιραστούν την δημιουργία αποφάσεων εάν αυτό είναι δυνατόν.

- *Εκβάσεις (Outcomes)*, Οι εκβάσεις υγείας περιλαμβάνουν τα παραδοσιακά μέτρα επιβίωσης (τώρα συνήθως εκφράζεται ως κίνδυνος που ρυθμίζει την θνησιμότητα). Τέτοια μέτρα μπορεί να είναι για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας ή οι περιεκτικότερες αξιολογήσεις της επίδρασης μιας επέμβασης. Οι μετρήσεις των εκβάσεων επίσης, περιλαμβάνουν αναφορές των ασθενών για την υγεία τους (Donaldson, 1999). Επίσης, υπολογίζεται η αξία του αποτελέσματος σε συνάρτηση με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν.

4.6 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Την έννοια της πιστοποίησης για νοσοκομειακές μονάδες συναντούμε πρώτη φορά το 1918 σε μία έρευνα του American College of Surgeons όπου ορίζονται πέντε προϋποθέσεις που θεωρούνται ουσιώδεις για την παροχή κατάλληλης φροντίδας σε ασθενείς. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η αυξημένη επιτήδευση της ιατρικής επιστήμης αλλά και η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομείων οδήγησαν σε αναθεώρηση των προτύπων (Rutz, 1999). Το 1951 δημιουργήθηκε η Ένωση για την Πιστοποίηση των Νοσοκομείων με την σύμπραξη των American College of Physicians, American College of Surgeons και του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου (Roberts et al, 1987). Τα προγράμματα πιστοποίησης συστημάτων και υπηρεσιών υγείας πολλαπλασιάστηκαν τα τελευταία 15 χρόνια και πλέον υπάρχει πληθώρα αυτών για κάθε είδος οργανισμού υγείας (Walshe et al, 2001). Πριν το 1995, δεν υπήρχε νομοθετική ρύθμιση στην Ευρώπη που να αφορά την πιστοποίηση. Σήμερα, η μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών υγείας αποτελεί θεσμό, ενώ σε Ιταλία και Γαλλία, ο νόμος ορίζει κατευθυντήριες γραμμές για την πιστοποίηση των οργανισμών υγείας (Shaw, 2001).

Στην χώρα μας, δεν υπάρχει καμία κυβερνητική πρωτοβουλία για την εισαγωγή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας ή για την πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν, όμως, κυβερνητικές εξαγγελίες για νομοθετικές αλλαγές που θα επιβάλλουν την βελτίωση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν προγράμματα πιστοποίησης ή πρότυπα οργανωσιακής συγκρότησης για τους οργανισμούς υγείας.

Μερικά παραδείγματα εθνικών οργανισμών πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας σε οργανισμούς υγείας σε διεθνές επίπεδο είναι τα ακόλουθα:

1. Στην Μαλαισία ιδρύθηκε, το 2000, η Malaysian Society for Quality in Health από την συνεργασία της Κυβέρνησης και των ιδιωτικών παραγόντων παροχής περίθαλψης. Η διαδικασία πιστοποίησης που ακολουθεί ο οργανισμός βασίζεται στα διεθνή πρότυπα για την ποιότητα στις υπηρεσίες, την εκπαίδευση και την επιμόρφωση. Μέχρι τον Αύγουστο του 2002, 24 δημόσια νοσοκομεία και μόλις ένα ιδιωτικό είχαν πιστοποιηθεί.
2. Στην Νότια Αφρική ιδρύθηκε το 1995 ο ανεξάρτητος μη κερδοσκοπικός οργανισμός Council for Health Service Accreditation of South Africa (COHSASA). Το καταστατικό του προβλέπει την συνεργασία κράτους,

ιδιωτικών επιχειρήσεων, ανεξάρτητων επαγγελματιών και των καταναλωτών και διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο που έχει 18 μέλη. Από το 1996 μέχρι το 2000, 193 ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία έχουν υιοθετήσει το πρόγραμμα του οργανισμού και έχουν πιστοποιηθεί από αυτόν. Το πρόγραμμα του COHSASA αφορά τόσο τις κύριες λειτουργίες της νοσοκομειακής μονάδας, π.χ. διαδικασία εισαγωγής στο χειρουργείο όσο και δευτερεύουσες, όπως έλεγχος μολύνσεων στα πλυντήρια.

3. Στην Χιλή ιδρύθηκε, το 1991, από το Υπουργείο Υγείας, ο Εθνικός Οργανισμός Αξιολόγησης της Ποιότητας με τον τίτλο Proyecto para la evaluación y Mejoramiento de la Calidad. Η αρχική ομάδα του οργανισμού παρακολούθησε σεμινάρια στο εξωτερικό και επιμορφώθηκε εκτενώς σε θέματα ποιότητας στον τομέα της υγείας από διεθνώς αναγνωρισμένους επιστήμονες. Μετά από λίγα χρόνια, ο παραπάνω οργανισμός αναπτύχθηκε ως προς τον σκοπό του και την λειτουργία του, δίνοντας έμφαση στην αποκεντρωμένη και καθολική εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας με την συμμετοχή των επαγγελματιών, του Κράτους αλλά και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων στην προσπάθεια αυτή.
4. Στην Νέα Ζηλανδία, το Εθνικό πρόγραμμα Πιστοποίησης της Ποιότητας στην Υγεία δημιουργήθηκε για να εξασφαλίσει την αριστικότητα των υπηρεσιών υγείας. Είναι ανεξάρτητος οργανισμός και η συμμετοχή σε αυτό είναι οικιοθελής. Σύμφωνα με το καταστατικό του, η πιστοποίηση έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: αύξηση της απόδοσης, δημιουργία ισχυρών ηγετών, ενθάρρυνση ομαδικής εργασίας, βελτίωση δημόσιας εικόνας του οργανισμού, εντράφηση της κουλτούρας της βελτίωσης ποιότητας και πλήρωση των απαιτήσεων του Υπουργείου Υγείας.

Στις ΗΠΑ, το εθνικό βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige έχει ειδικό τμήμα για την βράβευση υπηρεσιών υγείας με σκοπό την ενθάρρυνση της εξέλιξης του κλάδου και της προαγωγής της ποιότητας υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Το αίτημα για προσφορά των υπηρεσιών υγείας, που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και τις ανάγκες των εργαζομένων οδηγεί σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους, τόσο για την οργανωτική λειτουργία όσο και για την ποιότητα που υπάρχει στο χώρο εργασίας. Η αποτίμηση της γνώμης των εργαζομένων για τις υπηρεσίες που προσφέρουν αποδεικνύεται ότι αποτελεί έναν ουσιαστικό δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας περισσότερο ακριβή και από τα αντίστοιχα κριτήρια και πρότυπα που αφορούν στην ίδια την παροχή των υπηρεσιών. Σε άλλες χώρες η εκτίμηση της ικανοποίησης των εργαζομένων από τους φορείς που εργάζονται, γίνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα, σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου τέτοιες προσπάθειες είναι λιγοστές.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την ποσοτικοποίηση και μέτρηση στη συνέχεια του βαθμού ικανοποίησης των εργαζομένων σε φορείς υγείας και συγκεκριμένα, τρία γενικά νοσοκομεία της περιφέρειας Πελοποννήσου, λαμβάνοντας υπόψη την οργανωτική λειτουργία της μονάδας, καθώς και την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, από τη σκοπιά των εργαζομένων.

Η εκτίμηση της γνώμης των εργαζομένων, πραγματοποιείται στην παρούσα εργασία με τη μέθοδο συλλογής πληροφοριών, διανέμοντας στους εργαζόμενους δομημένα ερωτηματολόγια. Με τα ερωτηματολόγια αυτά επιχειρείται η ποσοτικοποίηση και μέτρηση της ικανοποίησης των εργαζομένων των Γενικών Νοσοκομείων Σπάρτης, Τρίπολης και Πύργου, για την οργανωτική λειτουργία και την ποιότητα της κάθε μονάδας.

5.1 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην έρευνα κλήθηκαν οι Διευθυντές της ιατρικής υπηρεσίας, οι προϊσταμένες της νοσηλευτικής υπηρεσίας και της διοικητικής υπηρεσίας. Το κύριο κριτήριο ένταξης της μελέτης είναι οι εργαζόμενοι να έχουν περισσότερο από τρία χρόνια προϋπηρεσίας στον ίδιο φορέα. Πιο συγκεκριμένα, πήραν μέρος 73 άτομα από τρία νοσοκομεία, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω (Γ.Ν. Σπάρτης, Τρίπολης, Πύργου) και από τα προαναφερθείσα πόστα, στα οποία διανεμήθηκαν δύο ερωτηματολόγια (Παράρτημα Ι):

1. Ερωτηματολόγιο υποέργου με στόχο την Οργανωτική Λειτουργία Μονάδων Υγείας
2. Ερωτηματολόγιο υποέργου με στόχο τη διερεύνηση Ποιότητας Διαδικασιών των Μονάδων Υγείας.

Και τα δυο ερωτηματολόγια είναι κλειστού τύπου (με έτοιμες πιθανές απαντήσεις δηλαδή, από τις οποίες οι ερωτώμενοι θα έπρεπε να επιλέξουν μια), για να προκύπτουν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Έτσι, στο πρώτο ερωτηματολόγιο, ο ερωτώμενος απάντησε στην κάθε ερώτηση, επιλέγοντας την απάντηση «Απόλυτα», «Πολύ», «Μέτρια», «Λίγο» ή «Καθόλου». Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, ο ερωτώμενος απαντά σε κάθε ερώτηση επιλέγοντας μια από τις δοθείσες πιθανές απαντήσεις (τρεις έως πέντε), σύμφωνα με αυτό που τον αντιπροσωπεύει.

Ο σκοπός του κάθε ερωτηματολογίου είναι διαφορετικός. Το πρώτο ερωτηματολόγιο, που αφορά την οργανωτική λειτουργία της μονάδας υγείας, έχει σαν σκοπό να διαπιστωθεί κατά πόσο λειτουργικό βρίσκουν το κάθε νοσοκομείο οι εργαζόμενοι σε αυτό. Από το δεύτερο ερωτηματολόγιο γίνεται προσπάθεια να διαπιστωθεί κατά πόσο ποιοτική είναι η υπηρεσία που προσφέρεται από την κάθε μονάδα, πάντα σύμφωνα με την άποψη των εργαζομένων.

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί για την μέτρηση της Οργανωτικής κουλτούρας, που διέπει τα δημόσια νοσοκομεία ένα ερωτηματολόγιο που δομείται σε τρία μέρη.

Το πρώτο μέρος, περιλαμβάνει το EOK, ένα προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που αποτελεί μετάφραση και προσαρμογή στην Ελλάδα, (Ξενικού, 2005) του Organizational Culture Inventory (OCI), (Cooke and Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, 1994). Εισαγωγικά, υπάρχει μία συνοπτική αναφορά για την κατανόηση της έννοιας της οργανωτικής κουλτούρας, καθώς και οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ενώ αναφέρεται ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία προσώπων και οργανισμών. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 60 προτάσεις που βαθμολογούνται σε μία κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων (καθόλου, σε μικρό βαθμό, σε μέτριο βαθμό, σε μεγάλο βαθμό, σε πολύ μεγάλο βαθμό). Οι προτάσεις αυτές, περιγράφουν κάποιες συμπεριφορές, που ενδεχομένως αναμένονται ή απαιτούνται από τα μέλη των οργανισμών (συμπεριφορικά πρότυπα). Στην Ελλάδα, το συγκεκριμένο εργαλείο προσαρμόστηκε και μεταφράστηκε από την κ. Ξενικού (Ξενικού, 2005). Οι συμπεριφορικοί κανόνες που μετράει το EOK (Ερωτηματολόγιο Οργανωτικής κουλτούρας), όπως η ίδια η κ. Ξενικού ονομάζει την ελληνική έκδοση

του ερωτηματολογίου, καθορίζονται από δύο διαστάσεις. Η πρώτη από τις δύο διαστάσεις, διαχωρίζει το ενδιαφέρον για τα άτομα, με το ενδιαφέρον για τα καθήκοντα. Ενώ, η δεύτερη διάσταση, διαχωρίζει τις προσδοκίες για συμπεριφορές που οδηγούν σε εκπλήρωση υψηλής διαβάθμισης ικανοποίησης αναγκών, με τις προσδοκίες συμπεριφορών που οδηγούν στην εκπλήρωση χαμηλής διαβάθμισης ικανοποίησης αναγκών ασφάλειας και προστασίας, μέσα σε ένα οργανισμό. Βασιζόμενο σε αυτές τις διαστάσεις το OCI, μετράει 12 ομάδες (συμπεριφορικά πρότυπα), που κυριαρχούν στον οργανισμό, ως προς τις ακόλουθες θεματικές ενότητες:

κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων (affiliative culture)	αντιδραστική κουλτούρα (oppositional culture)
ανθρωπιστική κουλτούρα (humanistic culture)	κουλτούρα εξουσίας (power culture)
κουλτούρα αποδοχής (approval culture)	ανταγωνιστική κουλτούρα (competitive culture)
συμβατική κουλτούρα (conventional culture)	κουλτούρα τελειομανίας (perfectionistic culture)
κουλτούρα εξάρτησης (dependent culture)	κουλτούρα επίτευξης (achievement culture)
κουλτούρα αποφυγής (avoidance culture)	Κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης (self-Actualising culture).

From Organizational Culture Inventory by R.A. Cooke and J.C. Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, Plymouth, MI: Human Synergistics. Copyright 1989 by Human Synergistics, Inc. Adapted by permission.

Οι 12 αυτές ομάδες, τοποθετούνται θεωρητικά γύρω από μία δομή απεικόνισης που ονομάζεται circumplex. Σε σχέση με τις κατηγοριοποιήσεις, ικανοποίηση – ασφάλεια και καθήκοντα – άτομα, οι 12 ομάδες κανονιστικών “πιστεύω” (normative beliefs) και συμπεριφοριστικών προσδοκιών (behavioral expectations), κατηγοριοποιούνται σε τρεις γενικούς τύπους οργανωτικής κουλτούρας:

Την **εποικοδομητική κουλτούρα (constructive culture)**, η οποία συντίθεται από την κουλτούρα επίτευξης, την κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης, την κουλτούρα παροχής βοήθειας και την κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων.

Την **παθητική- αμυντική κουλτούρα (passive-defensive culture)**, η οποία συντίθεται από την κουλτούρα αποδοχής, την συμβατική κουλτούρα, την κουλτούρα εξάρτησης και την κουλτούρα αποφυγής.

Και τέλος, την **επιθετική- αμυντική κουλτούρα (aggressive-defensive culture)**, η οποία αποτελείται από την αντιδραστική κουλτούρα, από την κουλτούρα εξουσίας, την ανταγωνιστική κουλτούρα και την κουλτούρα τελειομανίας (Cooke and Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, 1994).

Τέλος, το τρίτο μέρος του ερευνητικού εργαλείου, περιλαμβάνει ερωτήσεις τύπου λίστας για την συγκέντρωση δημογραφικών στοιχείων που αφορούν στο φύλο, στο επάγγελμα και στην προϋπηρεσία των μελών του οργανισμού.

Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με EXCEL, από την οποία προέκυψαν διαγράμματα, τα οποία αποτελούν και τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας και εξετάζονται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 ΓΕΝΙΚΑ

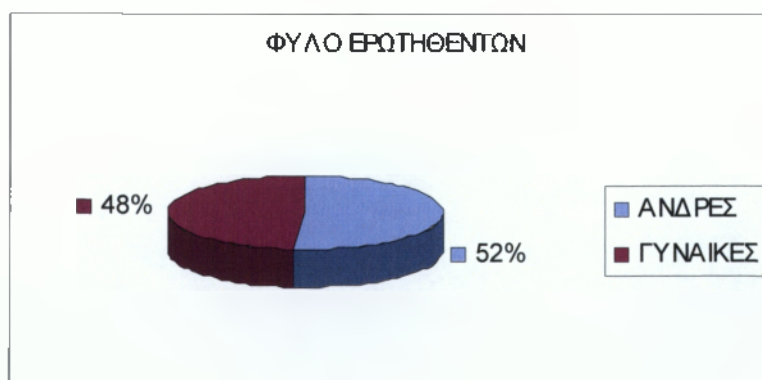
Στο παρόν κεφάλαιο, γίνεται παρουσίαση των αποτελεσμάτων από τα δυο ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στα τρία νοσοκομεία, αφού αναλύθηκαν στατιστικά. Αρχικά, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στην οργανωτική λειτουργία του κάθε νοσοκομείου αλλά και συγκεντρωτικά, και στη συνέχεια τα αποτελέσματα που αφορούν στο ερωτηματολόγιο για την ποιότητα των νοσοκομείων ξεχωριστά και συγκεντρωτικά.

6.2 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Στα διαγράμματα που ακολουθούν, δείχνουν στοιχεία για το δείγμα της έρευνας, δηλαδή το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία και την προϋπηρεσία, ανά νοσοκομείο και συγκεντρωτικά. Ακόμη, προκύπτουν και αποτελέσματα για το πόσο ικανοποιημένο είναι δείγμα από τη μονάδα στην οποία εργάζεται.

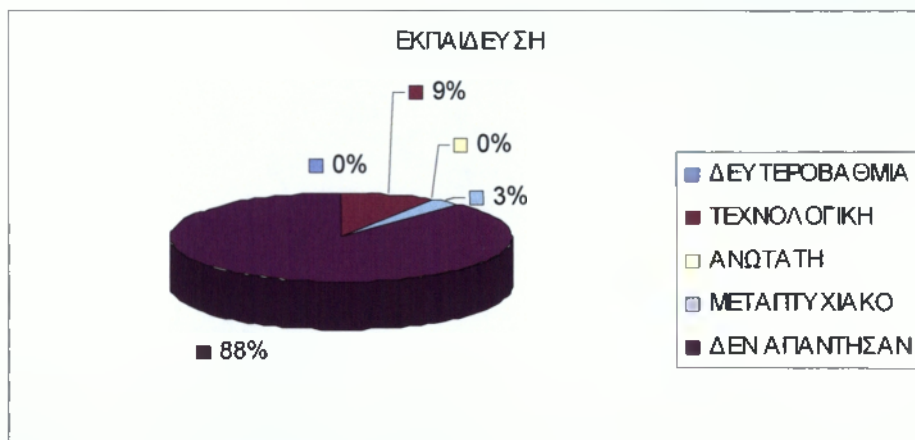
6.2.1 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Έτσι λοιπόν, το δείγμα του νοσοκομείου αποτελείται κατά 48% από γυναίκες και 52% από άντρες, σχεδόν δηλαδή ίσος αριθμός και από τα δύο φύλα (διάγραμμα 1).

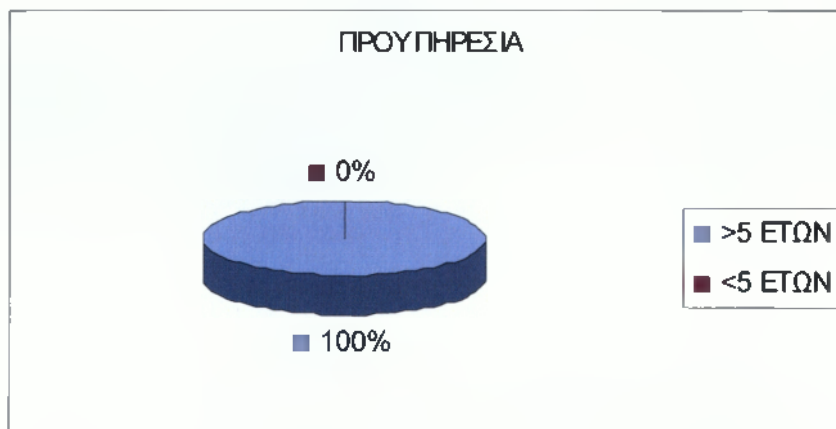


Διάγραμμα 1 Φύλο.

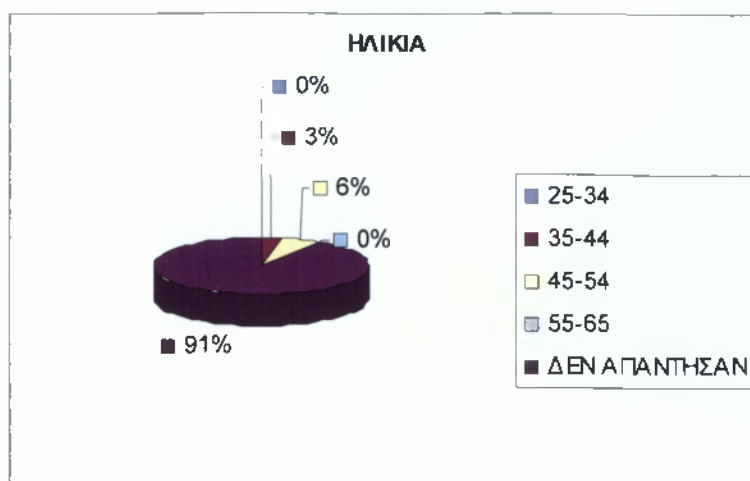
Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (88%) δεν απάντησε στην ερώτηση ενώ το 9% ανήκει στην τεχνολογική εκπαίδευση, 3% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και κανένας δεν ανήκει στην ανώτατη εκπαίδευση (διάγραμμα 2). Ακόμη, όλοι οι ερωτηθέντες είχαν προϋπηρεσία πάνω από 5 έτη (διάγραμμα 3), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (91%) δεν απάντησε στην ερώτηση που αφορούσε την ηλικία (διάγραμμα 4).



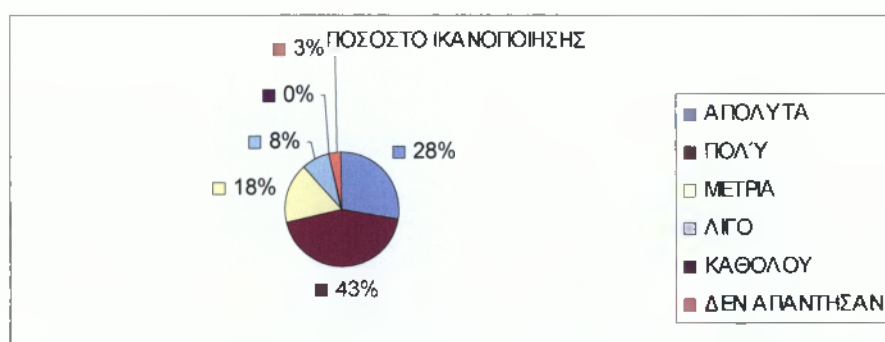
Διάγραμμα 2 Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 3 Προϋπηρεσία ερωτηθέντων σε έτη.



Διάγραμμα 4 Ηλικία ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 5 Ποσοστό ικανοποίησης των ερωτηθέντων για το χώρο εργασίας τους.

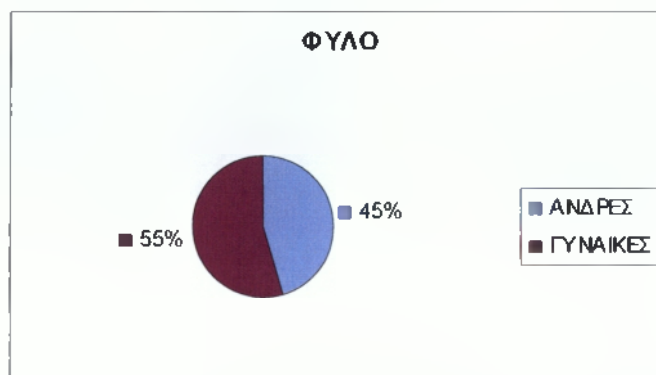
Σημαντικά ευρήματα υπάρχουν, για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την εργασία τους (διαγράμματα 5 και 6), όπου και προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (43%) απάντησε «καθόλου», σε αντίθεση με το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (26%) που είναι «απόλυτα» ικανοποιημένο. Στην ίδια σειρά ερωτήσεων το 18% είναι «μέτρια» ικανοποιημένο και το 8% λίγο. Σε γενικές γραμμές μόνο το 7% έναντι του 93%, φαίνεται απόλυτα ικανοποιημένο (διάγραμμα 6).



Διάγραμμα 6 Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την εργασία τους.

6.2.2 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ

Το δείγμα από το γενικό νοσοκομείο Πύργου αποτελείται, κατά 55% από γυναίκες και 45% από άντρες (διάγραμμα 7), με μεγαλύτερο ποσοστό (43%) προερχόμενο από την ανώτατη εκπαίδευση (διάγραμμα 8). Και σε αυτό το νοσοκομείο ένα σημαντικό ποσοστό (35%) δεν απάντησε στην ερώτηση που αφορούσε στο μορφωτικό επίπεδο, ενώ στο δείγμα αυτό υπάρχουν άτομα από όλες τις εξεταζόμενες βαθμίδες. Έτσι το 9% προέρχεται από την τεχνολογική εκπαίδευση και το 13%, είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.

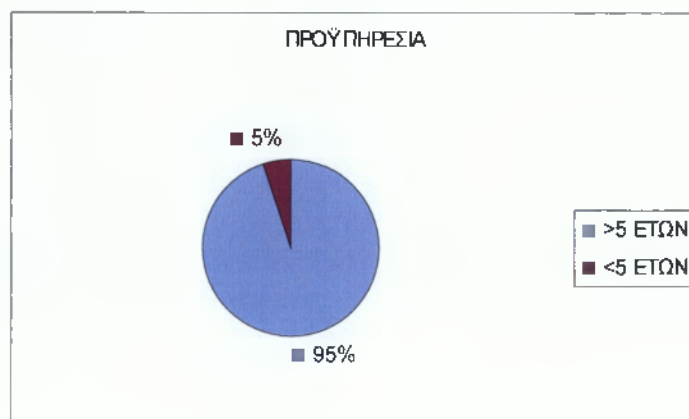


Διάγραμμα 7 Φύλο.

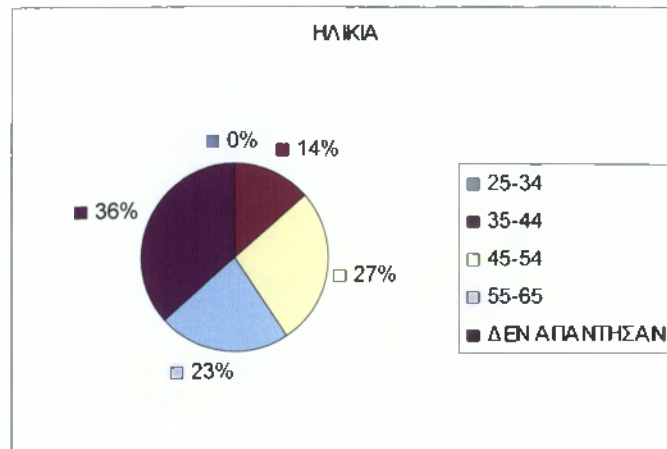


Διάγραμμα 8 Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων.

Όσον αφορά στην προϋπηρεσία και σε αυτό το νοσοκομείο το μεγαλύτερο και συντριπτικό ποσοστό του 95% έχει μεγαλύτερη των 5 ετών (διάγραμμα 9), Το 36%, δεν απάντησε στο ερώτημα που αφορούσε την ηλικία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (27%) ανήκει στο ηλικιακό όριο 45- 54 ετών (διάγραμμα 10), ακολουθεί το 55 -65, κατά 23%, μετά το όριο 35- 44 (14%). Κανένας από του ερωτηθέντες δεν ανήκει στο ηλικιακό όριο των 25- 34.



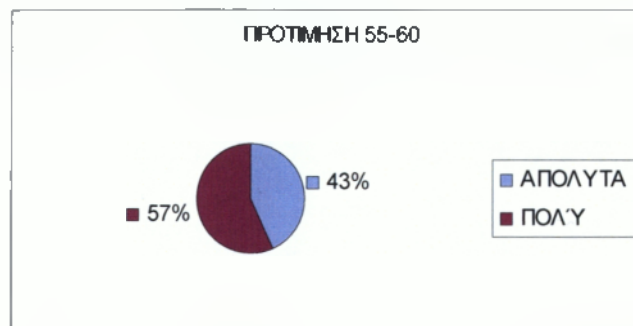
Διάγραμμα 9 Προϋπηρεσία ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 10 Ηλικία ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 11 Βαθμός ικανοποίησης.

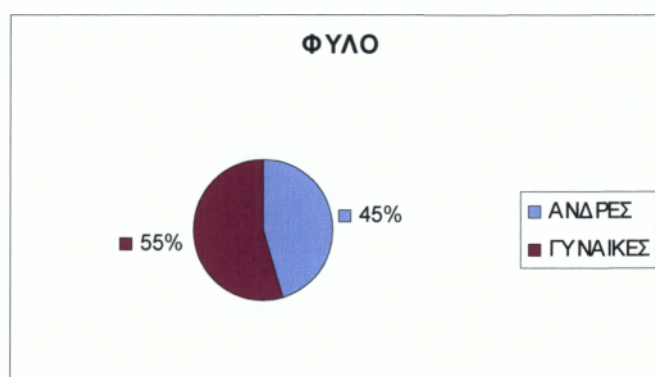


Διάγραμμα 12 Προτίμηση ερωτηθέντων για την εργασία τους.

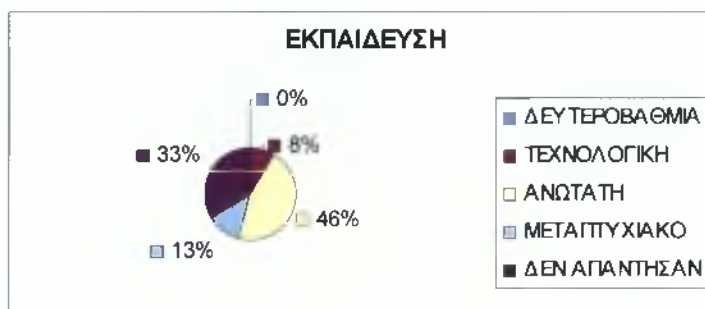
Στα διαγράμματα 11 και 12, φαίνεται πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτηθέντες από την εργασία τους, όπου και προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (54%) απάντησε «καθόλου», σε αντίθεση με το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (32%) που είναι «απόλυτα» ικανοποιημένο. Στην ίδια σειρά ερωτήσεων το 9% είναι «μέτρια» ικανοποιημένο και το 5% λίγο. Σε γενικές γραμμές το 45%, έναντι του 57%, φαίνεται απόλυτα ικανοποιημένο.

6.2.3 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ

Το δείγμα από το γενικό νοσοκομείο Σπάρτης αποτελείται, κατά 55% από γυναίκες και 45% από άντρες (διάγραμμα 13), με μεγαλύτερο ποσοστό (46%) προερχόμενο από την ανώτατη εκπαίδευση (διάγραμμα 14). Και σε αυτό το νοσοκομείο ένα σημαντικό ποσοστό (33%) δεν απάντησε στην ερώτηση που αφορούσε στο μορφωτικό επίπεδο. Ακόμη, το 8% προέρχεται από την τεχνολογική εκπαίδευση και το 13%, είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.



Διάγραμμα 13 Φύλο.

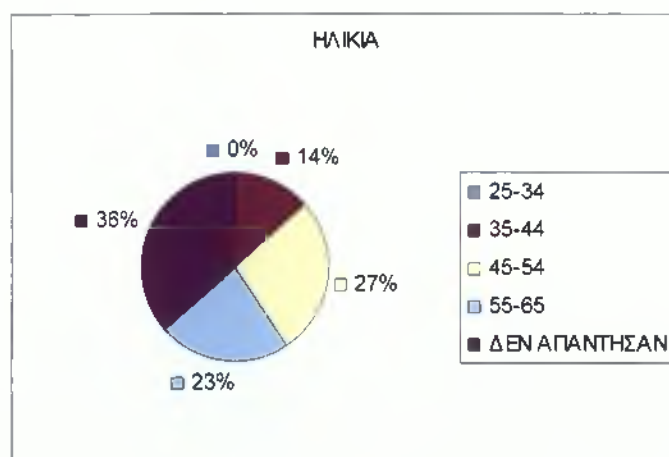


Διάγραμμα 14 Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων.

Όσον αφορά στην προϋπηρεσία, σε αυτό το νοσοκομείο όλοι οι ερωτηθέντες είχαν μεγαλύτερη των 5 ετών (διάγραμμα 15). Το 36%, δεν απάντησε στο ερώτημα που αφορούσε την ηλικία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (27%) ανήκει στο ηλικιακό όριο 45- 54 ετών (διάγραμμα 16), ακολουθεί το 55 -65, κατά 23%, μετά το όριο 35- 44 (14%). Κανένας από του ερωτηθέντες δεν ανήκει στο ηλικιακό όριο των 25- 34.



Διάγραμμα 15 Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων.

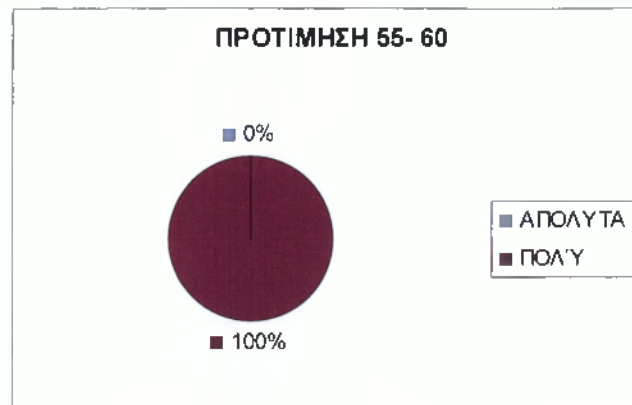


Διάγραμμα 16 Ηλικία ερωτηθέντων.

Στα διαγράμματα 17 και 18, φαίνεται πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτηθέντες από την εργασία τους, όπου και προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (45%) απάντησε «καθόλου», σε αντίθεση με το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (30%) που είναι «απόλυτα» ικανοποιημένο. Στην ίδια σειρά ερωτήσεων το 19% είναι «μέτρια» ικανοποιημένο και το 5% λίγο, ενώ το 1% απάντησε «πολύ». Τέλος το 100% είναι «απόλυτα» ικανοποιημένο με το συγκεκριμένο χώρο εργασίας (συναδελφικές σχέσεις, αμοιβή, χώρος εργασίας κτλ.).



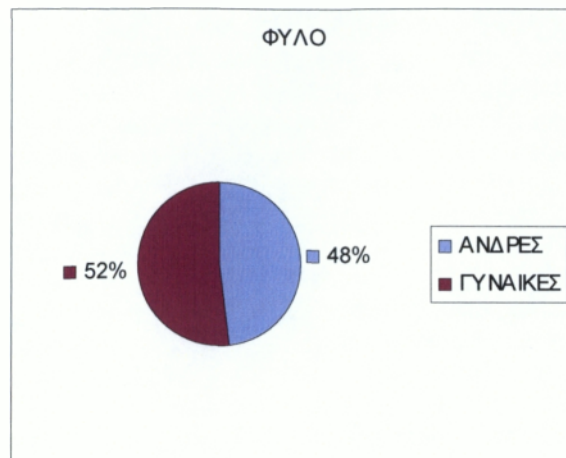
Διάγραμμα 17 Βαθμός ικανοποίησης.



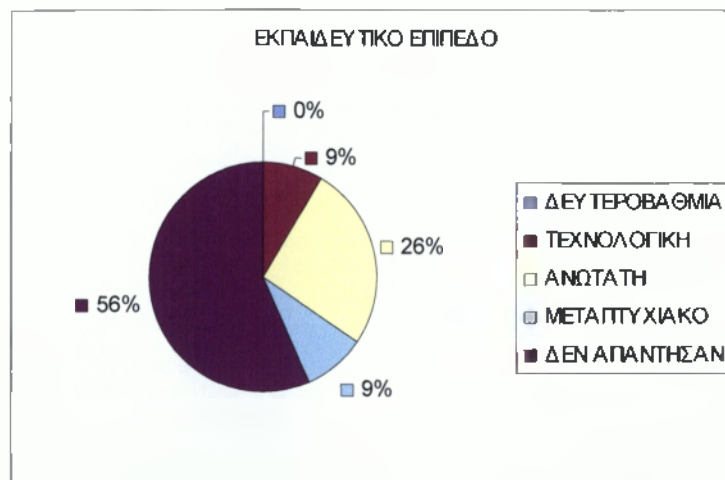
Διάγραμμα 18 Προτίμηση ερωτηθέντων για την εργασία τους.

6.2.4 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΤΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

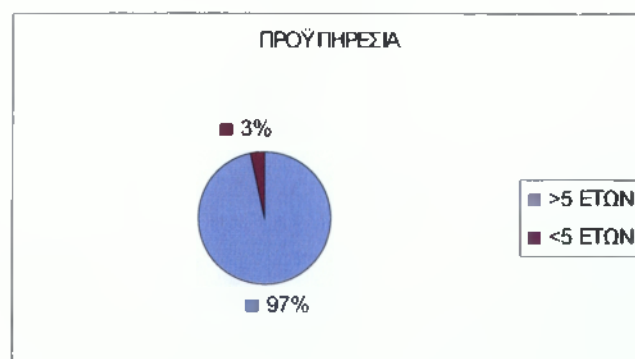
Από τα τρία παραπάνω νοσοκομεία, το δείγμα αποτελείται, κατά 52% από γυναίκες και 48% από άντρες (διάγραμμα 19), με μεγαλύτερο ποσοστό (26%) προερχόμενο από την ανώτατη εκπαίδευση (διάγραμμα 20). Το μεγαλύτερο ποσοστό (56%) συνολικά και από τα τρία νοσοκομεία δεν απάντησε στην ερώτηση που αφορούσε στο μορφωτικό επίπεδο. Ακόμη, το 9% προέρχεται από την τεχνολογική εκπαίδευση και το 9%, είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.



Διάγραμμα 19 Φύλο.



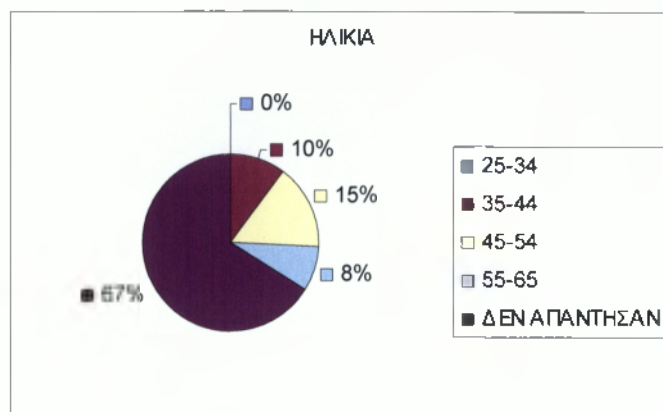
Διάγραμμα 20 Μορφωτικό επίπεδο εκπαιδευομένων.



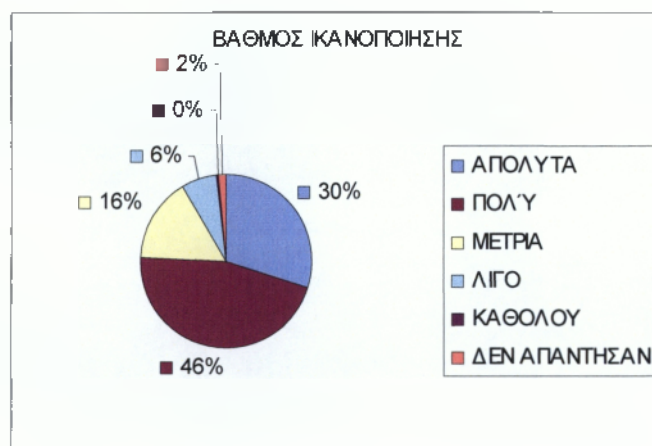
Διάγραμμα 21 Προϋπηρεσία ερωτηθέντων.

Όσον αφορά στην προϋπηρεσία, το 97% είχαν μεγαλύτερη των 5 ετών (διάγραμμα 21). Το 67%, δεν απάντησε στο ερώτημα που αφορούσε την ηλικία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (15%) ανήκει στο ηλικιακό όριο 45- 54 ετών (διάγραμμα

16), ακολουθεί το 35- 44 (10%), και μετά κατά 8%, το όριο 55 -65. Κανένας από του ερωτηθέντες δεν ανήκει στο ηλικιακό όριο των 25- 34.

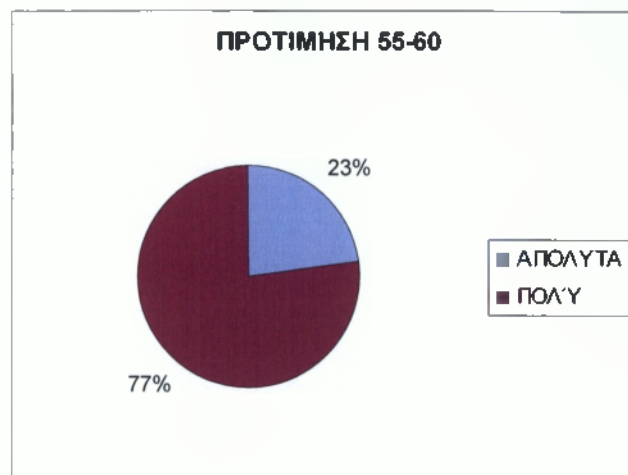


Διάγραμμα 22 Ηλικία ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 23 Βαθμός ικανοποίησης.

Στα διαγράμματα 23 και 24, φαίνεται πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτηθέντες από την εργασία τους, όπου και προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (46%) απάντησε «καθόλου», σε αντίθεση με το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (30%) που είναι «απόλυτα» ικανοποιημένο. Στην ίδια σειρά ερωτήσεων το 16% είναι «μέτρια» ικανοποιημένο και το 6% λίγο. Τέλος το 23% είναι «απόλυτα» ικανοποιημένο με το συγκεκριμένο χώρο εργασίας (συναδελφικές σχέσεις, αμοιβή, χώρος εργασίας κτλ.), ενώ το 77%, «πολύ».



Διάγραμμα 24 Προτίμηση για το χώρο εργασίας.

6.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, που διανεμήθηκε στα τρία νοσοκομεία, είχε σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας διαδικασιών των Μονάδων Υγείας. Για το λόγο αυτό, οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις όπως ποια είναι η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα) ή αν οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα) είναι πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο κ.α. παρόμοια ερωτήματα. Στη συνέχεια, θα δούμε τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων για κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά, αλλά συγκεντρωτικά.

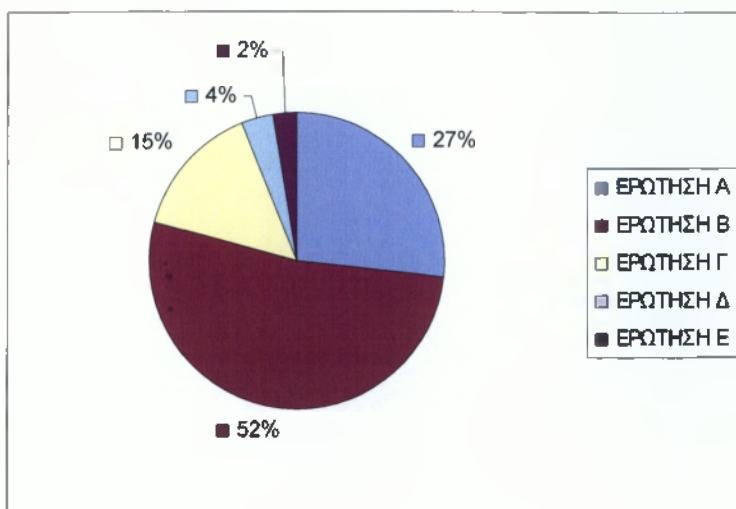
6.3.1 Γ. Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, προκύπτει το **διάγραμμα 25** ότι:

Το 52% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι **ξεπερνά στις υπάρχουσες δυνατότητες**. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι **κατά ένα μέρος πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο**, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους **είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες**. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες και διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του

φορέα τους, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες φαίνεται να **γίνεται συστηματικά και αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται**. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται **λιγότερο συχνά και όχι όσο συχνά χρειάζεται**, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα **γίνεται, αλλά με καθυστέρηση**. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας σας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι**, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **καταγράφεται, αλλά όχι συστηματικά**.

Από την άλλη μεριά, το 27% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι **ανταποκρίνεται στις υπάρχουσες δυνατότητες**. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι **πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο**, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους **είναι αποτελεσματικές και απλές**. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, **φαίνεται να γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται**, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες. Όσον αφορά τις διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους, **είναι αποτελεσματικές και απλές**, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται **όσο συχνά χρειάζεται**, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα **γίνεται έγκαιρα**. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι**, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **καταγράφεται συστηματικά**.



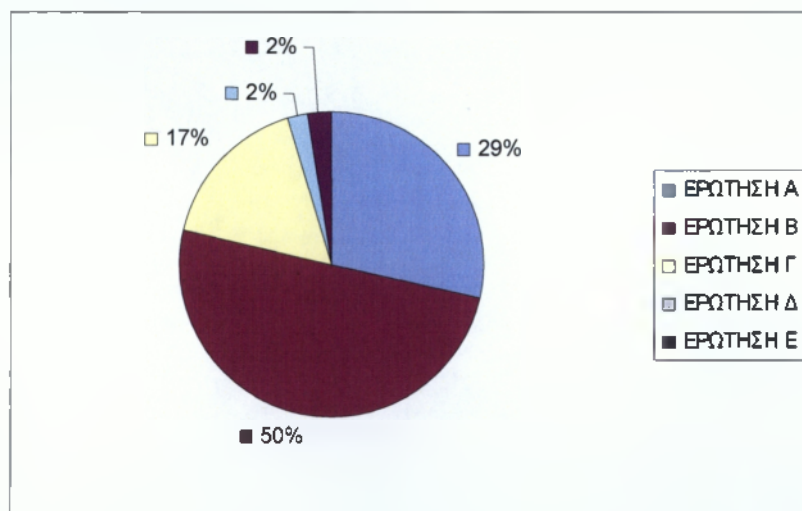
Διάγραμμα 25 Διερεύνηση Ποιότητας Διαδικασιών Μονάδων Υγείας.

6.3.2 Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, προκύπτει το **διάγραμμα 26** ότι:

Το 50% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι **ξεπερνά στις υπάρχουσες δυνατότητες**. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι **κατά ένα μέρος πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο**, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους **είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες**. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες και διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες φαίνεται να **γίνεται συστηματικά και αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται**. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται **λιγότερο συχνά και όχι όσο συχνά χρειάζεται**, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα **γίνεται, αλλά με καθυστέρηση**. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας σας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι**, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **καταγράφεται, αλλά όχι συστηματικά**.

Από την άλλη μεριά, το 29% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι **ανταποκρίνεται στις υπάρχουσες δυνατότητες**. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι **πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο**, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους **είναι αποτελεσματικές και απλές**. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, **φαίνεται να γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται**, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες. Όσον αφορά τις διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους, **είναι αποτελεσματικές και απλές**, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται **όσο συχνά χρειάζεται**, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα **γίνεται έγκαιρα**. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι**, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **καταγράφεται συστηματικά**.



Διάγραμμα 26 Διερεύνηση Ποιότητας Διαδικασιών Μονάδων Υγείας.

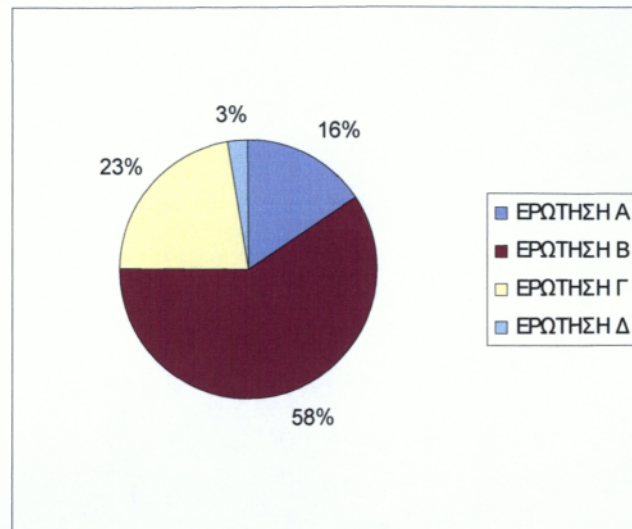
6.3.3 Γ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, προκύπτει το **διάγραμμα 27** ότι:

Το 58% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι **ξεπερνά στις υπάρχουσες δυνατότητες**. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι **κατά ένα μέρος πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο**, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους **είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες**. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες και διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες φαίνεται να **γίνεται συστηματικά και αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται**. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται **λιγότερο συχνά και όχι όσο συχνά χρειάζεται**, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα **γίνεται, αλλά με καθυστέρηση**. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας σας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι**, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), **καταγράφεται, αλλά όχι συστηματικά**.

Από την άλλη μεριά, το 16% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι **ανταποκρίνεται στις υπάρχουσες δυνατότητες**. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι **πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο**, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους **είναι αποτελεσματικές και απλές**. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, **φαίνεται να γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται**, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες. Όσον αφορά τις διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους, **είναι αποτελεσματικές και απλές**, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται **όσο συχνά χρειάζεται**, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα **γίνεται έγκαιρα**. Τέλος, οι χρήστες

των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), καταγράφεται συστηματικά.



Διάγραμμα 27 Διερεύνηση Ποιότητας Διαδικασιών Μονάδων Υγείας.

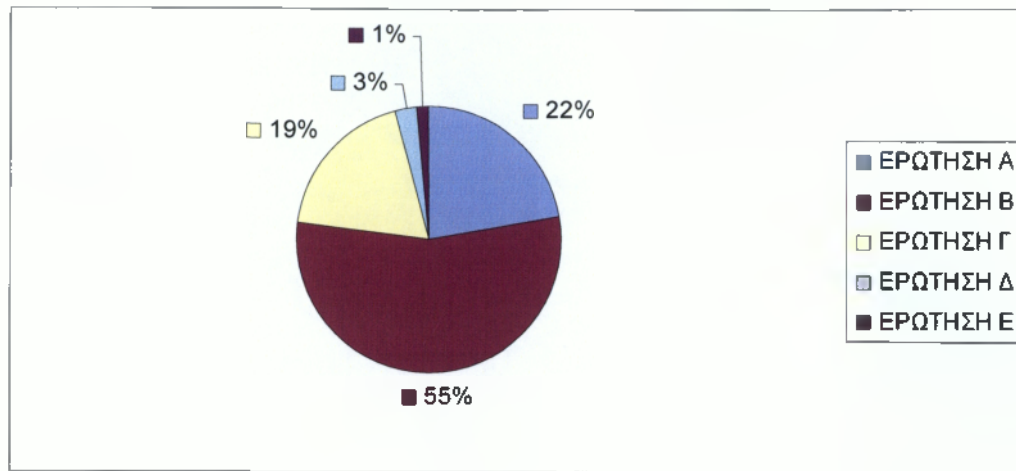
6.3.4 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, προκύπτει το **διάγραμμα 28**, όπου και παρατηρούμε ότι και τα τρία νοσοκομεία δεν αποκλίνουν στις απαντήσεις ότι:

Το 55% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι **ξεπερνά στις υπάρχουσες δυνατότητες**. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι **κατά ένα μέρος πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο**, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους **είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες**. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες και διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες φαίνεται να **γίνεται συστηματικά και αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται**. Επιπλέον, η συμμετοχή του

προσωπικού της μονάδας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται *λιγότερο συχνά και όχι όσο συχνά χρειάζεται*, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα γίνεται, *αλλά με καθυστέρηση*. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας σας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), *είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι*, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), *καταγράφεται, αλλά όχι συστηματικά*.

Από την άλλη μεριά, το 22% των ερωτηθέντων, απάντησε ότι ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας και η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζονται συνήθως στην μονάδα τους, φαίνεται ότι *ανταποκρίνεται στις υπάρχουσες δυνατότητες*. Επίσης οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους είναι *πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο*, ενώ οι διαδικασίες που ακολουθούν στην μονάδα τους *είναι αποτελεσματικές και απλές*. Ακόμη, η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας, *φαίνεται να γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται*, καθώς και η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες. Όσον αφορά τις διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους, *είναι αποτελεσματικές και απλές*, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα και οι άλλες εργαστηριακές μονάδες. Επιπλέον, η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται *όσο συχνά χρειάζεται*, ενώ η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα *γίνεται έγκαιρα*. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), *είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι*, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ), *καταγράφεται συστηματικά*.



Διάγραμμα 28 Διερεύνηση Ποιότητας Διαδικασιών Μονάδων Υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, που εξετάστηκαν, παρουσιάζουν μια μέτρια κατάσταση της ποιότητας της υγείας. Καταρχήν, αξίζει να σημειωθεί ότι και τα τρία νοσοκομεία παρουσίασαν παρόμοια αποτελέσματα και έδιναν σχεδόν την ίδια εικόνα.

Έτσι, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, θεωρεί ότι η εργασία τους θα μπορούσε να είναι και πιο αποδοτική και πιο ποιοτική, ακόμη και για τους ίδιους πιο ευχάριστη, αν υπήρχε περισσότερη μέριμνα για τους φορείς υγείας. Για παράδειγμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και στα τρία νοσοκομεία θεωρεί ότι οι μονάδες όπως είναι τώρα δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν πάντα στις απαιτήσεις που προκύπτουν. Ακόμη, δεν γίνονται όσο συχνά πρέπει έλεγχοι για την ποιότητα της υγείας και επιπλέον δεν είναι συχνή και η επιμόρφωση του προσωπικού.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ωστόσο το γεγονός ότι ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων φαίνεται ότι δεν είναι «καθόλου» ικανοποιημένο από το χώρο εργασίας, ότι το αμέσως επόμενο μεγάλο ποσοστό, εμφανίζεται «απόλυτα» ικανοποιημένο!

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.

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

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Βασική μεθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα, και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Σύμφωνα με τον Donabedian, ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.

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

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

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

Η προσπάθεια αυτή επικεντρώθηκε αρχικά στις εργαστηριακές εξετάσεις, στην κλινική μεταβλητότητα και στις ανεπιθύμητες παρενέργειες. Η αξιοπιστία και η επαναληπτικότητα των ιατρικών εξετάσεων αποτέλεσαν αντικείμενα των πρώτων ποιοτικών ελέγχων. Τα ιατρικά μηχανήματα, και ιδιαίτερα οι διαγνωστικές συσκευές,

πρέπει να ελέγχονται και να ρυθμίζονται σωστά και τακτικά, ώστε οι ενδείξεις να μην αποκλίνουν σημαντικά από τις πραγματικές τιμές.

Εν συνεχεία, εκτός από τη μεταβλητότητα, το ενδιαφέρον εστιάστηκε και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων παρενεργειών. Οι μισές τουλάχιστον από τις παρενέργειες αυτές οφείλονταν σε ανθρώπινο λάθος, ενώ ένα περίπου 10% κατέληγε σε θάνατο. Εκτός, όμως, από τη λαθεμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (misuse), προβλήματα δημιουργούνται και από την υπερχρησιμοποίηση (overuse), καθώς και από την υποχρησιμοποίηση (underuse).

Παραδοσιακά, τουλάχιστον στη Βόρεια Αμερική, ο έλεγχος της ποιότητας είχε συνδεθεί με τον αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων γνωστών και ως ιατρικών ελέγχων (Medical Audit, MA). Οι επιθεωρήσεις αυτές, που τις διενεργούσαν κατά κανόνα επιλεγμένοι γιατροί είτε του νοσοκομείου είτε εκτός του νοσοκομείου, περιορίζονταν συνήθως σε αποσπασματικό ή τυχαίο αναδρομικό έλεγχο των ιατρικών φακέλων, με σκοπό την επισήμανση λαθεμένων επιλογών του ιατρικού προσωπικού.

Τα τελευταία χρόνια, ο ιατρικός έλεγχος, ως όρος αλλά και ως περιεχόμενο, έχει ενσωματωθεί σε μια ευρύτερη προσπάθεια κλινικού ελέγχου (Clinical Audit), η οποία χρησιμοποιείται σε νοσοκομεία που δεν έχουν ακόμα υιοθετήσει πιο ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας. Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται συνήθως η ανάπτυξη σύγχρονων μορφών κλινικού ελέγχου με τη χρήση κριτηρίων, προτύπων ή πρωτοκόλλων ως μέτρου σύγκρισης.

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Ερωτηματολόγιο υποέργου

με στόχο την Οργανωτική Λειτουργία Μονάδων Υγείας

Στοιχεία ερωτώμενου

Όνομασία Νοσοκομείου:

Διεύθυνση (οδός / αριθμός / Δήμος – Κοινότητα / Νομός) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Στοιχεία επικοινωνίας (Άτομο επικοινωνίας / τηλέφωνο /Fax / Email) :

Όνομα / Επώνυμο:

.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

.....

Email:

.....

Προσωπικά στοιχεία

1. Ηλικία

25-34		35-44		45-54		55-65	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--

2. Εκπαίδευση

Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	
Απόφοιτος Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	
Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής	
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	

3. Εμπειρία

Έτη επαγγελματικής εμπειρίας

Λιγότερο από 3έτη		Από 3 έως 10 έτη		Από 10 έως 20 έτη		Περισσότερο από 20 έτη	
----------------------	--	---------------------	--	----------------------	--	---------------------------	--

Από αυτά στον Οργανισμό :..... έτη.

Πριν την πρόσληψη σας στον Οργανισμό είχατε εργαστεί αλλού (Ναι / Όχι) ;

.....

Εάν ΝΑΙ η θέση ήταν :

στον ιδιωτικό τομέα	
στον δημόσιο τομέα	
ως ελεύθερος επαγγελματίας	

στο τμήμα (ή τμήματα) :

.....
.....

.....

Η θέση σας στο Οργανισμό είναι σε τμήμα (ή τμήματα) :

.....

<p>ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;</p>	<p>ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ;</p>
<p>Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>1. Ευελιξία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p>	<p>1. Ευελιξία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p>

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Προσαρμοστικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>2. Προσαρμοστικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Σταθερότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>3. Σταθερότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Προβλεψιμότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>4. Προβλεψιμότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Καινοτομία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>5. Καινοτομία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6. Γρήγορη εκμετάλλευση ευκαιριών</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>6. Γρήγορη εκμετάλλευση ευκαιριών</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>7. Προθυμία για πειραματισμό</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>7. Προθυμία για πειραματισμό</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>8. Ανάλυση ρίσκου</p>	<p>8. Ανάλυση ρίσκου</p>

<p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Το να είναι κάποιος προσεκτικός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Το να είναι κάποιος προσεκτικός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Αυτονομία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Αυτονομία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Προσανατολισμός στους κανόνες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>11. Προσανατολισμός στους κανόνες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>12. Αναλυτικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>12. Αναλυτικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Προσοχή στις λεπτομέρειες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>13. Προσοχή στις λεπτομέρειες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Το να είναι κάποιος ακριβής</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p>	<p>14. Το να είναι κάποιος ακριβής</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p>

<p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>15. Προσανατολισμός στη ομαδικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>15. Προσανατολισμός στη ομαδικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>16. Το να μοιράζονται οι εργαζόμενοι ελεύθερα τις πληροφορίες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>16. Το να μοιράζονται οι εργαζόμενοι ελεύθερα τις πληροφορίες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Έμφαση σε μια συγκεκριμένη κοινή νοοτροπία στον οργανισμό.</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>17. Έμφαση σε μια συγκεκριμένη κοινή νοοτροπία στον οργανισμό.</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>18. Προσανατολισμός στους ανθρώπους</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>18. Προσανατολισμός στους ανθρώπους</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>19. Δικαιοσύνη</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>19. Δικαιοσύνη</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>20. Σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p>	<p>20. Σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p>

<p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>21. Ανεκτικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>21. Ανεκτικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>22. Μη ύπαρξη τυπικότητας στις σχέσεις</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>22. Ανεπισημότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>23. Το να είναι ο εργαζόμενος βολικός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>23. Το να είναι ο εργαζόμενος βολικός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>24. Το να είναι ο εργαζόμενος ήρεμος</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>24. Το να είναι ο εργαζόμενος ήρεμος</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>25. Το να βοηθάς</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>25. Το να βοηθάς</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>26. Το να είναι ο εργαζόμενος επιθετικός</p>	<p>26. Το να είναι ο εργαζόμενος επιθετικός</p>

<p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>27. Αποφασιστικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>27. Αποφασιστικότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>28. Το να είναι ο εργαζόμενος δραστήριος</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>28. Το να είναι ο εργαζόμενος δραστήριος</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>29. Πρωτοβουλία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>29. Πρωτοβουλία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>30. Το να είναι ο εργαζόμενος σκεπτόμενος</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>30. Το να είναι ο εργαζόμενος σκεπτόμενος</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>31. Προσανατολισμός στην επίτευξη στόχων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>31. Προσανατολισμός στην επίτευξη στόχων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>32. Το να είναι ο εργαζόμενος</p>	<p>32. Το να είναι ο εργαζόμενος</p>

<p>απαιτητικός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>απαιτητικός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>33. Ατομική υπευθυνότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>33. Ατομική υπευθυνότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>34. Υψηλές προσδοκίες για απόδοση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>34. Υψηλές προσδοκίες για απόδοση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>35. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>35. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>36. Υψηλές αμοιβές για την καλή απόδοση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>36. Υψηλές αμοιβές για την καλή απόδοση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>37. Αίσθημα ασφάλειας στην εργασία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>37. Αίσθημα ασφάλειας στην εργασία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>38. Έπαινος για την καλή απόδοση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>38. Έπαινος για την καλή απόδοση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>39. Χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>39. Χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>40. Άμεση αντιμετώπιση συγκρούσεων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>40. Άμεση αντιμετώπιση συγκρούσεων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>41. Δημιουργία φίλων στη δουλειά</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>41. Δημιουργία φίλων στη δουλειά</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>42. Ταίριασμα με την εργασία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>42. Ταίριασμα με την εργασία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>43. Συνεργασία μεταξύ εργαζομένων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>43. Συνεργασία μεταξύ εργαζομένων</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>44. Ενθουσιασμός για τη δουλειά</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p>	<p>44. Ενθουσιασμός για τη δουλειά</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p>

<p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>45. Πολύωρη εργασία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>45. Πολύωρη εργασία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>46. Το να μην εξαναγκάζεται ο εργαζόμενος από πολλούς κανόνες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>46. Το να μην εξαναγκάζεται ο εργαζόμενος από πολλούς κανόνες</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>47. Έμφαση στην ποιότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>47. Έμφαση στην ποιότητα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>48. Το να έχει ο κάθε εργαζόμενος διαφορετικά χαρακτηριστικά από τους άλλους</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>48. Το να έχει κάθε ο εργαζόμενος διαφορετικά χαρακτηριστικά από τους άλλους</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>49. Το να έχει ο εργαζόμενος καλή φήμη</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>49. Το να έχει ο εργαζόμενος καλή φήμη</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο</p> <p>Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>50. Το να είναι ο εργαζόμενος κοινωνικά ικανός/ υπεύθυνος</p>	<p>50. Το να είναι ο εργαζόμενος κοινωνικά ικανός/ υπεύθυνος</p>

<p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>51. Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>51. Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>52. Το να έχει ο εργαζόμενος ξεκάθαρη καθοδηγητική φιλοσοφία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>52. Το να έχει ο εργαζόμενος ξεκάθαρη καθοδηγητική φιλοσοφία</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>53. Ανταγωνισμός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>53. Ανταγωνισμός</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>54. Καλή οργάνωση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>54. Καλή οργάνωση</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>55. Είμαι ικανοποιημένος/η από τους προϊσταμένους μου</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>56. Είμαι ικανοποιημένος/η από τους συνεργάτες μου</p> <p>Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

57. Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιεχόμενο της εργασίας μου

Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου

58. Είμαι ικανοποιημένος από την αμοιβή μου

Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου

59. Είμαι ικανοποιημένος από τις προσδοκίες παραγωγής

Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου

60. Συνολικά είμαι ικανοποιημένος από την εργασία μου

Απόλυτα Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου

Καλαμάτα, 01/02/2009

Συνοδευτική επιστολή

Αγαπητέ Κύριε / Αγαπητή Κυρία,

Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι το ΤΕΙ Καλαμάτας εκπονεί ερευνητικό πρόγραμμα με τίτλο «Αξιολόγηση μονάδων υγείας» με Επιστημονικό Υπεύθυνο του έργου τον Αν. Καθηγητή Ν. Πολύζο. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι το ΤΕΙ Καλαμάτας εκπονεί επιστημονικό έργο

Στα πλαίσια της ερευνητικού προγράμματος θα γίνει προσπάθεια διερεύνησης σημαντικών αρχών / λειτουργιών διοίκησης μονάδων υγείας με στόχο την επεξεργασία προτάσεων βελτίωσης. Στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος θα υλοποιηθούν τα εξής υποέργα:

- Καταγραφή και ανάλυση της λειτουργικής και οικονομικής απόδοσης των μονάδων υγείας.
- Καταγραφή και ανάλυση της οργανωτικής κατάστασης των μονάδων υγείας.
- Καταγραφή και ανάλυση εφαρμογής συστημάτων λογιστικής – κοστολόγησης.
- Καταγραφή και ανάλυση εφαρμογής συστημάτων πληροφορικής.
- Καταγραφή και ανάλυση ποιότητας διαδικασιών.


Για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων έχουν σχεδιαστεί κατάλληλα ερωτηματολόγια που στέλνονται σε στελέχη νοσοκομείων. Το συνημμένο ερωτηματολόγιο αφορά το υποέργο «Καταγραφή και ανάλυση ποιότητας διαδικασιών» και υπεύθυνος για την υλοποίηση του είναι ο Επίκουρος Καθηγητής κ. Θεόδωρος Τσέκος. Η γνώμη σας, μας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την επιτυχή ολοκλήρωση του ερευνητικού μας έργου για αυτό παρακαλώ για την συμπλήρωση και αποστολή του ερωτηματολογίου στο email: ttsekos@gmail.com.

Θα ήθελα, επίσης να σας διαβεβαιώσω ότι τα στοιχεία που θα συλλεγούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στα πλαίσια του παραπάνω έργου και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές.

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση παρακαλώ να επικοινωνήσετε με τον κ. Θεόδωρο Τσέκο στο email ttsekos@gmail.com

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία και τον χρόνο που θα διαθέσετε.

Με εκτίμηση



N. Πολύζος
Αναπλ. Καθηγητής

Νικόλαος Πολύζος

Παναγόπουλος Ιωάννης

Αναπληρωτής Καθηγητής

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Ερωτηματολόγιο υποέργου

**με στόχο τη διερεύνηση Ποιότητας Διαδικασιών των
Μονάδων Υγείας**

Στοιχεία ερωτώμενου

Όνομασία Νοσοκομείου:

Διεύθυνση (οδός / αριθμός / Δήμος – Κοινότητα / Νομός) :

.....

.....

.....

Στοιχεία επικοινωνίας (Άτομο επικοινωνίας / τηλέφωνο /Fax / Email) :

Όνομα / Επώνυμο:

.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

.....

Email:

.....

Προσωπικά στοιχεία

4. Ηλικία

25-34		35-44		45-54		55-65	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--

5. Εκπαίδευση

Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	
Απόφοιτος Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	
Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής	
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	

6. Εμπειρία

Έτη επαγγελματικής εμπειρίας

Λιγότερο από 3έτη		Από 3 έως 10 έτη		Από 10 έως 20 έτη		Περισσότερο από 20 έτη	
----------------------	--	---------------------	--	----------------------	--	---------------------------	--

Από αυτά στον Οργανισμό :..... έτη.

Πριν την πρόσληψη σας στον Οργανισμό είχατε εργαστεί αλλού (Ναι / Όχι) ;

.....

Εάν ΝΑΙ η θέση ήταν :

στον ιδιωτικό τομέα	
στον δημόσιο τομέα	
ως ελεύθερος επαγγελματίας	

στο τμήμα (ή τμήματα) :

.....

.....

Η θέση σας στο Οργανισμό είναι στο τμήμα (ή τμήματα) :

.....

.....

Παρακαλώ για τα παρακάτω ερωτήματα σημειώστε την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα τον Οργανισμό που εργάζεστε:

1. Ο συνήθης φόρτος εργασίας της μονάδας σας (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα)
 - a. ανταποκρίνεται στις υπάρχουσες δυνατότητες
 - b. ξεπερνά τις υπάρχουσες δυνατότητες
 - c. είναι μικρότερος από τις υπάρχουσες δυνατότητες

2. Η σοβαρότητα των περιπτώσεων που χειρίζεστε συνήθως στην μονάδα σας (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα)
 - a. ανταποκρίνεται στις υπάρχουσες δυνατότητες
 - b. ξεπερνά τις υπάρχουσες δυνατότητες
 - c. είναι χαμηλότερη από τις υπάρχουσες δυνατότητες

3. Οι διαδικασίες που ακολουθείτε στην μονάδα σας (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα)
 - a. Είναι πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο
 - b. Είναι κατά ένα μέρος πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο

- c. Είναι πλήρως τυποποιημένες χωρίς πιστοποίηση
 - d. Είναι μερικώς τυποποιημένες χωρίς πιστοποίηση
 - e. Δεν είναι τυποποιημένες
4. Οι διαδικασίες που ακολουθείτε στην μονάδα σας (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα)
- a. Είναι αποτελεσματικές και απλές
 - b. Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες
 - c. Είναι αναποτελεσματικές
5. Η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας σας (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα)
- a. Γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται
 - b. Γίνεται συστηματικά αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται
 - c. Γίνεται αλλά χωρίς συστηματικό τρόπο
 - d. Δεν γίνεται
6. Η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με τις άλλες μονάδες (Κλινικές, Υπηρεσίες, Διευθύνσεις, Τμήματα)
- a. Γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται
 - b. Γίνεται συστηματικά αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται
 - c. Γίνεται αλλά χωρίς συστηματικό τρόπο
 - d. Δεν γίνεται
7. Οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα σας (Διευθύνσεις, Τμήματα)
- a. Είναι αποτελεσματικές και απλές
 - b. Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες
 - c. Είναι αναποτελεσματικές
8. Οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα σας (Κλινικές, Υπηρεσίες, Τμήματα)
- a. Είναι αποτελεσματικές και απλές
 - b. Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες

- c. Είναι αναποτελεσματικές
9. Οι διαδικασίες που ακολουθούν οι άλλες εργαστηριακές μονάδες του φορέα σας (Κλινικές, Υπηρεσίες, Τμήματα)
- a. Είναι αποτελεσματικές και απλές
 - b. Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες
 - c. Είναι αναποτελεσματικές
10. Η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται
- a. Όσο συχνά χρειάζεται
 - b. Λιγότερο συχνά από όσο χρειάζεται
 - c. Περισσότερο συχνά από όσο χρειάζεται
11. Η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα σας
- a. Γίνεται έγκαιρα
 - b. Γίνεται αλλά με καθυστέρηση
 - c. Δεν γίνεται – ακολουθούνται κλασσικοί τρόποι εργασίας
12. Οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας σας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ)
- a. Είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι
 - b. Είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι
 - c. Είναι συνήθως λίγο ικανοποιημένοι
 - d. Είναι συνήθως δυσαρεστημένοι
13. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας σας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ)
- a. Καταγράφεται συστηματικά
 - b. Καταγράφεται αλλά όχι συστηματικά
 - c. Δεν καταγράφεται

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Angelopoulou P., Kangis P., Babis G., (1998). Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Quality Assurance*.
2. Azzolini M. & Shillader J., (1993). Internal service quality: winning from the inside out.
3. Balestracci D. & Barlow J.L., (1996). *Quality Improvement: Practical applications for Medical Group Practice*. Englewood, Colorado: Center for Research in Ambulatory Healthcare Administration.
4. Batalden P.B., (1996). Vision for Change. Presented at the Interdisciplinary Professional Education Collaborative- Second Milestone Conference, Institute for Healthcare Improvement, Philadelphia, Penn., (November 1-2).
5. Brook C., (1999). Motivation for improving quality: personal and international perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*.
6. Chauvel A., (1994). Quality in Europe, *Total Quality Management*. Vol. 5, No 5, pp on.
7. Cooke R., and Lafferty J. (1983,1986,1987,1989,1994). *Organizational Culture Inventory (OCI)*, MI: Human Synergistics Plymouth
8. Crosby P., (1980). *Quality is Free*. New York, NY: Mentor Books.
9. Deming W.E., (1982). *Quality, productivity and competitive position*. Cambridge, Mass: Massachusetts, Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
10. Deming W.E., (1993). *The New Economics for Industry, Government, Education*. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
11. Donabedian A., (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
12. Donabedian A., (1992). The Role of outcomes in Quality Assessment and Assurance, *Quality Review Bulletin*, Vo. 18, No 11, pp 356- 360.
13. Donabedian A., (1996). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166- 203.
14. Donelan K. The costs of health system change: public discontent in five nations.
15. Evans R.J., & Lindsay M.W. *The Management and control of quality*.

16. Freeman R., (1998). Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*.
17. Fritzsimmmons P. & White T.. (1997). Medicine management: a conflict facing general practice. *Journal of Management in Medicine*.
18. Garnson, (1929). An introduction to the History of Medicine.
19. Garvin D.A. (1988). *Managing Quality: The strategic and competitive edge*. New York: The Free Press.
20. Gold B.S., Kitz D.S., Lecky J.H. & Neuhaus J.M., (1993). Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. *Journal of the American Medical Association*, 62, 21, 3008- 3010.
21. Green J. & Wintfeld N.. (1993). How accurate are hospital discharge data for evaluating effectiveness of care? *Medical Care*, 31: 719- 731.
22. Hook D.. (1973). The Edwin Smith surgical papyrus.
23. Ishikawa K., (1985). What is Total Quality Progress. August, pp 19- 24.
24. Juran J., (1986). "The Quality Trilogy", *Quality Progress*. August, pp 19- 24.
25. Lighter D.E. & Fair D.C., (2000). *Principles and Methods of Quality Management in Health care*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
26. McGlynn E.A., (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Affairs*, 16, 3, 7- 25.
27. Meisenheimer C.G., (1997). *Improving quality: A guide to effective programs*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
28. Ovretveit J., (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004.
29. Parasuraman A., Zeithaml V. & Berry L., (1988). Servqual: Multiple- item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64, pp 12- 40.
30. Pfeffer J., (1994). *Competitive advantage through people*. Harvard Business School Press, Boston, MA.
31. Powell T.C., (1995). Total Quality Management as competitive advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal*, Vol. 20, No 3, pp 15- 27.
32. Redman T., Snape E. & Wilkinson A., (1995). Is quality management working in the UK? *Journal of General Management*, Vol.20, No 3, pp44-59.
33. Schiff R.L., Ansel D.A., Schlosser J.E., Idris A.H., Morrison A. & Whitman S., (1986). Transfer to a Public hospital. A positive study of 467 patients. *N. Engl. J. Med.*; 314:552- 557. Welch 1989

34. Sicotte C. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance. *Health Services Management Research*. 11: 24-48.
35. Suchman E.. (1967). *Evaluative Research, Principles in Public Service and Social Action Programs*. Russell Sage Foundation, New York.
36. Van Donk P.D. & Sanders G., (1993). Organizational culture as a missing link in quality management. *International Journal of Quality and Reliability Management*. Vol. 10, No 5, pp 5-15.
37. Wacholder S., Silverman D.T., McLauhlin J.K. & Mandel J.S., (1992). Selection of controls in case- control studies. *American Journal of Epidemiology*. 135, 1029-1041.
38. Weiberg N., (2001). Using performance measures identify plans of action to improve care. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27 (12): 683-688.
39. Welch H.G., (1989). Health care tickets for the uninsured: First class, coach or standby? *N. Engl. Med.*; 321: 1261- 1264.
40. WHO (World Health Organization), (1994). *A Review of Determinants of Hospital performance: report of the WHO Hospital Advisory Group Meeting, Geneva, (11- 15 April 1994)*. Geneva, World Health Organization 1994 (document WHO/ SHS/ DHS/ 94.6).
41. WHO (World Health Organization), (2000). *Appraisal of Investments in Health systems: improving performance*. Barcelona, WHO European Office for Integrated Health Care Services.
42. Zeithaml V., Parasuraman A., & Berry L., (1990). *Delivering Quality Services*. The Free Press, New York.
43. Αγγελόπουλος Χ., (1995). Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις. Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητα στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.
44. Ξενικού Α. (2005) Μετρώντας την έννοια της κουλτούρας των οργανισμών: Το Ερωτηματολόγιο Οργανωτικής Κουλτούρας. *Ψυχολογία*, 12(1), 102-113.