



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

«ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ 6^{ης} Υ.Πε.»

ΔΙΚΑΙΟΣ Ι. ΒΟΥΔΙΓΑΡΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΛΕΝΗ ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

MSc ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Ε.Σ.Υ.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2009

«Η ποιότητα δεν είναι μια ενέργεια, είναι μια συνήθεια.»

Αριστοτέλης

*«Η ποιότητα δεν είναι ποτέ τυχαία. Είναι πάντοτε το αποτέλεσμα
υψηλού βαθμού διάθεσης, ειλικρινούς προσπάθειας, ευφυούς
καθοδήγησης και επιδέξιας εκτέλεσης. Αντιπροσωπεύει τη σοφή
επιλογή μέσα από πολλές εναλλακτικές.»*

William A. Foster

*«Ποιότητα σημαίνει να το κάνεις σωστά, όταν κανένας δεν
κοιτάζει.»*

Henry Ford

Αφιερώνεται στην οικογένεια μου, για την ηθική και υλική συμπαράσταση στα χρόνια μου ως φοιτητής, στον Στέλιο που είναι φίλος μου όλα αυτά τα χρόνια και είναι παρών σ' όλες μου τις προσπάθειες, στον καθηγητή μου της Φυσικής Βασίλη Μπάφα, επειδή με ενθάρρυνε να ρωτάω πάντα, στους καθηγητές μου των Αγγλικών Cathy και Yan, για τις ανεκτίμητες γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν και τέλος, τους συμφοιτητές μου, Γιώργο και Κωστή, οι οποίοι ήταν συγκατάοικοι μου στην τρέλλα και συνταξιδιώτες στις θάλασσες της γνώσης.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ την κα. Ελένη Σιουρούνη Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Καλαμάτας για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε με την ανάθεση του θέματος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, την διαρκή καθοδήγηση που μου προσέφερε και τις ανεκτίμητες συμβουλές για τη δομή, το περιεχόμενο και την παρουσίαση της πτυχιακής. Επίσης, ευχαριστώ τους κ. Θεόδωρο Τσέκο Επίκουρο Καθηγητή του τμήματος Τοπικής Αυτοδιοίκησης, κ. Μαυριδόγλου Γεώργιο Καθηγητή Εφαρμογών και κ. Νικόλαο Πολύζο Αναπληρωτή Καθηγητή του τμήματος ΔΜΥΠ, για τις καίριες συμβουλές και προτάσεις τους, ως προς την ανάλυση, τον σχολιασμό των αποτελεσμάτων αλλά και την ίδια την εργασία. Τον κ. Θεόδωρο Κοτσιλιέρη Καθηγητή Εφαρμογών και την κα. Αικατερίνη Καστανιώτη Επίκουρη Καθηγήτρια του τμήματος ΔΜΥΠ για τη βοήθεια τους στα τεχνικά χαρακτηριστικά της εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους λοιπούς καθηγητές του τμήματος ΔΜΥΠ, κ. Φώτιο Δρούμπαλη Επίκουρο Καθηγητή, κ. Λεωνίδα Παρασκευόπουλο Επίκουρο Καθηγητή, κα Βασιλική Παναγιωτακοπούλου, Καθηγήτρια Εφαρμογών, κ. Παναγιώτη Μπιτσάνη Εργαστηριακό Συνεργάτη, κ. Δημήτριο Κοροβέση Επιστημονικό Συνεργάτη, και κα. Βασιλική Πανταζή Επιστημονική Συνεργάτη, οι οποίοι υπομονετικά, με δίδαξαν και μ' άλλαξαν σ' ένα πιο προβληματισμένο άτομο, βοηθώντας με έτσι, να ξεπεράσω τις δυνατότητες μου και να θέσω νέους στόχους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ABSTRACT	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	13
1.1 Βιβλιογραφική επισκόπηση της ποιότητας.....	13
1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες	16
1.2.1 Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών	16
1.2.2 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών	17
1.3 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	18
1.3.1 Σημασία μέτρησης της ποιότητας.....	24
1.3.2 Οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	24
1.4 Μελέτες μέτρησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	25
1.4.1 Ελληνικές έρευνες	25
1.4.2 Διεθνείς έρευνες.....	30
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	37
2.1 Σκοπός της έρευνας.....	37
2.2 Μεθοδολογία.....	37
2.3 Ερωτηματολόγιο.....	38
2.4 Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας	40
2.4.1 Φύλο	40
2.4.2 Ηλικία	41
2.4.3 Εκπαίδευση	42
2.4.4 Ιδιότητα.....	43
2.4.5 Έτη επαγγελματικής εμπειρίας.	44
2.4.6 Τομέας απόκτησης επαγγελματικής εμπειρίας.	45
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46
3.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων της έρευνας	46
3.2 Οι στατιστικά σημαντικότερες συσχετίσεις	66
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72
Ξενόγλωσση	72
Ελληνόγλωσση	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	81
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	82

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Επίσημοι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαφορετικών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.	20
Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά Ποιότητας	22
Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την ιδιότητα.	47
Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τα έτη της επαγγελματικής εμπειρίας.	47
Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ανάλογα με την εμπειρία απασχόλησης στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.....	48
Πίνακας 6: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την εμπειρία του Ιατρικού προσωπικού.	49
Πίνακας 7: Κατανομή απαντήσεων σε επίπεδο νοσοκομείων.	50
Πίνακας 8: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.	51
Πίνακας 9: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.	52
Πίνακας 10: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.	53
Πίνακας 11: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.	54
Πίνακας 12: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.	55
Πίνακας 13: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.	56
Πίνακας 14: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των διοικητικών υπαλλήλων συνολικά και ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.	57
Πίνακας 15: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την αποτελεσματικότητα και απλότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται από άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα.	58
Πίνακας 16: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την αποτελεσματικότητα και απλότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται από άλλες εργαστηριακές μονάδες του φορέα.....	59
Πίνακας 17: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.	60

Πίνακας 18: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα.....	61
Πίνακας 19: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων στο σύνολο και ως προς την ιδιότητα.....	62
Πίνακας 20: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα.....	63
Πίνακας 21: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την ιδιότητα.....	64
Πίνακας 22: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σύμφωνα με την ιδιότητα.....	65
Πίνακας 23: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.....	66
Πίνακας 24: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων στο σύνολο και ως προς την ιδιότητα.....	67
Πίνακας 25: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την ιδιότητα.....	68

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Ραβδόγραμμα 1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.....	40
Ραβδόγραμμα 2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά γενεά.	41
Ραβδόγραμμα 3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό υπόβαθρο.	42
Ραβδόγραμμα 4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς την ιδιότητα.....	43
Ραβδόγραμμα 5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας.	44
Ραβδόγραμμα 6: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τον τομέα απόκτησης της επαγγελματικής εμπειρίας.....	45

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση ποιοτικών μεταβλητών σε 9 δημόσια νοσοκομεία της 6^{ης} Υ.Πε., οι οποίες συνδέονται με τις διαδικασίες των νοσοκομειακών μονάδων. Στόχος είναι ο εντοπισμός τυχόν διαφοροποιήσεων στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, ως προς τις υφιστάμενες διαδικασίες. Απόψεις, οι οποίες συσχετίζονται με το φύλο, την ιδιότητα, την εμπειρία και την προϋπηρεσία στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα.

Υλικό και μεθοδολογία: Η έρευνα έγινε με ερωτηματολόγιο, το οποίο απαρτιζόταν από τέσσερις (4) ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα και δεκατρείς (13) ερωτήσεις ουσίας και σχεδιάστηκε σύμφωνα με το υπόδειγμα του «διαφανούς κουτιού». Η καταχώρηση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγιναν με χρήση του Microsoft Excel 2007 και του SPSS v.16. Επιπρόσθετα, έγινε χρήση του chi square test (χ^2) για να αποκαλυφθούν τυχόν θετικές συσχετίσεις.

Αποτελέσματα: Προέκυψαν 2 θετικές συσχετίσεις, σχετικές με την ανατροφοδότηση, (μάθηση, p-value=0,038 και καινοτομία, p-value=0,002), και 1 σχετική με τις εκροές (βαθμός ικανοποίησης των χρηστών, p-value= 0,003).

Συμπεράσματα: Η ποιότητα διαδικασιών χρήζει άμεσης βελτίωσης και είναι επιτακτική η ανάγκη για ριζικές αλλαγές στις διαδικασίες μάθησης και απόκτησης εμπειρίας, και η λήψη διαρθρωτικών μέτρων μέτρων, που στόχο θα έχουν την βελτίωση της προσφερόμενης υγειονομικής φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα, διαδικασίες, αξιολόγηση, μέτρηση, βελτίωση, υγειονομική φροντίδα.

ABSTRACT

Aim: The evaluation of qualitative variables in 9 public hospital in the 6th Hygienical Region, which are connected with the procedures in hospital settings. The goal is to identify possible variations, on the views of health care professionals, as to the existing procedures. These views are related to sex, tenure and experience in the private and public sector.

Methodology: The research was conducted via questionnaire, which consisted of four (4) demographical questions and thirteen (13) questions in regards to the subject. It was designed in accordance with the “transparent box” model. For the recording and processing purposes of the results, Microsoft Excel 2007 and SPSS v.16 were employed. In addition, chi square test (χ^2) was used in order to reveal possible positive correlations.

Results: Two positive correlations emerged relating to feedback, (learning, p-value=0,038 and innovation, p-value=0,002), and 1 concerning the outputs (user satisfaction, p-value=0,003).

Conclusions: The procedural quality requires immediate improvement and there is an urgent need for radical changes in the experiential and learning processes, as well as the adoption of structural measures, which will aim to the improval of the health care delivered.

Keywords: quality, procedures, evaluation, measurement, improving, health care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ποια είναι η σημασία της ποιότητας στις επιχειρήσεις; Πως γίνεται να μιλάμε για ποιότητα σ' ένα χώρο όπου παραδοσιακά κυριαρχούν η ποσότητα, η παραγωγικότητα, οι φιλόδοξοι στόχοι, τα νούμερα, το χρήμα, ο τζίρος και το ταμείο; (Αλεξάκης, 2006.). Η ποιότητα, είναι μια έννοια, η οποία έχει ερευνηθεί αρκετά, τόσο στο χώρο της βιομηχανίας και των επιχειρήσεων, όσο και στον κλάδο της υγείας. Στον τομέα της υγείας, τα πράγματα είναι πιο δαιδαλώδη, αφού εμφορείται από συγκεκριμένες οργανωτικές ιδιαιτερότητες. (Σιουρούνη, 2006).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, με θέμα: «Ποιοτική αξιολόγηση δημόσιων νοσοκομείων της 6^{ης} Υ.Πε.», εκπονήθηκε στα πλαίσια υπο-έργου, ερευνητικού προγράμματος, με επιστημονικό υπεύθυνο τον κ. Νικόλαο Πολύζο Αναπληρωτή Καθηγητή. Σαν σκοπό έχει την αξιολόγηση -ως προς την ποιότητα- μεταβλητών, οι οποίες συνδέονται με τις διαδικασίες των νοσοκομειακών μονάδων. Στόχος της, είναι ο εντοπισμός τυχόν διαφοροποιήσεων στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, ως προς τις υφιστάμενες διαδικασίες. Απόψεις, οι οποίες συσχετίζονται με το φύλο, την ιδιότητα, την εμπειρία και την προϋπηρεσία στον ιδιωτικό ή και τον δημόσιο τομέα.

Η διερεύνηση της ποιότητας, είναι καίριας σημασίας, αφού είναι δυνατό να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία ωφελούν το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον κλάδο της υγείας, τους ασθενείς και τους οργανισμούς των νοσοκομείων. Η βιβλιογραφία, είναι πλούσια σε μελέτες μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας, μέσω διερεύνησης ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι δείκτες, είναι αυτοί της διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών και της ικανοποίησης των εργαζομένων, με τον πρώτο να υπερτερεί βιβλιογραφικά, του δεύτερου.

Για την ανάπτυξη του θεωρητικού μέρους, έγινε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, που στόχο είχε την καλύτερη κατανόηση και αποτύπωση της έννοιας της ποιότητας, αλλά και εύρεση παρόμοιων μελετών στον ελληνικό και διεθνή χώρο. Για την εκπόνηση της έρευνας, σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο, σύμφωνα με το υπόδειγμα του «διαφανούς κουτιού», το οποίο μοιράστηκε στο στελεχιακό δυναμικό 9 δημόσιων νοσοκομείων της περιφέρειας Πελοποννήσου.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται μια παρουσίαση της ποιότητας, όπως αυτή παρουσιάζεται στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, γενικά στο χώρο των επιχειρήσεων και σε ότι αφορά τις υπηρεσίες. Στη συνέχεια, γίνεται μια προσέγγιση της έννοιας στον χώρο της υγείας, όπου αναφέρονται η σημασία και τα οφέλη από την μέτρηση της ποιότητας. Επιστημονικά, γίνεται μια ανασκόπηση μελετών, οι οποίες έχουν λάβει χώρα στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται το υλικό και η μέθοδος της έρευνας. Αναφέρεται, ο σκοπός της μελέτης και περιγράφεται η μεθοδολογία και οι περιορισμοί της έρευνας. Τέλος, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος υπό την μορφή ραβδογραμμάτων.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων, μέσω της μελέτης πινάκων, οι οποίοι προκύπτουν από τις απαντήσεις του δείγματος και την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Επίσης, γίνεται αναφορά στις πιο σημαντικές, στατιστικά, συσχετίσεις, που απορρέουν από την ανάλυση των απαντήσεων, με χρήση του chi square test.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων, παρατίθενται τα συμπεράσματα που προκύπτουν απ' αυτά και γίνονται κάποιες προτάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τα εξεταζόμενα νοσοκομεία, στην ποιοτική εξέλιξη τους στο μέλλον.

1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

1.1 Βιβλιογραφική επισκόπηση της ποιότητας

Η αναζήτηση της ποιότητας, ανάγεται στα αρχαία χρόνια, μέσα από πληροφορίες που διαθέτουμε για τον ποιοτικό έλεγχο της καταλληλότητας των χρηστικών αντικειμένων (όπως αγγείων). Στα νεότερα χρόνια και συγκεκριμένα στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, ο ποιοτικός έλεγχος αρχίζει να εφαρμόζεται συστηματικά στη βαριά βιομηχανία, και πιο ειδικά στις κατασκευές, στην αυτοκινητοβιομηχανία και στην αεροπορική βιομηχανία. Ο κλάδος των τροφίμων και η φαρμακοβιομηχανία ενδιαφέρονται εξίσου για την τήρηση των ποιοτικών προδιαγραφών, στην παραγωγή και διάθεση των προϊόντων τους (Αλεξάκης, 2006).

Η ποιότητα, είναι μια έννοια που εύκολα γίνεται αντιληπτή ως θετική, χωρίς ωστόσο να ορίζεται με απόλυτη ακρίβεια. Ένας ακριβής καθολικός ορισμός, είναι ανέφικτο να υπάρξει, λόγω της ευρύτητας της έννοιας της ποιότητας. Ετυμολογικά, προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης», με ρίζα το «ποιος – τι λογής» και σημαίνει το ποιόν, τη φύση ή την εσωτερική υπόσταση ενός προσώπου ή πράγματος, καθώς και το σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα εμπόρευμα, σε σχέση με τα ομοειδή του. Θεωρητικά, η ποιότητα είναι υποκειμενική έννοια, καθώς εξαρτάται από τον κριτή (Κέφης, 2005). Τροποποιείται και διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται (για παράδειγμα, διαφορετικά γίνεται αντιληπτή η «ποιότητα» στα προϊόντα και διαφορετικά στις υπηρεσίες), όπως και στο βαθμό στον οποίο εκφράζει τις πραγματικές ανάγκες των πελατών, οι οποίες συνδέονται με χρονικές αλλά και χωρικές παραμέτρους (Casson, 1992).

Ο ορισμός της ποιότητας έχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη/χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα, συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού, συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στη φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και γι' αυτό τον λόγο

τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη (Κωσταγιόλας κ. συν., 2008).

Ο Crosby (1980), προσδιόρισε την ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, ως τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις/ προδιαγραφές του. Ο Feigenbaum (1983), τη θεωρεί ως ένα σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία, όταν αποδοθούν σε χρήση, θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη. Ο Ishikawa (1985), κάνει διαχωρισμό μεταξύ ευρύ και στενού ορισμού της ποιότητας.

Στην ευρεία ερμηνείας της, η ποιότητα συναποτελείται από: 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. Ο Juran (1986) ορίζει την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση». Ο Deming (1993) υποστηρίζει πως είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη. Οι Reeves & Bednar (1994) την προσέγγισαν ως: i) Αριστεία (Excellence), ii) Αξία (Value), iii) Συμμόρφωση με τις προδιαγραφές (Conformance to specifications), iv) Κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών (Meeting Customer Expectations).

Σύμφωνα με τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις πραγματικές (εκφρασμένες ή συνεπαγόμενες) ανάγκες των χρηστών (ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000). Για τον Δερβιτσιώτη, η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν/υπηρεσία) είναι η προσφερόμενη στον πελάτη αξία για τη συνολική διάρκεια χρήσης του προϊόντος/υπηρεσίας, σε σχέση με το συνολικό οικονομικό και ψυχολογικό κόστος για τον κύκλο ζωής του είδους (Δερβιτσιώτης, 2001).

Οι Evans & Lindsay, υποστηρίζουν πως ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay, 2007). Σύμφωνα με τον John Ovretveit, κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας, θα πρέπει να συμπεριληφθούν α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τί 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. Ο Ovretveit

την ορίζει ως «την ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» (Ongretveit, 2004), ενσωματώνοντας σ' αυτόν τον ορισμό τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παράπονά 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.

Ο Μπουραντάς (2002), αναφέρει πως η ποιότητα εκφράζει τον βαθμό στον οποίον ένα προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται με αξιοπιστία στις προδιαγραφές (πρότυπα) στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται με βάση το σχεδιασμό του. Το ραγδαία μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η διαρκώς εξελισσόμενη τεχνολογία, θέτουν σε αμφισβήτηση τις αντιλήψεις μας για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από τις ιδέες για την ποιότητα, έχουν βασιστεί στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες εγγύησης ποιότητας ή ελέγχου ποιότητας (Παπανικολάου, 2007).

1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες

1.2.1 Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών

Οι Parasuraman *et al.* (1988), έδειξαν πως ανεξάρτητα από τη φύση της παρεχόμενης υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν τα ίδια κριτήρια περίπου για να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Τα κριτήρια κατατάσσονται σε δέκα κατηγορίες, οι οποίες ονομάζονται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών». Αυτές είναι:

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.

Οι Zeithaml *et al.* (1990), ανακάλυψαν, πως μερικές από τις δέκα διαστάσεις συσχετιζόνταν μεταξύ τους. Αυτό οδήγησε στο SERVQUAL (service - quality), το οποίο είχε τις εξής πέντε διαστάσεις: φυσικό περιβάλλον (tangibility), αξιοπιστία (reliability), ανταπόκριση (responsiveness), διασφάλιση (assurance), κατανόηση (empathy).

1.2.2 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών

Σύμφωνα με την Β. Παπανικολάου (2007), οι υπηρεσίες έχουν κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία τις διαφοροποιούν από τα προϊόντα. Αυτά είναι τα παρακάτω:

1. Οι υπηρεσίες δεν είναι κάτι το απτό και γι' αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να τις προσδιορίσει και να τις εξηγήσει αυτός που τις παρέχει, ενώ δύσκολη μπορεί να είναι και η αξιολόγηση τους από τον πελάτη.
2. Συχνά, ο πελάτης, συμμετέχει άμεσα στην παραγωγή κάποια υπηρεσίας.
3. Σε μεγάλο βαθμό, οι υπηρεσίες καταναλώνονται τη στιγμή κατά την οποία παράγονται. Οι υπηρεσίες, δεν μπορούν να αποθηκευτούν ή να μεταφερθούν.
4. Όταν ο πελάτης πληρώνει για κάποια υπηρεσία, δε γίνεται ιδιοκτήτης κάποιου πράγματος,
5. Οι υπηρεσίες είναι δραστηριότητες ή διαδικασίες και επομένως, δεν μπορεί να τις ελέγξει ο πελάτης προτού τις αγοράσει,
6. Πολλές φορές, οι υπηρεσίες αποτελούνται από ένα σύστημα υπο-υπηρεσιών. Ο πελάτης αποτιμά το σύνολο όλων αυτών των υπηρεσιών. Η ποιότητα και η ελκυστικότητα της υπηρεσίας εξαρτάται από τη συνολική εμπειρία την οποία είχε ο πελάτης.

1.3 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Ο Avedis Donabedian (1980), πατέρας της ποιότητας στον τομέα της υγείας, όρισε τρεις παραμέτρους, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη ποιότητα στη φροντίδα υγείας. Η πρώτη, είναι το τεχνικό μέρος και αφορά στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των άλλων επιστημών της υγείας. Η δεύτερη, είναι το διαπροσωπικό μέρος και αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τους ανθρώπους που απασχολούνται στον τομέα της υγείας. Τέλος η τρίτη παράμετρος, είναι η ξενοδοχειακή υποδομή και αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις υποδομές, από τις οποίες εξαρτώνται η διαμονή και οι ανέσεις του ασθενή. Έτσι όρισε την ποιότητα φροντίδας, ως «αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σ' όλα τα επιμέρους σημεία». Αργότερα (1988), έδωσε τρεις ορισμούς, υποστηρίζοντας πως κανένας ορισμός δεν είναι αρκετός, δίνοντας έμφαση έτσι στη δυσκολία ορισμού και αποσαφήνισης της έννοιας της ποιότητας, η οποία, έγκειται στη πολυσχιδή φύση της, ανάλογα δηλαδή με το οπτικό πρίσμα προσέγγισης της. Οι ορισμοί είναι οι παρακάτω:

Απόλυτος ορισμός: Διερεύνηση της πιθανότητας του οφέλους και της βλάβης στην υγεία, από την πλευρά των θεραπειών. Μηδαμινή σημασία κόστους.

Εξατομικευμένος ορισμός: Προσανατολισμός στις προσδοκίες του ασθενή όσον αφορά το όφελος και/ή την ζημιά και άλλες ανεπιθύμητες συνέπειες.

Κοινωνικός ορισμός: Εσωκλείει το κόστος φροντίδας, την συνοχή του οφέλους/ζημίας και την παροχή φροντίδας υγείας, εξεταζόμενη από την πλευρά του πληθυσμού.

Ο Donabedian (1988), προσέγγισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως προς τρεις κύριους τομείς:

- ⇒ **Δείκτες δομής:** Πόροι, προσωπικό, εξοπλισμός, εγκαταστάσεις, πληροφοριακά συστήματα
- ⇒ **Δείκτες διαδικασίας:** Προληπτική φροντίδα, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, ενημέρωση και εκπαίδευση.
- ⇒ **Δείκτες αποτελέσματος:** Κατάσταση υγείας, αποτελέσματα φροντίδας, κατάσταση καλής υγείας ασθενή, ικανοποίηση ασθενή, αποδοτικότητα χρήσης πόρων.

Στη συνέχεια, ο Donabedian (1990), παρουσίασε τα επτά χαρακτηριστικά της ποιότητας στην υγεία. Αυτά είναι:

- 1) **Κλινική αποτελεσματικότητα** (Efficacy): Η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.
- 2) **Αποτελεσματικότητα** (Effectiveness): Ο βαθμός στον οποίο υλοποιούνται ρεαλιστικές υγειονομικές βελτιώσεις.
- 3) **Αποδοτικότητα** (Efficiency): Η ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος.
- 4) **Βελτιστότητα** (Optimality): Το ισοζύγιο κόστος-όφελος με τα μέγιστα πλεονεκτήματα
- 5) **Αποδεκτικότητα** (Acceptability): Η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά στην προσπελασιμότητα, τη σχέση επαγγελματία – ασθενή, τις παροχές, τις συνέπειες της φροντίδας καθώς και το κόστος της.
- 6) **Νομιμότητα** (Legitimacy): Συσχετίζεται με τα παραπάνω χαρακτηριστικά.
- 7) **Δίκαιη διανομή ωφελειών** (Equity): Η δίκαιη κατανομή της παρεχόμενης φροντίδας και οι επιπτώσεις που έχει στην υγεία.

Σύμφωνα με τον Maxwell (1984a,1984b), η ποιότητα εξαρτάται από τις παρακάτω παραμέτρους:

- 1) **Προσπελασιμότητα**: Τα οποιαδήποτε εμπόδια καταργούνται και η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ελεύθερη. Τα εμπόδια μπορεί να είναι γεωγραφικά, οικονομικά, γλωσσικά κ.ά.
- 2) **Ισότητα**: Ίση μεταχείριση ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση.
- 3) **Κοινωνική αποδοχή**: Η αντίληψη του πελάτη όσον αφορά τη παροχή των υπηρεσιών, τα σχόλια του και η αξιολόγηση της υπηρεσίας η οποία του παρέχεται.
- 4) **Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες**: Συμφωνία μεταξύ των αναγκών των ατόμων της αρρώστιας και της αναπηρίας.
- 5) **Αποδοτικότητα**: Το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.
- 6) **Τεχνική αποτελεσματικότητα**: Η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία του ασθενή.

Η δεκαετία του 1990 συνδυάστηκε με σοβαρή κρίση στις υγειονομικές υπηρεσίες των ανεπτυγμένων χωρών. Το σημαντικότερο πρόβλημα ήταν και παραμένει το έλλειμμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από το κράτος και τη κοινωνική ασφάλιση. Αλλά και στο τομέα παροχής των φροντίδων υγείας υπάρχει αύξηση της συζήτησης και εφαρμογής διαχειριστικών και ελεγκτικών συστημάτων με στόχο τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας. Πολλές χώρες στην Ευρώπη προσπαθούν να ρυθμίσουν και να διαχειριστούν τις αγορές φροντίδων υγείας (regulated markets or managed care) και παράλληλα να θέσουν προτεραιότητες με βάση τις αυξανόμενες ανάγκες (Πολύζος, 2007). Οι οργανισμοί υγείας και οι μέθοδοι εξελίσσονται με μεγάλο ρυθμό. Είναι δύσκολο να υιοθετηθούν οι νέες εξελίξεις και ταυτόχρονα να διατηρηθεί ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας (Blumenthal, 1996; Onretveit, 2000; Rigby, 2000; Kunkel&Westerling, 2006). Η ποιότητα στον τομέα της υγείας, είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση συγκριτικά με αυτή στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό, η βασική μεθοδολογία και τα αντίστοιχα εργαλεία της, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν την εφαρμογή τους στην υγεία (Τούντας, 2003a).

Παρακάτω παρατίθενται κάποιοι επίσημοι ορισμοί στις υπηρεσίες υγείας, μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση:

Πίνακας 1: Επίσημοι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαφορετικών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Γαλλία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος/υπηρεσίας που το καθιστούν ικανό να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες.
Γερμανία	Η ποιότητα και η αποδοτικότητα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων, πρέπει να συναντούν το γενικό επίπεδο ιατρικής γνώσης και ανάπτυξης (SGB V 2 (1) sentence 3 + 70 (1) + 137 sentences 1&2).
	<ul style="list-style-type: none"> • Διαπροσωπική (συμμόρφωση των ιατρικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων με τις αξίες, τα δικαιώματα καθώς και τις ανάγκες των ασθενών). • Οικονομική (οι τεθέντες σκοποί επιτεύχθηκαν με αποδοτική χρήση των πόρων).
Βέλγιο	Η ποιότητα* ορίζεται ως το σύνολο των αναγκαίων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών, ώστε να ικανοποιούνται οι εκφρασμένες και οι συνεπαγόμενες ανάγκες υγείας του πελάτη (άτομο ή κοινότητα). (* Ο ορισμός είναι γενικός, αλλά εφαρμόζεται και στον τομέα της υγείας.)

Σουηδία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων και συνεπαγόμενων χαρακτηριστικών (ISO 8402:1994).
Φιλανδία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων και συνεπαγόμενων χαρακτηριστικών (ISO 8402:1994).
	Co-operation), τον Εθνικό Σύνδεσμο Τοπικών Αρχών (National Association of Local Authorities) και άλλες ιατρικές οργανώσεις και συνδέσμους καθώς και ερευνητικά κέντρα.
Ελβετία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας δομής, μιας διαδικασίας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που το/την καθιστούν κατάλληλο/λη για την εκπλήρωση των παρόντων απαιτήσεων [Manual for Quality Management in Swiss Hospitals (Leitfaden zum Qaulitasmanagement im Schweizerischen Krankenhaus)]
Ιρλανδία**	Ο καθορισμός της πολιτικής που αφορά στην νοσοκομειακή φροντίδα στην Ιρλανδία αποτελεί τμήμα των εργασιών του Υπουργείου Υγείας (Department of Health) και των οκτώ τοπικών Συμβουλίων Υγείας (Regional Health Boards) που έχουν την ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας. (** Δεν υπάρχει εθνικό ή τοπικό συμβούλιο με ειδική αρμοδιότητα για τον καθορισμό της ποιότητας.)
Ισπανία	Η ποιότητα ορίζεται ως η εγγύηση ότι όλες οι πλευρές της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου εκτελούνται επαρκώς, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των προσδοκιών του χρήστη και της επίτευξης υψηλού επιπέδου ικανοποίησης του.
Λουξεμβούργο	Δεν υπάρχει, προς το παρόν, επίσημος ορισμός της ποιότητας στο Λουξεμβούργο. Ωστόσο, ο Σύνδεσμος Νοσοκομείων (Hospital Association), στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών του νοσοκομείου που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες των χρηστών και να επιτυγχάνουν ένα προσδιορισμένο όριο Αριστείας»
Μεγάλη Βρετανία	Η ποιότητα ορίζεται ως η αδιάλειπτη ολική διεργασία φροντίδας, η οποία αναπτύχθηκε με ασθενοκεντρική οπτική και παρέχει μετρήσιμα αποτελέσματα σύμφωνα με τις εφαρμοζόμενες τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές.
Ολλανδία	Η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η φροντίδα ή η υπηρεσία με χαρακτηριστικά που ικανοποιούν ειδικές απαιτήσεις σύμφωνα με το τρέχον επίπεδο γνώσης και τους διαθέσιμους πόρους, καλύπτει τις προσδοκίες των ανθρώπων για οφέλη, μεγιστοποιώντας την ελαχιστοποίηση των κινδύνων υγείας και της ποιότητας της ζωής.
Πορτογαλία	Δεν υπάρχει επίσημος ορισμός της ποιότητας της φροντίδας αλλά χρησιμοποιείται ο ορισμός του Donabedian, π.χ. «η φροντίδα που παρέχει μέγιστη ευεξία και ικανοποίηση»

Πηγή: Κωσταγιόλας κ. συν., 2008, «Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας».

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2000) ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση. Ο JCAHO ανέλυσε εννιά παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν την ποιότητα στον τομέα της υγείας.

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά Ποιότητας

Καταλληλότητα (Appropriateness): Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενή, με δεδομένη την παρούσα γνώση.

Διαθεσιμότητα (Availability): Ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενή ο οποίος εξυπηρετείται.

Συνέχεια (Continuity): Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.

Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με τον σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Δραστηκότητα (Efficacy): Ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Αποδοτικότητα (Efficiency): Η αναλογία των αποδόσεων (αποτελέσματα της φροντίδας) για έναν ασθενή, προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.

Σεβασμός και φροντίδα (Respect and caring): Ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.

Ασφάλεια (Safety): Ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκόμενους.

Πηγή: JCAHO, 2000.

Ο Οργανισμός για Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), (2004), ορίζει την ποιότητα της φροντίδας υγείας, ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση.

Οι Κωσταγιόλας κ. συν. (2006), προσεγγίζουν την ποιότητα ως μια τρισυπόστατη έννοια:

Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη: Το σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας που παρέχει στον χρήστη τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη και προσδοκά τη δεδομένη χρονική στιγμή στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας: Η αντίληψη του επαγγελματία υγείας, αναφορικά με τον βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας και αναφορικά με τον βαθμό που το προσωπικό συμμετέχει στην ανάπτυξη και εφαρμόζει ενδεδειγμένα τις διαδικασίες που θεωρούνται αναγκαίες γι' αυτό τον σκοπό.

Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης: Ο αποτελεσματικός και αποδοτικός τρόπος χρήσης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση των πραγματικών (εκφρασμένων και συνεπαγομένων) αναγκών του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, μέσα στα όρια που θέτουν ανώτερες ρυθμιστικές αρχές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός για την Υγεία (ΠΟΥ), ορίζει την ποιότητα φροντίδας ως, το επίπεδο παρουσίας, των ουσιαστικών στόχων των υγειονομικών συστημάτων, για βελτίωση της υγείας και ανταποκρισιμότητα σε θεμιτές προσδοκίες του πληθυσμού. (ΠΟΥ 2000 στο Legido-Quigley *et al.*, 2008). Το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (1997 στο Legido-Quigley *et al.*, 2008), ορίζει την ποιότητα ως εξής: 1) κάνοντας τα σωστά πράγματα (τι), 2) στους σωστούς ανθρώπους (σε ποιους), 3) στο σωστό χρόνο (πότε) και 4) κάνοντας τα πράγματα με τον σωστό τρόπο από την πρώτη φορά. Το Συμβούλιο της Ευρώπης (1998 στο Legido-Quigley *et al.*, 2008), ορίζει πως είναι ο βαθμός, στον οποίο η φροντίδα που διανέμεται, αυξάνει τις πιθανότητες του ασθενή να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα και εξαλείφει τις πιθανότητες για απροσδόκητα αποτελέσματα,, ακολουθώντας τις εξελίξεις στη γνώση.

1.3.1 Σημασία μέτρησης της ποιότητας

Η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, στοχεύει (Νιάκας 2003) στην:

- **Διερεύνηση** της επιτυχούς ή μη εφαρμογής της ιατρικής γνώσης στις ανάγκες των ασθενών
- **Βελτίωση** του επίπεδου φροντίδας
- **Αξιολόγηση** των δύο πρώτων σκοπών, ώστε να διατηρηθεί η αξιοπιστία και η υπευθυνότητα της συγκεκριμένης υπηρεσίας
- **Εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων** που θα χρησιμοποιηθούν στην χάραξη στρατηγικών από την πλευρά του οργανισμού και πολιτικής υγείας από την πλευρά του κράτους.

1.3.2 Οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Κάθε οργανισμός ενδιαφέρεται για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει. Το βασικό στοιχείο που πρέπει να εξετάσουμε είναι ποια είναι τα οφέλη της ποιότητας για κάθε έναν από τους ενδιαφερόμενους, ώστε να γνωρίζουμε για ποιον λόγο έχει τόση αξία η αξιολόγηση της. Ειδικότερα υπάρχουν (Σιγάλας 1999, Γεωργακάκου 2000, Νιάκας 2003):

► **Οφέλη για τους ασθενείς:** σχετιζόμενα με την υγειονομική τους και ψυχολογική τους κατάσταση αλλά και οικονομικά οφέλη λόγω της αποτελεσματικής θεραπείας και της μείωσης των εξόδων των ίδιων και των συγγενών τους.

► **Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας:** τα οποία συνίστανται στην αποτελεσματικότητα του έργου τους, στην νομική τους κατοχύρωση, στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους, στο σεβασμό εκ μέρους των ασθενών και των συγγενών τους, στην απαλλαγή τους από εκνευρισμό και άγχος, στην ανοχή εκ μέρους των ασθενών σε τυχόν λάθη κλπ.

► **Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας:** τα οποία αφορούν τη φήμη τους, οικονομικά και λειτουργικά οφέλη καθώς περιορίζεται η χρησιμοποίηση της μονάδας, μειώνεται το λειτουργικό κόστος λόγω της έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενών ενώ παράλληλα εξοικονομούνται πόροι, λόγω της αποφυγής περιττών εξετάσεων ή θεραπειών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην εξυπηρέτηση άλλων ασθενών, στην έρευνα, στην εκπαίδευση του προσωπικού κλπ.

1.4 Μελέτες μέτρησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι μελέτες για τη διερεύνηση της ποιότητας στην Ελλάδα είναι λίγες στον αριθμό, σε σύγκριση με αυτές στο εξωτερικό. Τα ερευνητικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα στα ελληνικά δεδομένα, ώστε να υπάρχει η απαραίτητη εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, αλλά και των συμπερασμάτων που προκύπτουν. Κατά αυτόν τον τρόπο καθίσταται δυνατό να πραγματοποιούνται οι απαραίτητες διορθωτικές-ποιοτικές παρεμβάσεις. Στις ακόλουθες σελίδες παρατίθενται έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα αλλά και τον διεθνή χώρο και αφορούν στην ικανοποίηση των ανθρώπινων πόρων (επαγγελματική ικανοποίηση, ικανοποίηση ασθενή) στον τομέα της υγείας.

1.4.1 Ελληνικές έρευνες

Οι Κυριόπουλος και συν. (1989), πραγματοποίησαν έρευνα ικανοποίησης χρηστών με ερωτηματολόγιο. Το δείγμα της έρευνας ήταν 137 χρήστες των υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων σε 7 υποκαταστήματα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στην Αττική. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες ήταν μεταξύ 55,6%-65%. Ως προς το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών η ικανοποίηση κυμαινόταν από 40%-58,5%.

Ο Μ. Θεοδώρου (1993), διερεύνησε την ικανοποίηση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, τη συνέχεια της φροντίδας, την προσπελασιμότητα και το δικαίωμα επιλογής του γιατρού από τον ασθενή. Ο πληθυσμός της έρευνας, ήταν 880 ασθενείς, οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία και τα στοιχεία αντλήθηκαν από ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν κατόπιν συνέντευξης. Συγκρίνοντας τα δύο πρότυπα οικογενειακού γιατρού του ΙΚΑ, συνάχθηκε ότι τα ιδιωτικά ιατρεία θεωρούνται καλύτερα από εκείνα των πολυιατρείων, ως προς την ικανοποίηση των ασθενών.

Προσπάθεια αποτύπωσης της ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, έγινε και σε μία ακόμη έρευνα των Ροδάκη κ. συν. το 1994. Η έρευνα αφορούσε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία για τα νοσοκομεία: Ιπποκράτειο, Λαϊκό, Κοργαλένιο-Μπενάκιο ΕΕΣ, Τζάνειο, Σισμανόγλειο και Γ. Γεννηματάς. Το δείγμα πληθυσμού ήταν 123 ασθενείς για το Ιπποκράτειο, εκ των οποίων το 90% δήλωσε ικανοποιημένο από τους ιατρούς

και νοσηλευτές. Στο Λαϊκό από τους 138 ασθενείς, το 56% δήλωσε ικανοποιημένο. Στο Κοργαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ από τους 126 ερωτηθέντες το ποσοστό ήταν 77,8%. Στο Τζάνειο, στα 180 ερωτηματολόγια τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν πολύ υψηλά. Στο Σισμανόγλειο το 80,6% από τους 134 ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι, ενώ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης παρατηρηθήκαν και για το Γ. Γεννηματάς, όπου ρωτήθηκαν 200 ασθενείς.

Οι Calnan & Wall (1999), ερεύνησαν την ικανοποίηση μέτρησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία είχε ως δείγμα 4 ευρωπαϊκές πόλεις, μία εκ των οποίων ήταν και τα Ιωάννινα. Τα αποτελέσματα από την μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών στα Ιωάννινα έδειξαν ικανοποίηση 87%, φτάνοντας έτσι στη δεύτερη θέση. Το Canterbury ήταν στη πρώτη θέση με 95% ικανοποίηση, το Βελιγράδι στην τρίτη με 85% και στην τέταρτη η Μόσχα με 62%.

Η Ένωση Καταναλωτών Ποιότητας Ζωής (Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ.,1999), πραγματοποίησε έρευνα σε 59 νοσοκομεία, με κυρίως θέμα την ικανοποίηση των χρηστών από την εσωτερική οργάνωση των νοσοκομείων. Πάνω από το 50% θεωρούν μέτρια έως πολύ κακή την πρόσβαση στα νοσοκομεία καθώς και την επικοινωνία και παροχή πληροφοριών από το προσωπικό (ΕΚ.ΠΟΙ.ΖΩ., 1999).

Η Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας (ΕΣΔΥ) με τους Κυριόπουλο κ.συν., πραγματοποίησαν έρευνα μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων στην Αθήνα, σε δείγμα 350 ατόμων και με θέμα την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΣΥ. Το 60% δήλωσε ικανοποιημένο, έως αρκετά ικανοποιημένο (Βασιλάκης και συν., 1997, Δρίτσας και συν, 1994).

Στα αποτελέσματα της έρευνας των Μουμτζογλου *et al.*, (2000), η οποία είχε δείγμα 240 γονέων και έλαβε χώρα στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Π&Α Κυριακού», υπάρχει χαμηλή ικανοποίηση, κυρίως όσον αφορά στις οργανωτικές διαδικασίες.

Στην έρευνα των Νιάκα και Γναρδέλλη (2000), που διεξήχθη με ερωτηματολόγιο που παραλάμβαναν οι ασθενείς κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και το επέστρεφαν ταχυδρομικά, αντικείμενο ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης ως προς τις υπηρεσίες των ιατρών και νοσηλευτών. Υπολογίζεται ότι τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε περίπου 2.100 άτομα. Από αυτούς, απάντησαν μόνο οι 317 εκ των οποίων οι 300 αποτέλεσαν τελικά το

δείγμα της έρευνας. Από τα αποτελέσματα, η μέση τιμή του δείκτη ικανοποίησης από το νοσηλευτικό και ιατρικό έργο, ήταν 90. Όσον αφορά στον δείκτη ξενοδοχειακής υποδομής, η μέση τιμή ήταν 74,4. Συνολικά δηλαδή, οι χρήστες ήταν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η διερεύνηση ικανοποίησης του ασθενή χρήστη, η διάγνωση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και η ενσωμάτωση των συμπερασμάτων σε ένα μοντέλο ολικής ποιότητας ήταν το θεματικό αντικείμενο της έρευνας των Καμπουρά – Νιφλή *Ε κ. συν.*, (2001). Η έρευνα διήρκησε ένα χρόνο, 2001 – 2002 και το δείγμα αποτέλεσαν 500 ασθενείς τεσσάρων νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας Θεσσαλίας. Η συλλογή δεδομένων έγινε με ειδικά ανώνυμο δομημένο ερωτηματολόγιο και την μέθοδο των συνεντεύξεων. Η ηλικία των ερωτηθέντων ήταν 20-75 χρόνων και ποικίλου μορφωτικού επιπέδου. Στα αποτελέσματα, το 70% των ασθενών θεωρούσε μέτριες τις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. Το 61% ομολόγησε ότι δεν γινόταν σεβαστή η προσωπικότητα τους από το ιατρικό προσωπικό, το 48% από το νοσηλευτικό και το 76% από το διοικητικό. Το 73% διαπίστωνε επικοινωνιακό έλλειμμα μεταξύ των εργαζομένων, το 68% μη ορθή διαχείριση της φροντίδας υγείας, το 53% έλλειψη ετοιμότητας, το 61% μη ποιοτικό περιβάλλον (ηχορύπανση, διατροφή, καθαριότητα κ.λπ.), και το 79% αδυναμία επιλογής υγειονομικής ομάδας.

Το 2002 οι Μερκούρης κ.συν., αποπειράθηκαν να δημιουργήσουν ένα μοντέλο εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα. Με πολυμεταβλητή ανάλυση, αποκαλύφθηκαν οι παρακάτω στατιστικά σημαντικοί παράγοντες: διαπροσωπικές σχέσεις και διαθέσιμος χρόνος προσωπικού για τον ασθενή, τεχνική αξιοπιστία, ανταπόκριση του προσωπικού και πληροφόρηση ασθενή.

Το 2002 ο Ραφτόπουλος, έχοντας ως δείγμα 380 ηλικιωμένους από 8 νοσοκομεία της Ελλάδας, αξιολόγησε την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας. Το 90,3% δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ για την ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τα ποσοστά ήταν 95,6% και 94% αντίστοιχα.

Σε έρευνα των Σουλιώτη κ. συν. (2003), η οποία πραγματοποιήθηκε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε δείγμα 350 ατόμων (175 άντρες και 175 γυναίκες), με ηλικία από 15-65 ετών στην Αθήνα, προέκυψε πως το 59,2% των χρηστών ήταν ικανοποιημένοι από τις

νοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις ιδιωτικές κλινικές ήταν 86%, από ιδιώτη γιατρό 90% και από πολυϊατρείο ασφαλιστικού ταμείου 53%.

Σε μια άλλη προσπάθεια αποτύπωσης της ικανοποίησης των ασθενών, σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι Κουμανδράκης και συν. (2004) μέτρησαν την ικανοποίηση των χρηστών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν αυτή της τηλεφωνικής συνέντευξης από τις 12 Νοεμβρίου 2002 έως τις 14 Μαρτίου 2003. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και απάντησαν τα 351 από τα 690 άτομα που ερωτήθηκαν. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ήταν ικανοποιημένο από τη συνολική φροντίδα την οποία τους παρείχε το νοσοκομείο.

Οι Αλετράς κ. συν. (2004), ανέπτυξαν και εγκυροποίησαν ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών. Το δείγμα ήταν αρχικά 285 άτομα και στη συνέχεια, έγινε μια επιπρόσθετη δειγματοληψία 100 ατόμων. Οι στατιστικές αναλύσεις ανέδειξαν τις εξής διαστάσεις: 1) ιατρική εξέταση, 2) νοσοκομειακό περιβάλλον, 3) άνεση και 4) η ώρα της συνάντησης.

Οι Καμπάνταη και Νιάκας (2004), διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Για τις ανάγκες της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο είχε τις εξής τρεις διαστάσεις: 1) υποδομή και διοικητικές/διαχειριστικές διαδικασίες, 2) ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες και 3) το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης, σύμφωνα με την γνώμη των χρηστών. Το δείγμα αποτελούνταν από 250 άτομα. Η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή και στις τρεις διαστάσεις και ειδικότερα στο κομμάτι του κλινικού έργου.

Οι Παπαγιαννοπούλου κ. συν. (2004), διεξήγαγαν μελέτη με σκοπό την μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Επιλέχθηκε δείγμα 1000 ατόμων, με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Ειδικότερα, οι συνοδοί των παιδιών κλήθηκαν να υποδείξουν την ικανοποίησή τους αφενός από την ποιότητα των διαδικασιών εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και αφετέρου από το προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό). Το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 70%. Συνολικά, το 45,2% των

συνοδών έμεινε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, το 49% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα στις διαδικασίες εισαγωγής, ενώ 150 συνολικά συνοδοί δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εισαγωγής. Ποσοστό 54,3% εμφανίστηκε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του προσωπικού, ενώ μόλις το 2,1% είχε παράπονα από τη γενικότερη συμπεριφορά του. Οι ιατρικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν κατά μέσον όρο με 3,6, ενώ οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με 3,4. Επίσης, το 33,4% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Οι συνοδοί βαθμολόγησαν κατά μέσον όρο τις υποδομές του νοσοκομείου με 2,4, ενώ στην ανοικτή ερώτηση η πλειοψηφία τους δήλωσε ότι χρήζουν ανακαίνισης. Η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου αποδεικνύει ότι οι συνοδοί των ασθενών έμειναν τελικά περισσότερο ικανοποιημένοι απ' ό,τι προσδοκούσαν. Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου –ειδικά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες– αξιολογούνται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που βελτιώνει τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου. Αντίθετα, οι υποδομές του νοσοκομείου επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση του χρήστη.

Οι Πολύζος κ. συν. (2005), εκπόνησαν έρευνα με στόχο να παρουσιάσουν τα αποτελέσματα της ανάλυσης, της ενσωμάτωσης της «ποιότητας» στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και ειδικότερα, την χρήση δεικτών, οι οποίοι εκφράζουν την νοσοκομειακή ποιότητα ως προς την ικανοποίηση. Η μελέτη διεξήχθη σε 2 νοσοκομεία, ένα μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ένα νεοσύστατο, δημόσιο νοσοκομείο. Συγκεντρώθηκαν 108 ερωτηματολόγια για εσωτερικούς ασθενείς και 412 για εξωτερικούς. Ο βαθμός ικανοποίησης ήταν σχετικά υψηλός και στις 2 μονάδες υγείας. Η γενική αντίληψη για το νοσοκομείο μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα και για το δημόσιο ήταν 91,1% και 75,2%. Η αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού ήταν 92,7% και 71,3% και για το νοσηλευτικό προσωπικό, 92,7% και 84,4%, αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε σχέση, μεταξύ των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης, από την έρευνα προέκυψε πως, όσο πιο οικείο είναι το προσωπικό με αυτά τα συστήματα, τόσο πιο ικανοποιημένοι θα είναι οι ασθενείς.

Η μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών του Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, ήταν ο σκοπός της έρευνας της Καραθάνου (2006). Η έρευνα έγινε με δομημένο ερωτηματολόγιο, 44 κλειστών ερωτήσεων σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το δείγμα αποτέλεσαν 215 νοσηλευτές που εργάζονταν στο

νοσοκομείο την περίοδο Δεκέμβριος 2006 – Ιανουάριος 2007. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν πως οι νοσηλευτές ήταν δυσαρεστημένοι από την εργασία τους, ως προς της οικονομικές απολαβές και τις συνθήκες εργασίας. Επίσης, βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ, ικανοποίησης και ηλικίας, και ικανοποίησης επαγγελματικής εμπειρίας.

Η Λιακοπούλου (2008), εκπόνησε μελέτη για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών σε δύο νοσοκομεία του Νομού Ιωαννίνων: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Γενικό Νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Το δείγμα της έρευνας ήταν 500 άτομα (290 από το Π.Γ.Ν.Ι. και 210 από το Γ.Ν. «Χατζηκώστα»), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν από τον Οκτώβρη 2007 έως τον Μάρτιο 2008. Το κεντρικό συμπέρασμα ήταν, πως οι ασθενείς και στα δύο νοσοκομεία, ήταν ικανοποιημένοι από τις συνολικές φροντίδες που δέχτηκαν.

1.4.2 Διεθνείς έρευνες

Στην Αγγλία το 1994, διεξήχθη μελέτη από τους Bruster *et al.* (1994), μεταξύ 36 νοσοκομείων τα οποία επιλέχθηκαν με τυχαιοποιημένη δειγματοληψία και στρωματοποιήθηκαν με βάση τον αριθμό των κλινών, την περιοχή και το είδος τους. Από κάθε νοσοκομείο, έλαβαν μέρος 143 ασθενείς σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στο σπίτι τους ή στο χώρο του νοσοκομείου, δύο με τέσσερις εβδομάδες μετά από το εξιτήριο. Συνολικά, τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 5.150 ασθενείς, οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί στα τμήματα που ακολουθούν: παιδιατρικό, γυναικολογικό, ψυχιατρικό και γηριατρικό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα μεγαλύτερα προβλήματα εμφανίστηκαν στην επικοινωνία με το προσωπικό (56%), στη διαχείριση του πόνου (33%), στο σχεδιασμό του εξιτηρίου (70%), στην ελλιπή ενημέρωση, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως το 62% των ασθενών δεν έλαβε πληροφόρηση για το πότε θα ξεκινήσει τις καθημερινές δραστηριότητες του. Συμπερασματικά, τα νοσοκομεία σε γενικές γραμμές, απέτυχαν να φτάσουν τα πρότυπα του Patient's charter.

Το 1997, η Angela Coulter, έθεσε τον προβληματισμό για το πόσο βελτιώνεται το σύστημα υγείας μετά από μια έρευνα. Οι ασθενείς, στο υγειονομικό σύστημα στη Μεγάλη Βρετανία, παρουσιάζονται αρκετά ικανοποιημένοι. Η Coulter, κατέληξε στο συμπέρασμα πως ενώ η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας βελτιώνεται, αυτό δεν γίνεται στο βαθμό που είναι πραγματικά εφικτό. Ο δρόμος για την μέγιστη πιθανή βελτίωση της ποιότητας, περνά μέσα

από την ανατροφοδότηση, μέσω της οποίας επανασχεδιάζονται ή διορθώνονται οι διαδικασίες και οι μηχανισμοί.

Την ίδια χρονιά, οι Appleton K. *et. al.* (1997), μελέτησαν μεταξύ άλλων, τον βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης των γενικών ιατρών στο Leeds της Αγγλίας. Από τα 406 ερωτηματολόγια που στάλθηκαν ταχυδρομικά, επέστρεψαν τα 285 (70%). Το 53% πίστευαν πως ο φόρτος εργασίας που είχαν, επηρέαζε αρνητικά την υγεία τους. Τα συμπεράσματα ήταν πως οι ερωτηθέντες ήταν γενικά δυσαρεστημένοι και αρκετά επηρεασμένοι ψυχολογικά από τις υπερωρίες, τους πολλούς ασθενείς που έβλεπαν ανά εβδομάδα, την σοβαρότητα των περιστατικών και την γραφειοκρατία.

Το 2002, οι French F. *et al.*, δημοσίευσαν μελέτη που είχε ως αντικείμενο, τον εντοπισμό των παραγόντων, οι οποίοι διαμορφώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση. Το δείγμα ήταν 351 γιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στη Σκωτία. Η έρευνα διεξήχθη με ερωτηματολόγιο, το οποίο εστάλη ταχυδρομικά στους ερωτηθέντες. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν υψηλή ικανοποίηση ως προς τους συνεργάτες και χαμηλή ικανοποίηση με τις μισθολογικές απολαβές. Ένα ενδιαφέρον σημείο της έρευνας, ήταν πως οι γυναίκες ιατροί, έδειξαν μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση, απ' τους άνδρες.

Οι Ingersol *et al.* (2002), εκπόνησαν μελέτη, της οποίας ένας από τους θεματικούς άξονες, ήταν η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης. Η έρευνα έλαβε χώρα στη Νέα Υόρκη των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και αφορούσε σε νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν σε αστικά και αγροτικά νοσοκομεία, αλλά και σε άλλους χώρους όπως σχολεία. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 46% (n=1853). Τον υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης είχαν νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν στον χώρο της εκπαίδευσης, δεύτερες ήταν οι νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν σε νοσοκομεία και δεν είχαν διοικητικά καθήκοντα, τρίτες οι νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν σε νοσοκομεία και είχαν διοικητικά καθήκοντα, έπειτα εκείνες που απασχολούνταν σε σχολεία και τελευταίες αυτές που εργάζονταν σε χώρους πρόνοιας. Στα ευρήματα της μελέτης, βρέθηκε πως το οργανωτικό περιβάλλον, η εκπαιδευτική προετοιμασία και τα ατομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν άμεσα την εργασιακή ικανοποίηση.

Η Gessel (2003), διεξήγαγε μελέτη στη Μ. Βρετανία σε 386 νοσοκομεία με δείγμα 56.867 πάσχοντες από νεοπλασματική νόσο, τη χρονική περίοδο Ιαν. – Δεκ. 2001. Στην ερώτηση ένα

θα σύστηναν το νοσοκομείο και σε άλλους το 64% ήταν πολύ θετικοί και το 36% όχι. Τα αποτελέσματα είναι παρεμφερή με τα αντίστοιχα της μελέτης του Press Garey (1998), στην οποία το 66% των ασθενών θα σύστηναν το νοσοκομείο σε άλλους, καθιστώντας εμφανή τη μη βελτίωση των ποσοστών ικανοποίησης κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών.

Σε έρευνα που εκπονήθηκε στο Οχάιο, από τους Jairpaul & Rosenthal (2003), μελετήθηκε η σχέση της ικανοποίησης των χρηστών με την σταθμισμένη θνητότητα, με βάση τη βαρύτητα των ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο 1993-1997 και συμμετείχαν 29 νοσοκομεία. Η ικανοποίηση εκτιμήθηκε για έξι διαστάσεις. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία και ήταν 42.255. Τα ποσοστά θνητότητας ήταν αντιστρόφως ανάλογα της ικανοποίησης. Οι πέντε από τις έξι διαστάσεις βρέθηκαν να έχουν θετική συσχέτιση, αυτές ήταν: συντονισμός της εργασίας, οδηγίες κατά το εξιτήριο, γενική ποιότητα, πληροφόρηση και παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Η διάσταση της ιατρικής φροντίδας, βρέθηκε να έχει πιο ασθενή συσχέτιση.

Οι Gasquet κ. συν. (2004), κατασκεύασαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο μετρά την γνώμη των εξωτερικών ασθενών του νοσοκομείου, σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των διαφόρων τμημάτων. Μεταξύ άλλων ερωτήσεων, οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν εάν θα επισκεπτόντουσαν ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο και το ίδιο τμήμα. Το δείγμα της έρευνας ήταν δέκα τμήματα από τρία νοσοκομεία. Το συναχθέν συμπέρασμα ήταν, πως η ικανοποίηση των ασθενών διαφέρει από τμήμα σε τμήμα, όμως οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας ήταν ικανοποιημένοι, ανεξάρτητα από το νοσοκομειακό τμήμα το οποίο είχαν επισκεφτεί.

Οι Schuster *et al.* (2005), διερεύνησαν τη βιβλιογραφία συστηματικά και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς δεν λαμβάνουν την φροντίδα που θα έπρεπε. Η χρηματοδότηση, ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός και η γνώση είναι επαρκείς. Η ποιότητα διαφέρει μεταξύ νοσοκομείων, πόλεων και πολιτειών. Διατύπωσαν πως το πρόβλημα είναι πως δεν γίνονται αρκετές μελέτες για τη μέτρηση της ποιότητας, αλλά και όπου γίνονται δεν εφαρμόζονται τα αποτελέσματά τους.

Οι Coulter & Jenkinson (2005), πραγματοποίησαν έρευνα μέσω τηλεφώνου με τυχαία δειγματοληψία σε Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και τη Μεγάλη Βρετανία. Σκοπός ήταν η διερεύνηση των απόψεων των Ευρωπαίων ασθενών,

σχετικών με την ανταπόκριση υγειονομικών συστημάτων. Οι μεταβλητές που προσδιόριζαν την ικανοποίηση του ασθενή ήταν, η προσωπική εκτίμηση του ασθενή, οι προσδοκίες του και η φροντίδα που λάμβανε. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας, δεν συναντούν τις προσδοκίες των ασθενών. Επιπρόσθετα, η έρευνα ανέδειξε την ανάγκη των ασθενών για ενεργή συμμετοχή στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους.

Η Piko B. (2005), έκανε μια προσπάθεια αποτίμησης, της επαγγελματικής ικανοποίησης του υγειονομικού προσωπικού και την συσχέτιση της με την επαγγελματική εξουθένωση και την σύγκρουση ρόλων. Συνολικά, συγκεντρώθηκαν 201 ερωτηματολόγια από τα 450 που είχαν μοιραστεί, με ποσοστό ανταπόκρισης 44,6%. Το δείγμα προήλθε από 2 μεγάλα νοσοκομεία, όπου το 55,7% των ερωτηθέντων ήταν νοσοκόμες. Στα αποτελέσματα της έρευνας, εμφανίστηκε συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Επίσης, έγινε μνεία στον καταλυτικό ρόλο που παίζει το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον στον επαγγελματικό χώρο, στην ψυχοσωματική υγεία του υγειονομικού προσωπικού στις εξεταζόμενες μονάδες υγείας.

Η ικανοποίηση του ασθενή, ήταν το αντικείμενο μελέτης του Mosad (2006), ο οποίος επιχείρησε να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την γνώμη των ασθενών για την εικόνα του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, επιχείρησε να ερευνήσει αν οι ασθενείς στην Ιορδανία και την Αίγυπτο αξιολογούν ομοίως την ποιότητα. Εξετάστηκαν τρία νοσοκομεία και το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 48 ερωτήσεις. Μέσα από αυτή τη μελέτη, αναδείχθηκαν πέντε διαστάσεις για την ποιότητα. Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν, πως η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία και διαιρείται σε πέντε δείκτες: ποιότητα αντικειμένου, ποιότητα διαδικασιών, ποιότητα υποδομών, ποιότητα αλληλεπιδράσεων και ποιότητα ατμόσφαιρας.

Οι Willem *et al.* (2007), στα πλαίσια μελέτης του αντίκτυπου της οργανωσιακής κουλτούρας στην επαγγελματική ικανοποίηση, μελέτησαν 3 γενικά νοσοκομεία στο Βέλγιο, με δομημένο ερωτηματολόγιο και δείγμα πληθυσμού 764 νοσηλεύτριες, οι οποίες δεν είχαν διοικητικά καθήκοντα. Η έρευνα, ανέδειξε τις παρακάτω διαστάσεις επαγγελματικής ικανοποίησης: αμοιβή (69,2%), αυτονομία (58,9%), διάδραση (49,3%), κύρος (43,2%), απαιτήσεις εργασίας (42,4%) και οργανωτικές πολιτικές (26,0%). Ένα από τα κύρια συμπεράσματα της έρευνας ήταν πως αν αυξηθεί ο μισθός και καλυφθεί η ανάγκη για καλή αμοιβή, θα αυξηθούν ανάγκες που βρίσκονται στο επόμενο σκαλί της πυραμίδας αναγκών του Maslow.

Οι Sveinsdóttir et al. (2006), διεξήγαγαν μελέτη μέτρησης της επαγγελματική ικανοποίησης, μεταξύ και άλλων παραμέτρων. Το δείγμα της μελέτης ήταν οι εγγραμμένες νοσηλεύτριες στον Σύλλογο Νοσηλευτριών Ισλανδίας, στον οποίο είναι μέλη το 95% (n=2234) του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας. Με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, επιλέχθηκαν 522 (23,4%), από τις οποίες αποκρίθηκαν οι 219 (42%). Τα αποτελέσματα, έδειξαν πως οι στρεσογόνες επαγγελματικές συνθήκες, είχαν μεγαλύτερο αντίκτυπο σε ενδοσοκομειακές νοσηλεύτριες και πως η απουσία της επαγγελματικής ικανοποίησης, συσχετίζεται με το εργασιακό άγχος.

Ο Play R. (2009), πραγματοποίησε έρευνα, η οποία είχε ως θέμα την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών στην Νότια Αφρική. Σκοπός ήταν να καθοριστεί ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης, και παράλληλα να εξεταστούν διάφορες μεταβλητές που επηρεάζουν 13 πτυχές της. Το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν n=569 νοσηλεύτριες, με ποσοστό απόκρισης 62,7%. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν γυναίκες (94,1%), πάνω από την ηλικία των 40 (73,1%) και είχαν περισσότερα από 20 χρόνια επαγγελματικής πείρας (60,4%). Το 35% εργαζόταν εκτός νοσοκομείου και το υπόλοιπο 65% εντός. Το 40% εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα, ενώ το υπόλοιπο 60% , στον δημόσιο. Από τα αποτελέσματα, προέκυψε πως το νοσηλευτικό προσωπικό του ιδιωτικού τομέα ήταν πιο ικανοποιημένο, από το αντίστοιχο του δημόσιου. Κοινός τόπος δυσαρέσκειας, στους εργαζόμενους των δύο τομέων, ήταν ο βαθμός χαμηλής ικανοποίησης από τον μισθό, τον επαγγελματικό φόρτο, τις ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης και τους διαθέσιμους πόρους. Επιπρόσθετες διαφοροποιήσεις υπήρξαν, στις απόψεις των ερωτηθέντων, σύμφωνα με δημογραφικά χαρακτηριστικά, πόλη προέλευσης και επαγγελματική πείρα.

1.5 Το ISO ως μέσο διαπίστευσης της ποιότητας

Το πρότυπο ISO 9001:2000, θέτει τις απαιτήσεις για την ανάπτυξη και λειτουργία ενός Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας (ΣΔΠ) σε έναν οργανισμό. Το Σύστημα Διαχείρισης της Ποιότητας (ΣΔΠ), παρέχει εμπιστοσύνη για την συμβατότητα των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων των προϊόντων και των υπηρεσιών που παράγονται, με καθιερωμένες η ειδικές απαιτήσεις της αγοράς και των πελατών. Η επιλογή και η υιοθέτηση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας, θεωρείται από το πρότυπο σαν απόφαση στρατηγικής σημασίας για έναν οργανισμό, στην οποία οδηγούν συνολικά οι ποικίλες ανάγκες του οργανισμού, οι ιδιαίτεροι αντικειμενικοί σκοποί του, τα παρεχόμενα προϊόντα και υπηρεσίες, η δομή και το μέγεθος του καθώς οι διαδικασίες που εφαρμόζει και ο μεταξύ τους συσχετισμός.

Σε αυτή την έκδοση του ISO 9001, ο αναθεωρημένος τίτλος δεν περιλαμβάνει πλέον τον όρο «Διασφάλιση της ποιότητας», γεγονός το οποίο αντανάκλα στο ότι οι απαιτήσεις συστήματος διαχείρισης ποιότητας που καθορίζονται σε αυτήν την έκδοση, σε συνδυασμό με την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, στοχεύουν επίσης στο να αυξήσουν την ικανοποίηση του πελάτη. Είναι το μόνο πρότυπο της οικογένειας προτύπων ISO 9000, με την εφαρμογή των απαιτήσεων του οποίου, το σύστημα διαχείρισης ποιότητας ενός οργανισμού, μπορεί να πιστοποιηθεί εγγράφως από έναν εξωτερικό φορέα πιστοποίησης. Το Διεθνές Πρότυπο ISO 9001:2000, είναι το πιο πρόσφατο, άρτιο και εναρμονισμένο με τις ανάγκες του σύγχρονου διεθνούς εμπορικού κόσμου σχέδιο, για την ανάπτυξη συστημάτων διαχείρισης ποιότητας. Συνδυάζεται με άλλα πρότυπα που αφορούν σε όλους σχεδόν τους τομείς παραγωγικής και εμπορικής δραστηριότητας, με σκοπό την διευκόλυνση και την βελτίωση των συναλλαγών, των προϊόντων και των υπηρεσιών.

Η εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας, σύμφωνα με το Διεθνές Πρότυπο ISO9001:2000, ωφελεί τόσο τη βελτίωση της λειτουργίας ενός οργανισμού, όσο και την ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών (ασθενών) του. Αυτό το Διεθνές Πρότυπο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μέρη εντός και εκτός του οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων των φορέων πιστοποίησης, ώστε να αξιολογείται η ικανότητα του οργανισμού να ικανοποιεί απαιτήσεις πελατών, κανονιστικές απαιτήσεις, καθώς και τις δικές του απαιτήσεις.

Ο οδηγός στον τομέα των υπηρεσιών υγείας για την επεξήγηση του προτύπου ISO 9001:2000, κατά την εφαρμογή ενός ΣΔΠ σε μια μονάδα υγείας, είναι η οδηγία CEN/TS 15224: 2005. Οι προσαρμοσμένες βασικές αρχές είναι:

1. Η ανθρωποκεντρική εστίαση στο κάθε ασθενή χωριστά,
2. Η ηγεσία και η διοίκηση από την πλευρά της, που έχει την ευθύνη (responsibility) και τη δέσμευση (commitment) για την ποιότητα όλων των υπηρεσιών,
3. Η εμπλοκή όλων των ενδιαφερόμενων μελών (εργαζόμενων κ.λπ.) και αποτελεσματική διαχείριση (ανθρώπινων) πόρων, εκπαίδευση, κ.λπ.,
4. Οι διεργασίες/ διαδικασίες/ ροές/ έντυπα κ.λπ.,
5. Ο σχεδιασμός συστήματος διαχείρισης ποιότητας (ΣΔΠ), γενικές απαιτήσεις τεκμηρίωσης, πολιτική, εγχειρίδιο, δομή, έγγραφα- αρχεία, έλεγχο- επιθεωρήσεις, ευθύνης- αρμοδιότητες, επικοινωνία, ανασκοπήσεις,
6. Σωστές υποδομές και περιβάλλον εργασίας που δίνουν σημασία στην ασφάλεια (safety),
7. Τεκμηριωμένες ιατρικές αποφάσεις (evidence based medicine) και διαρκής βελτίωση των νοσηλευτικών και άλλων φροντίδων υγείας, με μέτρηση δεικτών και ικανοποίηση ασθενών- πολιτών,
8. Οι σχέσεις αμοιβαίου οφέλους με προμηθευτές, ιδιαίτερα των υποστηρικτικών υπηρεσιών (εργαστηριακή, εφοδιαστική, τεχνική, σίτιση, καθαριότητα, ασφάλεια, πληροφόρηση, κ.λπ.).

Οι 8 βασικές αρχές Διαχείρισης Ποιότητας κάθε οργανισμού που πιστοποιείται και με βάση το ISO 9001:2000 είναι:

1. Η εστίαση στον πελάτη/ χρήστη.
2. Η ηγεσία
3. Η εμπλοκή των εργαζομένων
4. Οι διεργασίες / διαδικασίες
5. Το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας (ΣΔΠ)
6. Η διαρκής βελτίωση
7. Η λήψη αποφάσεων βάσει δεδομένων
8. Οι σχέσεις αμοιβαίου οφέλους με προμηθευτές

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας είναι η ποιοτική αξιολόγηση μεταβλητών, οι οποίες συσχετίζονται με τις διαδικασίες των νοσοκομειακών μονάδων. Η αξιολόγηση δημόσιων νοσοκομείων της 6^{ης} Υ.Πε., έχει σαν στόχο τον εντοπισμό τυχόν διαφοροποιήσεων στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας ως προς τις υφιστάμενες διαδικασίες. Απόψεις, οι οποίες συσχετίζονται θετικά ή αρνητικά με το φύλο, την ιδιότητα, την εμπειρία και την προϋπηρεσία στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα.

2.2 Μεθοδολογία

Για τη πραγματοποίηση των παραπάνω στόχων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο, του οποίου τον ποιοτικό σχεδιασμό διεκπεραίωσε ο κ. Θεόδωρος Τσάκος, Επίκουρος Καθηγητής του Τμήματος Τοπικής Αυτοδιοίκησης του ΑΤΕΙ Καλαμάτας. Η καταχώρηση των δεδομένων έγινε με την χρήση του Microsoft Excel 2007 και η επεξεργασία τους με το Statistical Package for the Social Sciences v.16. Επίσης, έγινε χρήση του chi square test (χ^2)¹, για να αναδειχθούν πιθανές θετικές συσχετίσεις. Η στατιστική ανάλυση έγινε με την αρωγή του κ. Γεώργιου Μαυριδόγλου, Καθηγητή Εφαρμογών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Καλαμάτας. Επιπρόσθετα, έγινε χρήση του chi square test για να αποκαλυφθούν τυχόν θετικές συσχετίσεις. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, 9 Δημόσιων Νοσοκομείων της 6^{ης} Υ.Πε., προκειμένου να σχηματισθεί εικόνα για την πρόσληψη των διαδικασιών στις εξεταζόμενες μονάδες υγείας. Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας, τους οποίους θα συναντήσει ο αναγνώστης στη συνέχεια, ενέχονται πιθανόν, στον φόβο και την άρνηση της εσωτερικής ή εξωτερικής αξιολόγησης, που έχουν οι εργαζόμενοι στον δημόσιο τομέα υγείας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν είτε με επιτόπια συνέντευξη, είτε με την επιστροφή τους μέσα σε χρονικό διάστημα που δεν ξεπέρασε τις 3 ημέρες.

¹ Στατιστικό τεστ, το οποίο διερευνά την ύπαρξη θετικών συσχετίσεων, μεταξύ 2 ποιοτικών μεταβλητών ή μιας ποιοτικής μεταβλητής με μια ποσοτική. Για να προκύπτει θετική συσχέτιση, η τιμή του τεστ πρέπει να είναι μικρότερη του 0,005.

2.3 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα και δεκατρείς (13) ερωτήσεις ουσίας. Οι πρώτες αφορούσαν στην ηλικία, στο επίπεδο εκπαίδευσης, στην επαγγελματική εμπειρία και στην προϋπηρεσία στη συγκεκριμένη μονάδα και σε άλλους φορείς του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα. Οι δεύτερες αναφέρονταν : στις διαδικασίες (5 ερωτήσεις), στον φόρτο εργασίας, στην σοβαρότητα των περιπτώσεων (2 ερωτήσεις), στον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών (2 ερωτήσεις) και στην καινοτομία και την μάθηση (4 ερωτήσεις). Ακολουθήθηκε δηλαδή για τον ποιοτικό σχεδιασμό του ερωτηματολογίου το υπόδειγμα του «διαφανούς κουτιού» (transparent-box), υπόδειγμα αναγκαίο όταν επιδιώκεται η αξιολόγηση των διαδικασιών σε συνάρτηση με το περιβάλλον τους (Machuca Jose A.D., Carillo Domingo A. Miguel, 1996). Το υπόδειγμα αυτό απεικονίζεται στο κάτωθι σχήμα 1:



Σχήμα 1: Το υπόδειγμα του «διαφανούς κουτιού» (transparent box)

Το υπόδειγμα αυτό αντιμετωπίζει ισότιμα τις εισροές, τις διαδικασίες και τις εκροές. Σε αντίθεση το αντίστοιχο, και συχνότερα αναφερόμενο, υπόδειγμα του «μαύρου κουτιού» (σχ. 2) επικεντρώνεται στις εισροές και τις εκροές χωρίς να ασχολείται με το τι διαδραματίζεται εντός του οργανισμού τον οποίο αντιμετωπίζει απλώς ως αδιαφανές υποσύστημα μετασχηματισμού των πρώτων στις δεύτερες. Η κυριαρχία άλλωστε, στην βιβλιογραφία, του γνωστικού πεδίου του «μαύρου κουτιού» έναντι του «διαφανούς» αντιστοίχου του, αποτυπώνει την περιορισμένη ερευνητική σημασία που τελικά αποδίδεται στις διαδικασίες αυτές καθ' αυτές.



Σχήμα 2: Το υπόδειγμα του «μαύρου κουτιού» (black box)

Με βάση λοιπόν το «διαφανές» υπόδειγμα επελέγησαν ερωτήσεις και στα τέσσερα στάδιά του: εισροές-διαδικασίες-εκροές-ανατροφοδότηση. Ο πίνακας που ακολουθεί απεικονίζει τις σχέσεις μεταξύ ερωτήσεων και σταδίων:

Ερωτήσεις που αφορούν	Στάδιο στο οποίο εντάσσονται
Τον φόρτο εργασίας και την σοβαρότητα των περιπτώσεων	Εισροές
Τις διαδικασίες	Διαδικασίες
Τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών	Εκροές
Την καινοτομία και την μάθηση	Ανατροφοδότηση

Ερωτηματολόγια δόθηκαν και κατόπιν συγκεντρώθηκαν από τα παρακάτω εννέα (9) δημόσια νοσοκομεία:

Γ.Ν. Άργους: 16

Γ.Ν. Καλαμάτας: 33

Γ.Ν. Κορίνθου: 36

Γ.Ν. Ναυπλίου: 17

Γ.Ν. Σπάρτης: 22

Γ.Ν. Τρίπολης: 33

Γ.Ν. Πύργου: 16

Π.Γ.Ν. Πατρών (Ρίο): 36

Π.Γ.Ν. Πατρών Άγιος Ανδρέας: 14

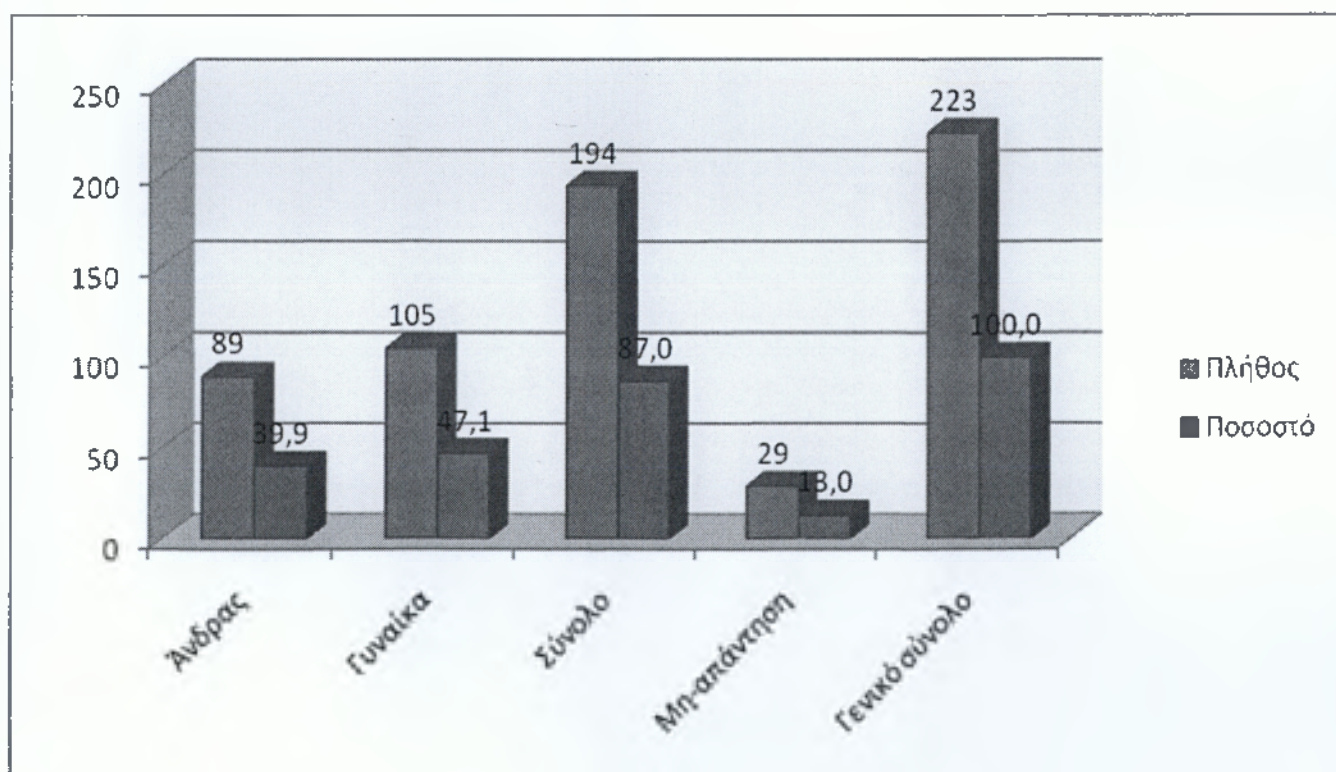
Σύνολο: 223

2.4 Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 223 επαγγελματίες υγείας, από 9 δημόσια νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Παρακάτω παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, της έρευνας. Ένας από τους περιορισμούς της έρευνας, ήταν η επιστροφή ερωτηματολογίων, χωρίς να έχουν συμπληρωθεί οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

2.4.1 Φύλο

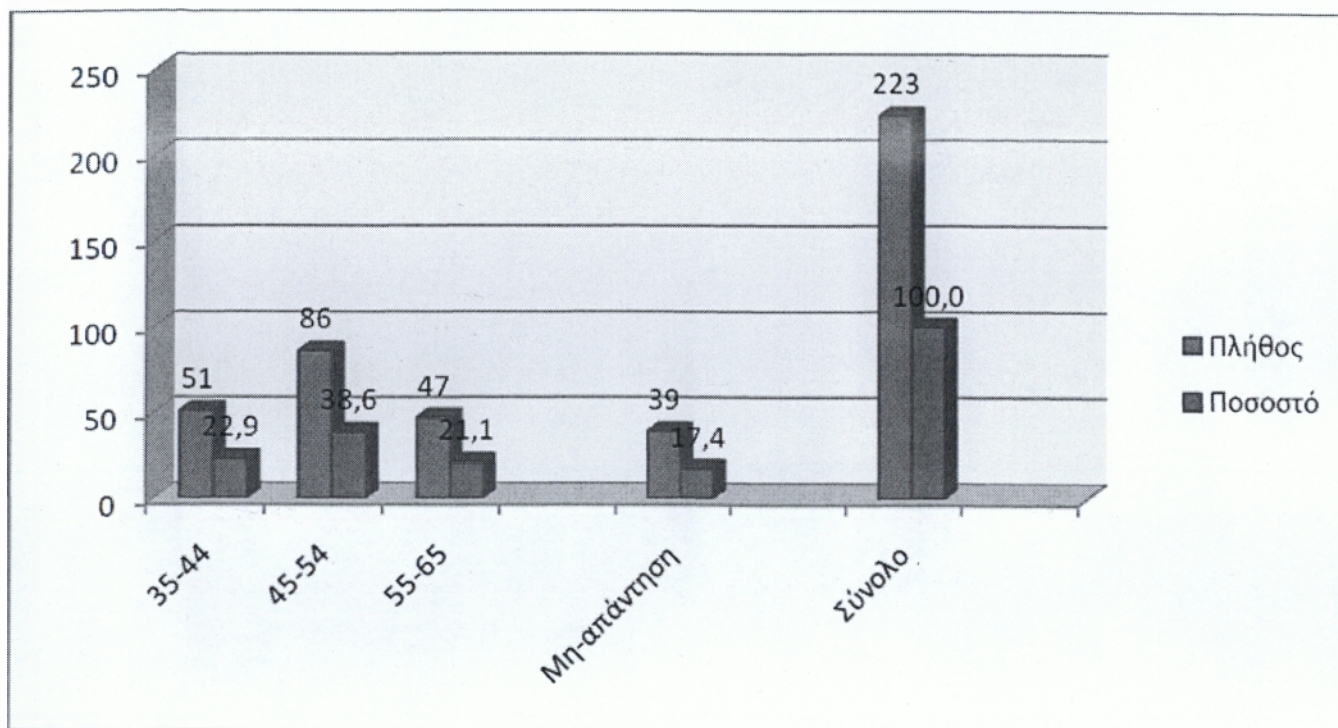
Όπως παρατηρούμε, από το κάτωθι ραβδόγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων προήλθε από γυναίκες (47,1%), ενώ, ένα μικρό ποσοστό (29%) δεν έδωσε στοιχεία σχετικά με το φύλο του.



Ραβδόγραμμα 1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

2.4.2 Ηλικία

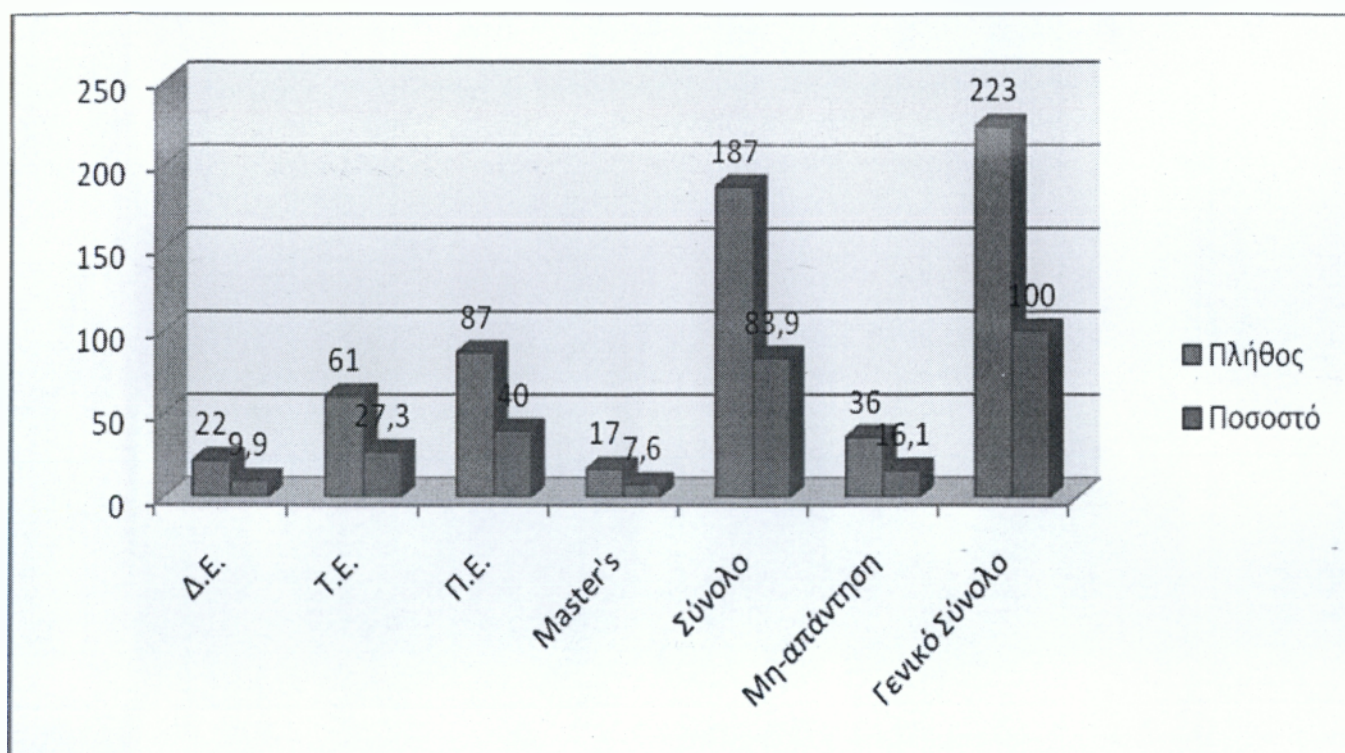
Παρατηρώντας το Ραβδόγραμμα 2, διαπιστώνουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος, κυμαίνεται μεταξύ 45-54 ετών. Βέβαια, η μεγαλύτερη μάζα του δείγματος, κατανέμεται στις ακραίες τιμές, οι οποίες συγκριτικά μεταξύ τους, έχουν μικρή διαφορά.



Ραβδόγραμμα 2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά γενεά.

2.4.3 Εκπαίδευση

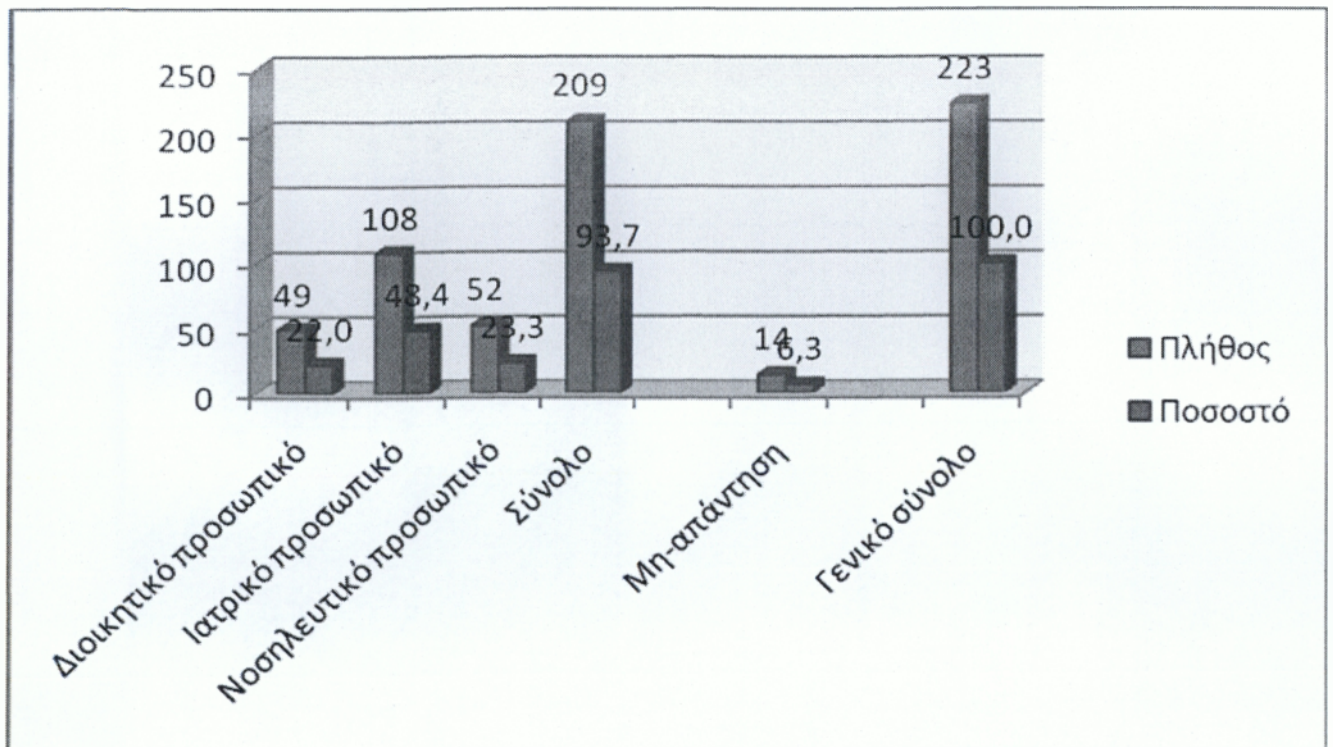
Στο Ραβδόγραμμα 3, βλέπουμε πως η πλειονότητα του εργατικού δυναμικού έχει περάσει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση, μ' ένα μικρό μέρος της να έχει και μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Μόλις το 10% του έγκυρου δείγματος, προέρχεται από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση.



Ραβδόγραμμα 3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό υπόβαθρο.

2.4.4 Ιδιότητα

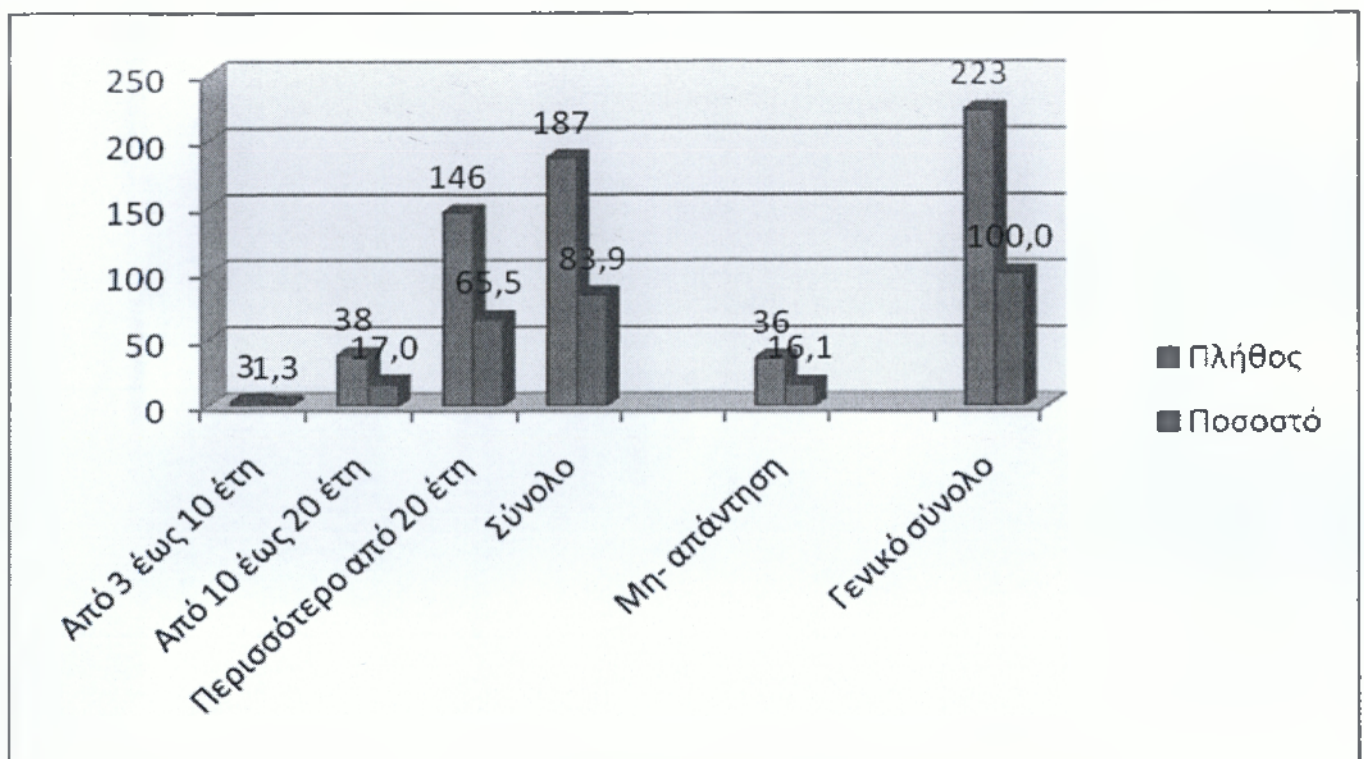
Στο Ραβδόγραμμα 4, όπου απεικονίζεται η αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος, είναι εύκολο να προσέξει κανείς πως η πλειοψηφία των όσων απάντησαν ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό, αριθμός υπερδιπλάσιος, συγκριτικά με τα νούμερα των άλλων δύο επαγγελματικών ομάδων.



Ραβδόγραμμα 4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς την ιδιότητα.

2.4.5 Έτη επαγγελματικής εμπειρίας.

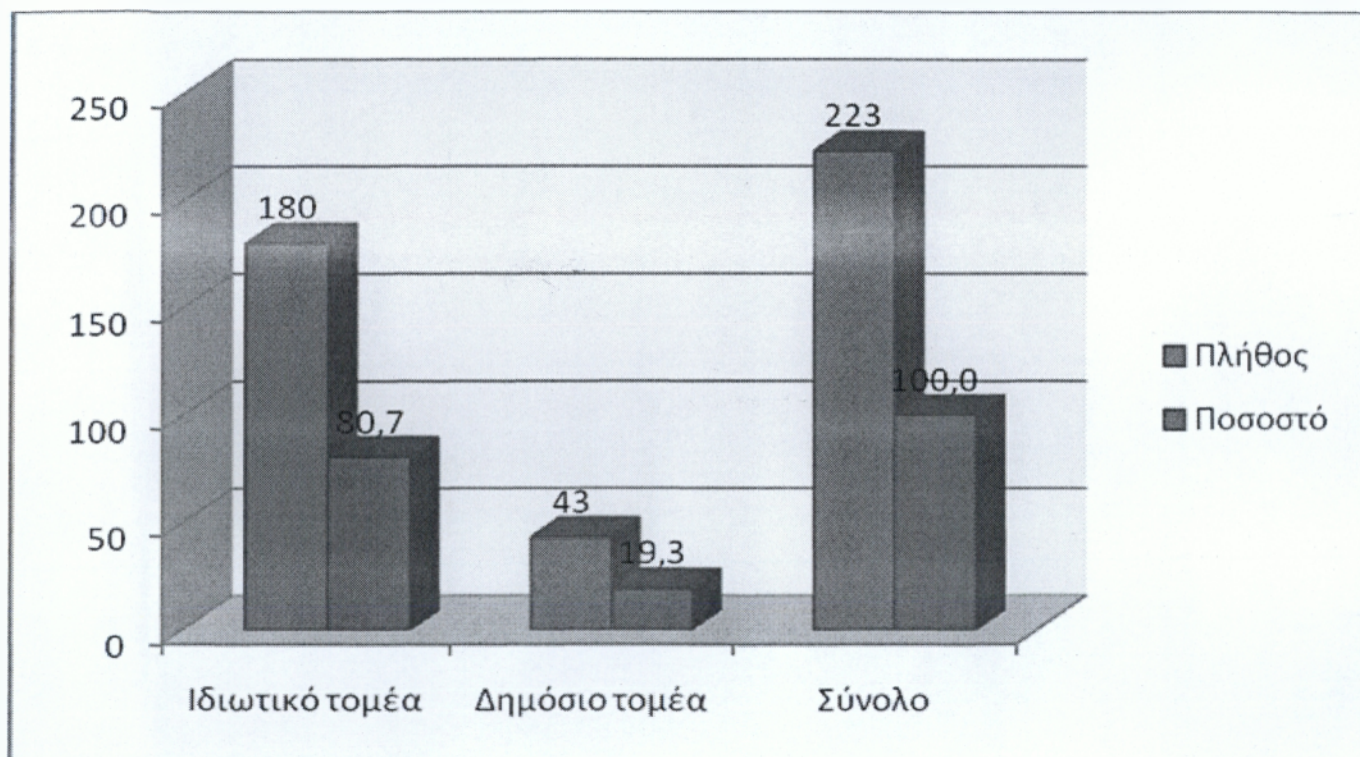
Όπως εμφανίζεται από το παρακάτω γράφημα, η πλειοψηφία του δείγματος έχει περισσότερα από 20 έτη επαγγελματικής εμπειρίας. Γεγονός, που προσδίδει ακόμα μεγαλύτερο βάρος στις απαντήσεις τους. Αμελητέο θεωρείται το ποσοστό όσων έχουν από 3 έως 10 έτη πείρας ενώ, εκείνοι, οι οποίοι έχουν μεταξύ 10 και 20 έτη δραστηριότητας στην αγορά εργασίας είναι μόλις 17%. Ένας ακόμη περιορισμός της έρευνας ήταν πως αρκετοί ήταν αυτοί, οι οποίοι δεν απάντησαν, με το ποσοστό να φτάνει το 16,1%.



Ραβδόγραμμα 5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας.

2.4.6 Τομέας απόκτησης επαγγελματικής εμπειρίας.

Το 80,7% του δείγματος έχει αποκτήσει επαγγελματική εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα. Ποσοστό, το οποίο είναι υπερτετραπλάσιο σε σχέση με εκείνο όσων απάντησαν πως ο τομέας απόκτησης πείρας ήταν ο δημόσιος.



Ραβδόγραμμα 6: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τον τομέα απόκτησης της επαγγελματικής εμπειρίας.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων της έρευνας

1^η ερώτηση

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

Η πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, διερευνά εάν, η υπάρχουσα κατάσταση της μονάδας μπορεί να ανταποκριθεί στο συνήθη φόρτο εργασίας, ως προς την ποσότητα. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν ως προς:

- την ιδιότητα: (ιατρικό, νοσηλευτικό διοικητικό προσωπικό) προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσον οι τρεις βασικές ομάδες ομονοούν ή διαφοροποιούνται ως προς την πρόσληψη του φόρτου εργασίας
- την εμπειρία: προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσον τα εμπειρότερα στελέχη αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ευχέρεια δεδομένο φόρτο εργασίας και
- την προϋπηρεσία: στον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσον στελέχη προερχόμενα από ένα κατά τεκμήριο ανταγωνιστικότερο και περισσότερο πιεστικό εργασιακό περιβάλλον αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ευχέρεια τον δεδομένο φόρτο εργασίας

Ως προς την ιδιότητα του εργαζόμενου τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την ιδιότητα.

Απάντηση	Ιδιότητα			Σύνολο απαντήσεων
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Ανταποκρίνεται	25,5 %	34,25%	48%	35,75%
Ξεπερνά	68 %	61,11%	52%	60,38%
Είναι μικρότερος	6,38%	4,63%	0%	3,87%
Σύνολο ανά κατηγορία	100%	100%	100%	100%

Από τον Πίνακα 3, μπορεί να συναχθεί πως και οι 3 επαγγελματικές ομάδες προσωπικού διαμορφώνουν κατά σημαντική πλειοψηφία μια κοινή αντίληψη περί συνήθους φόρτου εργασίας αυξημένου σε βαθμό ώστε η υφιστάμενη επιχειρησιακή ικανότητα της μονάδας τους να αδυνατεί να ανταποκριθεί.

Ως προς τον χρόνο εμπειρίας των ερωτώμενων τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τα έτη της επαγγελματικής εμπειρίας.

Απάντηση	Εμπειρία			Σύνολο απαντήσεων
	Από 3 έως 10 έτη	Από 10 έως 20 έτη	Περισσότερο από 20 έτη	
Ανταποκρίνεται	0%	21,2%	34,28%	24,86%
Ξεπερνά	100%	62,16%	72,41%	70,81%
Είναι μικρότερος	0%	10,81%	2,75%	4,32%
Σύνολο ανά κατηγορία	100%	100%	100%	100%

Σύμφωνα με τα ποσοστά που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα, διαφαίνεται μια εικόνα δυσχέρειας, τόσο από τα παλαιότερα-έμπειρα όσο και από τα νεώτερα στελέχη τον δεδομένο φόρτο εργασίας, σε σχέση με τον δεδομένο φόρτο εργασίας.

Ως προς την ύπαρξη εργασιακής εμπειρίας στον ιδιωτικό τομέα των ερωτώμενων. Τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ανάλογα με την εμπειρία απασχόλησης στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.

Απάντηση	Εμπειρία		Σύνολο απαντήσεων
	Ιδιωτικό Τομέα	Δημόσιο Τομέα	
Ανταποκρίνεται	37,64%	21,42%	34,54%
Ξεπερνά	58,99%	73,80%	61,81%
Είναι μικρότερος	3,37%	4,76%	3,63%
Σύνολο ανά κατηγορία	100%	100%	100%

Συγκρίνοντας τον Πίνακα 5, με τους 2 προηγούμενους, βλέπουμε πως η εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα, δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας στο συγκεκριμένο ερώτημα.

2η ερώτηση

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

Η δεύτερη ερώτηση έχει σαν σκοπό την διερεύνηση των απόψεων για το εάν η επιχειρησιακή ικανότητα της μονάδας ανταποκρίνεται στη σοβαρότητα των περιπτώσεων που καλείται να αντιμετωπίσει. Επειδή, η φύση της ερώτησης είναι ιδιαίτερη, εξετάστηκαν μόνο οι απαντήσεις των ιατρών και συσχετίστηκαν με την εργασιακή εμπειρία. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την εμπειρία του Ιατρικού προσωπικού.

Απαντήσεις	Εμπειρία			Σύνολο απαντήσεων
	Από 3 έως 10 έτη	Από 10 έως 20 έτη	Περισσότερο από 20 έτη	
Ανταποκρίνεται	0%	50%	36,23%	38,37%
Ξεπερνά	100%	43,75%	60,86%	58,13%
Είναι χαμηλότερη	0%	6,25%	2,89%	3,48%
Σύνολο ανά κατηγορία	100%	100%	100%	100%

Η πλειονότητα του ιατρικού προσωπικού, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, πιστεύει πως η παρούσα επιχειρησιακή ικανότητα της μονάδας δεν είναι ανάλογη της σοβαρότητας των περιστατικών που καλείται να αντιμετωπίσει.

3η ερώτηση

Οι διαδικασίες που ακολουθείτε στην μονάδα σας (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα)

- Είναι πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο
- Είναι κατά ένα μέρος πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο
- Είναι πλήρως τυποποιημένες χωρίς πιστοποίηση
- Είναι μερικώς τυποποιημένες χωρίς πιστοποίηση
- Δεν είναι τυποποιημένες

Η τρίτη ερώτηση αφορούσε τις διαδικασίες οι οποίες ακολουθούνται στα νοσοκομεία και κατά πόσο αυτές είναι τυποποιημένες ή πιστοποιημένες. Ταυτόχρονα, είναι η πρώτη, η οποία επικεντρώνεται στο υπόδειγμα του «διαφανούς κουτιού». Οι απαντήσεις αναλύθηκαν σε επίπεδο νοσοκομείων. Οι ερωτώμενοι ανήκαν στη Διοικητική Υπηρεσία και υπερίσχυσε η γνώμη των προϊσταμένων, με το σκεπτικό πως έχουν μια πιο εμπειριστατωμένη άποψη για το σύνολο των διαδικασιών. Τα αποτελέσματα ως προς την τυποποίηση/πιστοποίηση των διαδικασιών των νοσοκομείων παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Κατανομή απαντήσεων σε επίπεδο νοσοκομείων.

		Τυποποίηση/Πιστοποίηση			Σύνολο
		<i>Είναι πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο</i>	<i>Είναι πλήρως τυποποιημένες χωρίς πιστοποίηση</i>	<i>Είναι μερικώς τυποποιημένες χωρίς πιστοποίηση</i>	
Όνομασία Νοσοκομείου	Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	1	0	0	1
	Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1	0	0	1
	Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	1	0	0	1
	Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ	1	0	0	1
	Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ	1	0	0	1
	Γ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	1	0	1
	Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ	1	0	0	1
	Π.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ (ΡΙΟ)	1	0	0	1
	Π.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	1	0	0	1
Σύνολο	8	1	0	9	

1=ναι, 0=όχι

Σύμφωνα με τον Πίνακα 7, 8 στα 9 εξεταζόμενα νοσοκομεία έχουν διαδικασίες, οι οποίες είναι πλήρως πιστοποιημένες κατά ISO ή άλλο ποιοτικό πρωτόκολλο, 1 νοσοκομείο έχει διαδικασίες πλήρως τυποποιημένες χωρίς πιστοποίηση.

4η ερώτηση

Οι διαδικασίες που ακολουθείτε στην μονάδα σας (Κλινική, Υπηρεσία, Διεύθυνση, Τμήμα)

- a. Είναι αποτελεσματικές και απλές
- b. Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες
- c. Είναι αναποτελεσματικές

Η τέταρτη ερώτηση, παραμένοντας εντός του «διαφανούς κουτιού», αφορούσε στην αποτελεσματικότητα και απλότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται στη μονάδα. Οι απαντήσεις διαχωρίστηκαν ανάλογα με την ιδιότητα και την πιθανή εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα. Τα αποτελέσματα ως προς την ιδιότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Είναι αποτελεσματικές και απλές	38,63%	41,66%	38,46%	40,19%
Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες	52,27%	55,55%	48,07%	52,94%
Είναι αναποτελεσματικές	9,09%	2,77%	13,46%	6,86%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%

Από τον Πίνακα 8 βλέπουμε πως η συντριπτική πλειοψηφία θεωρεί πως οι διαδικασίες που ακολουθούνται στις μονάδες τους είναι αποτελεσματικές. Ωστόσο, η μεγαλύτερα μερίδα θεωρεί πως αυτές οι διαδικασίες είναι πολύπλοκες. Αυτά αφορούν και τις τρεις επαγγελματικές ομάδες αφού δεν εμφανίζονται μεγάλες αποκλίσεις στην ποσοστιαία κατανομή ως προς την ιδιότητα.

Ως προς την εμπειρία στον Ιδιωτικό Τομέα τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.

Απαντήσεις	Τομέας απόκτησης εμπειρίας		Σύνολο
	Ιδιωτικό Τομέα	Λημόσιο Τομέα	
Είναι αποτελεσματικές και απλές	40,57%	47,61%	41,93%
Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες	52,57%	45,23%	51,15%
Είναι αναποτελεσματικές	6,85%	7,14%	6,91%
Σύνολο	100%	100%	100%

Εξετάζοντας τον Πίνακα 9, η ποσοστιαία κατανομή των απόψεων των ερωτώμενων, με βάση την επαγγελματική εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα, δεν φαίνεται να διαφέρει από την αντίστοιχη του Πίνακα 8.

5η ερώτηση

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

Η πέμπτη ερώτηση, η οποία εντάσσεται στο στάδιο της ανατροφοδότησης, εξετάζει εάν γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών εντός της μονάδας. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν ως προς την ιδιότητα και την εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα.

Τα αποτελέσματα συνολικά και ως προς την ιδιότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται	30,6%	31,5%	25,0%	29,7%
Γίνεται συστηματικά αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται	20,4%	26,9%	25,0%	24,9%
Γίνεται αλλά χωρίς συστηματικό τρόπο	38,8%	39,8%	50,0%	42,1%
Δεν γίνεται	10,2%	1,9%	0%	3,3%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Η πλειοψηφία όσων απάντησαν, φαίνεται να πιστεύει πως ο ενδοτμηματικός διάλογος γίνεται συστηματικά. Όσον αφορά την ποσοτική του επάρκεια, εκείνοι που θεωρούν επαρκή την συχνότητα του ενδοτμηματικού διαλόγου, είναι ελάχιστα περισσότεροι από αυτούς, οι οποίοι την βρίσκουν ανεπαρκή. Το ποσοστό που πιστεύει ότι ο ενδοτμηματικός διάλογος απουσιάζει, είναι αρκετά μικρό. Τα 2/3 πιστεύουν πως ο διάλογος χρήζει βελτίωσης, είτε ως προς την συχνότητα, είτε ως προς την συστηματικότητα.

Ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.

Απαντήσεις	Τομέα απόκτησης εμπειρίας		Σύνολο
	Ιδιωτικό Τομέα	Δημόσιο Τομέα	
Γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται	29,6%	25,6%	28,8%
Γίνεται συστηματικά αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται	25,1%	25,6%	25,2%
Γίνεται αλλά χωρίς συστηματικό τρόπο	41,9%	44,2%	42,3%
Δεν γίνεται	3,4%	4,7%	3,6%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρώντας την ποσοστιαία κατανομή στον Πίνακα 11, ως προς τον τομέα απόκτησης εμπειρίας, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις του δείγματος.

6η ερώτηση

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

Η έκτη ερώτηση διερευνά εάν γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται η συζήτηση και η ανταλλαγή εμπειριών με άλλες μονάδες. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν ως προς την ιδιότητα και την εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα. Τα αποτελέσματα ως προς την ιδιότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται	14,3%	14,0%	15,4%	14,4%
Γίνεται συστηματικά αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται	18,4%	21,5%	19,2%	20,2%
Γίνεται αλλά χωρίς συστηματικό τρόπο	34,7%	43,0%	44,2%	41,3%
Δεν γίνεται	32,7%	21,5%	21,2%	24,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%+

Βάσει του παραπάνω πίνακα, μπορεί να συναχθεί πως ο διατηρηματικός διάλογος για ανταλλαγή εμπειριών, δεν γίνεται αντιληπτός ως τόσο συστηματικός και συχνός, όσο ο ενδοτημηματικός. Οι περισσότεροι από αυτούς που απάντησαν πιστεύουν πως ο διάλογος δεν γίνεται συστηματικά ή δεν υφίσταται, με το ποσοστό όσων επέλεξαν το τελευταίο να αγγίζει το 1/4 του συνόλου των απαντήσεων. Τα 2/3 περίπου του συνόλου πιστεύουν πως ο διάλογος χρειάζεται είτε βελτίωση, είτε ενεργοποίηση.

Τα αποτελέσματα ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα παρουσιάζονται στον Πίνακα 13..

Πίνακας 13: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.

Απαντήσεις	Τομέα απόκτησης εμπειρίας		Σύνολο
	Ιδιωτικό Τομέα	Δημόσιο Τομέα	
Γίνεται συστηματικά και όσο συχνά χρειάζεται	12,4%	18,6%	13,6%
Γίνεται συστηματικά αλλά όχι όσο συχνά χρειάζεται	23,0%	9,3%	20,4%
Γίνεται αλλά χωρίς συστηματικό τρόπο	43,8%	37,2%	42,5%
Δεν γίνεται	20,8%	34,9%	23,5%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

Μελετώντας τον Πίνακα 13 και συγκρίνοντας τον με τον Πίνακα 12, παρατηρούμε πως τα αποτελέσματα συνολικά, για κάθε απάντηση δεν διαφοροποιούνται. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως η προηγούμενη εργασιακή εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα δε σχετίζεται με τις αντιλήψεις των ερωτώμενων.

7η ερώτηση

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

Στην έβδομη ερώτηση, η οποία αφορά στο στάδιο των διαδικασιών, οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν για την ποιότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται από άλλες διοικητικές μονάδες του φορέα τους. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν μόνο όσον αφορά την τυχόν προηγούμενη εμπειρία των διοικητικών υπαλλήλων στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.

Τα αποτελέσματα ως προς την εμπειρία των διοικητικών υπαλλήλων στον Ιδιωτικό τομέα απεικονίζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των διοικητικών υπαλλήλων συνολικά και ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα.

Απαντήσεις	Τομέα απόκτησης εμπειρίας		Σύνολο
	Ιδιωτικό Τομέα	Δημόσιο Τομέα	
Είναι αποτελεσματικές και απλές	21,4%	40,0%	23,4%
Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες	57,1%	20,0%	53,2%
Είναι αναποτελεσματικές	21,4%	40,0%	23,4%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

Μελετώντας τον παραπάνω πίνακα, διαπιστώνουμε πως το ποσοστό όσων χαρακτηρίζουν τις «διαδικασίες των άλλων» αναποτελεσματικές τριπλασιάζεται σε σχέση με την αντίστοιχη ερώτηση που αφορά τις διαδικασίες της δικής τους υπο-μονάδας (Πιν. 9) ενώ, ελαφρώς αυξημένο είναι και το ποσοστό εκείνων που τις χαρακτηρίζουν πολύπλοκες. Όμως, η μεγάλη πλειοψηφία χαρακτηρίζει και πάλι τις διαδικασίες και των άλλων υπο-μονάδων αποτελεσματικές.

8η ερώτηση

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

Στην όγδοη ερώτηση οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν για την αποτελεσματικότητα και απλότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται από άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα τους. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν μόνο για το ιατρικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την αποτελεσματικότητα και απλότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται από άλλες κλινικές / νοσηλευτικές μονάδες του φορέα.

Απαντήσεις	Ποσοστό
Είναι αποτελεσματικές και απλές	28,4 %
Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες	53,9 %
Είναι αναποτελεσματικές	17,6 %
Σύνολο	100,0 %

Παρατηρείται και εδώ το ίδιο φαινόμενο που αποτυπώθηκε και στην περίπτωση του διοικητικού προσωπικού : αν και η πλειοψηφία χαρακτηρίζει τις «διαδικασίες των άλλων» γενικά αποτελεσματικές το ποσοστό όσων τις προσλαμβάνει ως αναποτελεσματικές είναι σχεδόν οκταπλάσιο σε σχέση με εκείνο που κρίνει ως αναποτελεσματικές τις διαδικασίες της δικής του μονάδας (Πίν. 8). Παράλληλα, αυξάνεται ελαφρώς το ποσοστό όσων θεωρούν τις διαδικασίες αυτές πολύπλοκες.

9η ερώτηση

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

Στην ένατη ερώτηση οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν για την αποτελεσματικότητα και απλότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται από άλλες εργαστηριακές μονάδες του φορέα τους. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν μόνο όσον αφορά την εμπειρία των εργαστηριακών υπαλλήλων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την αποτελεσματικότητα και απλότητα των διαδικασιών που ακολουθούνται από άλλες εργαστηριακές μονάδες του φορέα.

Απαντήσεις	Ποσοστό
Είναι αποτελεσματικές και απλές	36,7%
Είναι αποτελεσματικές αλλά πολύπλοκες	55,1%
Είναι αναποτελεσματικές	8,2%
Σύνολο	100,0%

Για ακόμη μια φορά και σ' αυτόν τον πίνακα, παρατηρούμε παρεμφερή αποτελέσματα με εκείνα που προέκυψαν από τις δύο άλλες κατηγορίες προσωπικού. Οι διαδικασίες ως επιχειρησιακή το πλείστον, θεωρούνται αποτελεσματικές αλλά, με επικρατούσα την αίσθηση της πολυπλοκότητας.

10η ερώτηση

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

Η δέκατη ερώτηση εξέταζε εάν η συμμετοχή του προσωπικού της μονάδας των ερωτώμενων σε εκπαιδευτικά προγράμματα γίνεται όσο συχνά χρειάζεται, κατά τη γνώμη των ερωτώμενων. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν σύμφωνα με την ιδιότητα και την εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα.

Τα αποτελέσματα συνολικά και όσον αφορά στην ιδιότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Όσο συχνά χρειάζεται	41,7%	24,3%	21,2%	27,5%
Λιγότερο συχνά από όσο χρειάζεται	56,3%	75,7%	78,8%	72,0%
Περισσότερο συχνά από όσο χρειάζεται	2,1%	0%	0%	0,5%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Στον Πίνακα 17, είναι εμφανές πως η πλειοψηφία πιστεύει ότι η προσφερόμενη επιμορφωτική εκπαίδευση είναι ανεπαρκής, συνεπώς δεν μπορεί να συναντήσει τις ανάγκες για απόκτηση νέας γνώσης και καταλυτικών δεξιοτήτων. Στους διοικητικούς υπαλλήλους το ποσοστό όσων θεωρούν ότι η παρεχόμενη εκπαίδευση επαρκεί προσεγγίζει αρκετά εκείνο όσων πιστεύουν το αντίθετο και είναι σχεδόν διπλάσιο του αντιστοίχου ποσοστού στις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού, ενώ είναι και η μόνη κατηγορία στην οποία καταγράφεται ένα, μικρό έστω, τμήμα το οποίο πιστεύει ότι παρέχεται υπερβάλλουσα εκπαίδευση. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντίθετα, κρίνει την παρεχόμενη εκπαίδευση ανεπαρκή, σε

ποσοστό υπερτριπλάσιο από όσους την κρίνουν επαρκή. Οι διαφορές αυτές είναι αναμενόμενες, λαμβανομένων υπ' όψη των ταχύτερων τεχνολογικών και μεθοδολογικών εξελίξεων στα πεδία της ιατρικής και της νοσηλευτικής, οι οποίες απαξιώνουν πολύ εύκολα τις υφιστάμενες γνώσεις και δεξιότητες.

Τα αποτελέσματα ως προς την εμπειρία στον Ιδιωτικό τομέα απεικονίζονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα.

Απαντήσεις	Τομέας απόκτησης εμπειρίας		Σύνολο
	Ιδιωτικό Τομέα	Δημόσιο Τομέα	
Όσο συχνά χρειάζεται	23,7%	37,2%	26,4%
Λιγότερο συχνά από όσο χρειάζεται	75,7%	62,8%	73,2%
Περισσότερο συχνά από όσο χρειάζεται	0,6%	0%	0,5%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

Στον Πίνακα 18 δεν εμφανίζεται εξάρτηση των αντιλήψεων περί της επάρκειας εκπαίδευσης από την προηγούμενη εμπειρία στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα. Ωστόσο, το 73,2% του συνολικού δείγματος, πιστεύει πως η εκπαιδευτική επιμόρφωση δεν γίνεται όσο συχνά χρειάζεται.

11η ερώτηση

Η εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας στην μονάδα σας

- a. Γίνεται έγκαιρα
- b. Γίνεται αλλά με καθυστέρηση
- c. Δεν γίνεται – ακολουθούνται κλασσικοί τρόποι εργασίας

Η ενδέκατη ερώτηση, η οποία ανήκει στο πεδίο της ανατροφοδότησης, διερευνά την αντίληψη του στελεχιακού δυναμικού των νοσοκομείων, σχετικά με το πως διαχειρίζονται οι μονάδες τους την καινοτομία. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν ως προς την ιδιότητα και την εμπειρία στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα.

Τα αποτελέσματα ως προς την ιδιότητα απεικονίζονται στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων στο σύνολο και ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Γίνεται έγκαιρα	18,8%	15,9%	7,7%	14,5%
Γίνεται αλλά με καθυστέρηση	41,7%	72,0%	75,0%	65,7%
Δεν γίνεται – ακολουθούνται κλασσικοί τρόποι εργασίας	35,4%	12,1%	17,3%	18,8%
Μη- απάντηση	2,1%	0%	0%	0,5%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Η μεγάλη πλειοψηφία του συνόλου όσων απάντησαν στο ερώτημα εκφράζει την άποψη περί προβληματικής διαχείρισης της καινοτομίας από την μονάδα τους. Προβληματική διαχείριση η οποία λαμβάνει την μορφή είτε της παντελούς έλλειψης καινοτόμων πρακτικών είτε της καθυστερημένης εισαγωγής καινοτομιών. Έτσι οι γιατροί και οι νοσηλευτές των οποίων οι εργασιακές διαδικασίες παρουσιάζουν υψηλό βαθμό συνάρτησης με την τεχνολογία, θεωρούν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ότι η καινοτομία εισάγεται στην εργασία τους και εμφανίζονται περισσότερο ευαισθητοποιημένοι στην ταχύτητα εισαγωγής και αξιοποίησης της. Αντίθετα οι διοικητικοί υπάλληλοι, σε τριπλάσιο σχεδόν ποσοστό, υποστηρίζουν ότι καινοτομία δεν εισάγεται και ότι συνήθως εργάζονται με κλασσικές μεθόδους.

Τα αποτελέσματα ως προς την εμπειρία στον Ιδιωτικό τομέα παρουσιάζονται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 20: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την εμπειρία στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα.

Απαντήσεις	Τομέα απόκτησης εμπειρίας		Σύνολο
	Ιδιωτικό Τομέα	Δημόσιο Τομέα	
Γίνεται έγκαιρα	13,0%	25,6%	15,5%
Γίνεται αλλά με καθυστέρηση	67,2%	58,1%	65,5%
Δεν γίνεται – ακολουθούνται κλασσικοί τρόποι εργασίας	18,6%	16,3%	18,2%
Μη-απάντηση	0,12%	0%	1%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

Στην περίπτωση αυτή δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφοροποιήσεις ευαισθητοποίησης ως προς την καινοτομία μεταξύ στελεχών με εμπειρία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Το αξιοσημείωτο στον Πίνακα 20 είναι πως στην πρώτη απάντηση του ερωτήματος, το ποσοστό στον ιδιωτικό τομέα είναι σχεδόν υποδιπλάσιο.

12η ερώτηση

Οι χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας σας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ)

- Είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι
- Είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι
- Είναι συνήθως λίγο ικανοποιημένοι
- Είναι συνήθως δυσαρεστημένοι

Η δωδέκατη ερώτηση μελετά τη γνώμη του νοσοκομειακού ανθρώπινου δυναμικού, σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των μονάδων τους. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με βάση την ιδιότητα, την εμπειρία στον Ιδιωτικό τομέα και το μέγεθος του νοσοκομείου.

Ως προς την ιδιότητα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 21.

Πίνακας 21: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι	14,9%	16,0%	9,6%	14,1%
Είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι	46,8%	73,6%	73,1%	67,3%
Είναι συνήθως λίγο ικανοποιημένοι	36,2%	10,4%	15,4%	17,6%
Είναι συνήθως δυσανεστημένοι	2,1%	0%	1,9%	1,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Στον Πίνακα 21 παρατηρούμε πως οι ερωτώμενοι, στην συντριπτική τους πλειοψηφία, δεν έχουν επιλέξει τις ακραίες επιλογές (πολύ ικανοποιημένοι-δυσανεστημένοι) και η όποια διαφοροποίηση αναπτύσσεται γύρω από τις ενδιάμεσες τιμές (αρκετά ικανοποιημένοι- λίγο ικανοποιημένοι). Η αντίληψη περί αρκετά ικανοποιημένων χρηστών είναι και η κρατούσα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως στη δεύτερη απάντηση υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του διοικητικού στελεχειακού δυναμικού και του ιατρο-νοσηλευτικού. Ένα άλλο σημείο, άξιο αναφοράς, είναι στην τρίτη απάντηση όπου βλέπουμε πως το ποσοστό του διοικητικού προσωπικού είναι υπερτριπλάσιο του αντίστοιχου ιατρικού δυναμικού και υπερδιπλάσιο του νοσηλευτικού.

13η ερώτηση

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

Η δέκατη τρίτη ερώτηση ασχολείται με το κατά πόσον, καταγράφεται συστηματικά ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της μονάδας (ασθενείς, οικογένειες ασθενών, συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, προμηθευτές κλπ) των ερωτηθέντων. Το ερώτημα είναι υποκειμενικής φύσεως, αφού βασίζεται στις εντυπώσεις του δείγματος. Οι απαντήσεις εξετάστηκαν ως προς την ιδιότητα και το μέγεθος του νοσοκομείου.

Τα αποτελέσματα ως προς την ιδιότητα εμφανίζονται στον Πίνακα 22.

Πίνακας 22: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σύμφωνα με την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Καταγράφεται συστηματικά	10,6%	4,7%	3,9%	5,9%
Καταγράφεται αλλά όχι συστηματικά	21,3%	28,3%	23,5%	25,5%
Δεν καταγράφεται	68,1%	67,0%	72,5%	68,6%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Από τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει τον συμπέρασμα πως ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών, δεν καταγράφεται καθόλου. Στην περίπτωση όπου καταγράφεται, αυτό δεν γίνεται συστηματικά.

3.2 Οι στατιστικά σημαντικότερες συσχετίσεις

Κάνοντας χρήση του chi square test προέκυψαν οι παρακάτω θετικές συσχετίσεις:

1. Η 10^η ερώτηση, από τις απαντήσεις της οποίας προέκυψε ο Πίνακας 17, αφορούσε στη μάθηση και εντάσσεται στο στάδιο της ανατροφοδότησης.

Πίνακας 23: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Όσο συχνά χρειάζεται	41,7%	24,3%	21,2%	27,5%
Λιγότερο συχνά από όσο χρειάζεται	56,3%	75,7%	78,8%	72,0%
Περισσότερο συχνά από όσο χρειάζεται	2,1%	0%	0%	0,5%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Εξετάζοντας την εξάρτηση μεταξύ των 2 μεταβλητών (άποψης-ιδιότητας), με χρήση του chi square test αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση (p -value= 0,038).

2. Η 11^η ερώτηση, από τις απαντήσεις της οποίας προέκυψε ο Πίνακας 19, αφορούσε στην καινοτομία και εντάσσεται στο στάδιο της ανατροφοδότησης.

Πίνακας 24: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων στο σύνολο και ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Γίνεται έγκαιρα	18,8%	15,9%	7,7%	14,5%
Γίνεται αλλά με καθυστέρηση	41,7%	72,0%	75,0%	65,7%
Δεν γίνεται – ακολουθούνται κλασσικοί τρόποι εργασίας	35,4%	12,1%	17,3%	18,8%
Μη- απάντηση	2,1%	0%	0%	0,5%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Χρησιμοποιώντας το μη παραμετρικό chi square test προκύπτει στατιστικά σημαντική εξάρτηση από την ιδιότητα (p-value= 0,002).

3. Η 12^η ερώτηση, από τις απαντήσεις της οποίας προέκυψε ο Πίνακας 21, αφορούσε στον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών και εντάσσεται στο στάδιο των εκροών.

Πίνακας 25: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ως προς την ιδιότητα.

Απαντήσεις	Ιδιότητα			Σύνολο
	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	
Είναι συνήθως πολύ ικανοποιημένοι	14,9%	16,0%	9,6%	14,1%
Είναι συνήθως αρκετά ικανοποιημένοι	46,8%	73,6%	73,1%	67,3%
Είναι συνήθως λίγο ικανοποιημένοι	36,2%	10,4%	15,4%	17,6%
Είναι συνήθως δυσαρεστημένοι	2,1%	0%	1,9%	1,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Σύμφωνα με το chi square test παρουσιάζεται σημαντική εξάρτηση των 2 μεταβλητών (p-value= 0,003).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην ανά χείρας πτυχιακή εργασία, έγινε μια προσπάθεια ποιοτικής αξιολόγησης 9 δημόσιων νοσοκομείων της περιφέρειας Πελοποννήσου. Μέσω της διερεύνησης και ανάλυσης των απόψεων του ανθρώπινου δυναμικού για την υφιστάμενη κατάσταση, προκύπτουν κάποια συμπεράσματα που σχετίζονται με την ποιότητα διαδικασιών των οργανισμών.

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων πιστεύει πως ο οργανισμός τους χωλαίνει όσον αφορά στην ικανότητα του να μετασχηματίζει τις εισροές του, λαμβάνοντας υπόψη το υπόδειγμα του «μαύρου κουτιού». Όμως, με βάση το υπόδειγμα του «διαφανούς κουτιού», παρατηρείται πως αυτή η αδυναμία των οργανισμών έγκειται σε παραμέτρους, οι οποίες σχετίζονται με την οργάνωση του νοσοκομείου. Μερικές από αυτές είναι το μειωμένο προσωπικό, η έλλειψη υποδομών και η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων. Όπως προκύπτει και από τα αποτελέσματα, κυρίως το ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό, αισθάνονται την ανάγκη για περαιτέρω επιμόρφωση και εκπαίδευση. Η χαμηλή ποιότητα διαδικασιών, αποτελεί επίσης, έναν ανασταλτικό παράγοντα στην επιχειρησιακή ικανότητα ενός οργανισμού, καθώς συνεπικουρεί στη στρέβλωση των υγειονομικών πόρων. Η πλειοψηφία του απασχολούμενου ανθρώπινου δυναμικού, αν και θεωρεί τις διαδικασίες στη μονάδα του αποτελεσματικές, το μεγαλύτερο μέρος του, πιστεύει ότι είναι περίπλοκες. Ενδιαφέρον, αποτελεί το γεγονός πως, ως προς την επάρκεια των διαδικασιών των άλλων μονάδων, το ποσοστό τους δείγματος που τις χαρακτηρίζει ως αναποτελεσματικές τριπλασιάζεται.

Όσον αφορά στις διαδικασίες σχετικές με την μάθηση και την απόκτηση εμπειρίας εντοπίζονται σημαντικά προβλήματα. Αυτά είναι τα παρακάτω:

- 1) Ο ενδο-οργανωτικός διάλογος, ο οποίος αποτελεί μια θεμελιώδη πηγή εμπειρικής μάθησης (Kolb,1984), παρουσιάζει προβλήματα στην συστηματικότητα και συχνότητα του.
- 2) Η εκπαίδευση επιμορφωτικού χαρακτήρα δεν χαρακτηρίζεται ως επαρκής, ειδικότερα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτή η διαπίστωση είναι πολύ σημαντική, γιατί ο χαρακτήρας και ο ρόλος αυτών των επαγγελματιών είναι χαρακτηριστικά συνυφασμένα, με την τεχνολογική πρόοδο και την ανανέωση της γνώσης.

- 3) Ο ενστερνισμός νέων μεθόδων εργασίας στις μονάδες καταγράφεται επίσης ως προβληματικός, λόγω της χρονικής καθυστέρησης που μεσολαβεί. Για το διοικητικό προσωπικό, καταγράφονται και υψηλά ποσοστά απόλυτης έλλειψης αλλαγών.
- 4) Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, διαδικασία απαραίτητη για οποιοδήποτε οργανισμό έχει σαν στόχο την διαρκή βελτίωση του, δεν πραγματοποιείται στα εξεταζόμενα νοσοκομεία.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες προτεινόμενες λύσεις, οι οποίες μελλοντικά, θα μπορούσαν να συναποτελέσουν μέρος ενός σχεδίου, που σκοπό θα είχε να περιορίσει τις παραπάνω αποτυπωμένες ανεπάρκειες και τελματώδεις παραμέτρους.

1^η: Οργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων, που στόχο θα έχουν την βελτίωση των υφιστάμενων υποδομών ή την υιοθέτηση νέων μεθόδων/διαδικασιών, μέσα σε εύλογο προκαθορισμένο χρονικό διάστημα και την επιμόρφωση των νοσοκομειακών στελεχών, ώστε να ενημερώνονται για τις νέες τάσεις και εξελίξεις και να είναι σε θέση να δραστηριοποιούνται και να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις καταστάσεις και τις διαδικασίες, που λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο, με συλλογικό τρόπο. Αργότερα, αν υπάρχει ακόμα η ανάγκη για επιπλέον προσωπικό, θα μπορούσαν να γίνουν προσλήψεις –με δεδομένη την μεγαλύτερη αυτονομία των νοσοκομειακών οργανισμών που συνεπάγεται από την μειωμένη κρατική παρέμβαση- και υπεύθυνοι για την εκπαίδευση των νεοπροσληθέντων υπαλλήλων θα μπορούσαν να είναι οι ήδη εκπαιδευμένοι επαγγελματίες που ανήκουν στον οργανισμό, μειώνοντας έτσι το κόστος επιμόρφωσης.

2^η: Συστηματική εσωτερική αξιολόγηση, που θα στοχεύει στον εντοπισμό παρεκκλίσεων, παραλείψεων και ελλείψεων, στις διαδικασίες του νοσοκομείου και την ανατροφοδότηση της παραγωγικής διαδικασίας. Μέσα από την επεξεργασία και την ανάλυση της διερεύνησης, κυρίως, των απόψεων των ασθενών και του στελεχιακού δυναμικού, θα καθίσταται εφικτό να συναχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την επιτυχή ή μη εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης στις σημερινές απαιτήσεις, το επίπεδο ικανοποίησης των ανθρώπινων πόρων και θα βελτιώνεται το επίπεδο φροντίδας. Αυτά θα έχουν ως επακόλουθο, την βελτίωση της ποιότητας των διαδικασιών.

3^η : Συστηματική ανταλλαγή εμπειριών σε ενδοτηματικό και διατηματικό επίπεδο,

για την καλύτερη μεταφορά πληροφοριών εντός και εκτός της υπο-μονάδας. Η ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών, ενημερώνει τους υπόλοιπους εργαζόμενους για τυχόν προβλήματα που ενδεχομένως να υπάρχουν και να τους προετοιμάζει για εκείνα που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον. Και αυτή η προτεινόμενη λύση, εντάσσεται στο πεδίο της ανατροφοδότησης της παραγωγικής διαδικασίας και έχει ως ύστατο σκοπό την καλύτερη ροή των πληροφοριών μέσα στο νοσοκομείο.

Τα παραπάνω μέτρα δεν αντιπροσωπεύουν «το νήμα της Αριάδνης», χάρη στο οποίο τα εξεταζόμενα νοσοκομεία θα βγουν από τον «λαβύρινθο» των αντιξοοτήτων, που τα στελέχη τους καλούνται να αντιμετωπίσουν σε καθημερινή βάση, αλλά πιθανόν, ένα μέρος του πάζλ. Μια πιο ενδελεχής έρευνα είναι επιτακτική, ώστε να αναγνωριστούν όλες οι ανάγκες και τα προβλήματα που διακατέχουν τα νοσοκομεία και να βρεθούν οι ανάλογες λύσεις, ώστε να αναβαθμιστεί η παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση

- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., (2002), *“Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings”*, Conference Paper for the International Hospital Outcomes Research Consortium, International Journal for Quality in Health Care 2002, vol. 14, Number 1: pp. 5-13.
- Aletras, V., Papadopoulos, E., Niakas, D., (2006), *“Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses”*, BMC Health Services Research, 6:66.
- Appleton, K., House, A., Dowell, A., (1998), *“A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds”*, British Journal of General Practice, 48, 1059-1063.
- Blumenthal, D., (1996), *“Quality of health care – part 4: the origins of quality-of-care debate”*, The New England Journal of Medicine, 1996;335:1146:9.
- Bruster, S., Jarman, B., Bosanquet, N., Weston, D., Erens R., Delbanco, T.L., (1994), *“National survey of hospital patients”*, British Medical Journal, 309 (6968): 1542-6 in Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, Αθήνα, 2008.
- Calnan , F. M. et Wall, B. (1999), *“Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines”*, BMJ, 319: 605-8.
- Casson, S., & George, G., (1992), *“Quality assurance: using BS 5750 in health care settings. Nursing Standards”*, 6 (44): 33-8.
- Coulter, A., (1997), *“Opinion and experience: do they concur?”*, Picker Institute Europe.

- Coulter, A., Jenkinson, C., (2005), "*European patients' view on the responsiveness of health Missing Systems and healthcare providers*", *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 4, 355-360.
- Crosby, P., (1992), "*Quality Is Free*", New York, NY: Mentor Books.
- Deming, W.E., (1993), "*The New Economics for Industry, Government, and Education*", Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Donabedian, A., (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its assessment*, Health Administration Press, Anne Arbor, Michigan,.
- Donabedian, A., (1988), "*The Quality of care: How can it be assessed?*", *JAMA*, 1743-80.
- Donabedian, A., (1990), "*The Seven Pillars of Quality*", *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114: 14-16.
- Evans R. James, Lindsay M. William, (2007), "*The Management and Control of Quality*".
- Feigenbaum, A. V., (1983), "*Total Quality Control*", London – New York: McGraw Hill.
- French, F., Ikenwilo, D., Scott, A., (2007), "*What influences the job satisfaction of staff and associate specialist hospital doctors?*", *Health Services Management Research* 20: 153–161.
- Gasquet, I., Villeminot, S. Estaquio, C., Durieux, P., Ravaud P. and Falissard, B., (2004), "*Construction of a questionnaire measuring outpatients opinion of quality of hospital consultation departments*", *Health of Quality of Life Outcomes* 2004, 2:43.
- Gessell, S.B., (2001), "*A measure of satisfaction for the assisted-living industry*", *J Healthcare Qual.*, 23: 16-25 in Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, Αθήνα, 2008.
- Ishikawa, Kaoru, (1985), *What is Total Quality Management: The Japanese Way*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Jaipaul, C.K. et Rosenthal, G.F., (2003), “*Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?*”, J. Gen. Intern. Med., 18(1): 23-30 in Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, Αθήνα, 2008.
- Ingersoll, G., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B., Davies, J., (2002), “*Nurses’ Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Career Intent*”, JONA Volume 32, Number 5, pp 250-263
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002), *A journey Through the History of the Joint Commission*, Chicago: JCAHO.
- Kolb, David. A. (1984) *Experiential Learning*, Prentice Hall, Revans Reg (1980), *Action learning: new techniques for management*, Blond & Briggs
- Kunkel, S.,T., Westerling, R., (2006), “*Different types and aspects of quality systems and their implications – A thematic comparison of seven quality systems at a university hospital*”, Health Policy 76, pp. 125-133.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I., (2008), “*Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action*”, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall.
- Machuca Jose A.D., Carillo Domingo A. Miguel, (1996), ‘*Transparent-Box Business Simulators versus Black-Box Business Simulators: an initial empirical comparative study*’, *Conference Proceedings*, The 14th International Conference of the System Dynamics Society, Cambridge, Massachusetts, USA.
- Maxwell, R. (1984b), “*Dimensions of quality revisited: from thought to action*”, Quality in Health Care, 1(3):171-7.
- Maxwell, R. (1984a), “*Quality Assessment in Health*”, British Medical Journal, 288: 1470-2.

- Merkouris A., Yfantopoulos J., Lanara V., Lemonidou C. (1999), *“Developing an Instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece”*, Journal of Nursing Management, 7: 91-100 in: Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, Αθήνα, 2008.
- Mosad Z., (2006), *“The quality of health care ant patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics”*, International Journal of Health Care Assurance Inc Leadership Health Services, 2006;19(1):60-92.
- Moumtzoglou A., Dafogianni C., Karra V., Michailidou D., Lazarou P., Bartsocas C., (2000), *“Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care”*, International Journal of Quality in Health Care, 12(4): 331-337.
- Juran, J., (1986), The Quality Trilogy, Quality Progress, August, pp.19-24.
- Ovretveit J. (2004), *“Formulating a health quality improvement strategy for a developing country”* – International Journal of Health Care Quality Assurance, 17(7): pp 368-376.
- Ovretveit J., (2000), *“The economics of quality – a practical approach”*, International Journal of Health Care Quality Assurance, 13: 200-7.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry L., (1988), *“Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring perceptions of Service Quality”*, Journal of Retailing, 64, pp. 12-40.
- Piko, B., (2005), *“Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey”*, International Journal of Nursing Studies 43 (2006) 311–318.
- Pillay, R., (2009), *“Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors”*, Human Resources for Health 2009, 7:15 doi:10.1186/1478-4491-7-15.

- Reeves, C. A. & Bednar, D. A. (1994), "*Defining Quality: Alternatives and Implications*",
The Academy of Management Review, 19 (3): 419-445.
- Rigby, KD, Litt, JCB, (2009), "*Errors in health care management: what do they cost?*",
Quality in Health Care, 2000;9:216-21.
- Schuster M.,A., McGlynn E.,A., Brook R.H., (1998), "*How good is the quality of Health care
in the United States*", The Millbank Quarterly, Vol 83, No4," 517-63.
- Sveinsdóttir, H., Biering, P., Ramel, A., (2006), "*Occupational stress, job satisfaction, and
working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire
survey*", International Journal of Nursing Studies 43 (2006) 875–889.
- Willem, A., Buelens, M., De Jonghe, I., (2006), "*Impact of organizational structure on
nurses' job satisfaction: A questionnaire survey*", International Journal of Nursing
Studies 44 (2007) 1011–1020.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry L., (1990), "*Delivering Quality Services*", The
Free Press, New York.

Ελληνόγλωσσα

- Αλεξιάκης, Γ., (2006), *Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ – δεκαέξι απλά μαθήματα*, Εκδόσεις Σμίλη, σ.334-335.
- Βασιλάκης, Γ., Καπετανάκης Γ., Μάλτεζάκη Ε., Πλευράκη Ε., (1997), «*Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών σε δύο κλινικές του ΠΓΝΝ Ηρακλείου με χρήση ερωτηματολογίου*», Προσωπική Επικοινωνία.
- Γεωργακάκου, Χ., (2000), «*Η ποιοτική Διασφάλιση στα Κέντρα Υγείας*», Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 12.
- Δερβιτσιώτης, Κ., Ν., (2001), «*Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*», INTERBOOKS, Αθήνα.
- Δρίτσας, Σ. και συν., (1994), «*Απόψεις νοσηλευομένων και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο ΓΝ Κοργιαλένιο Μπενάκειο του ΕΕΣ*», *Επιθεώρηση Υγείας*, 59-63.
- ΕΚ.ΠΟΙ.ΖΩ., (1999) στο Παπανικολάου Β., «*Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡΧΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ*», ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα, 2007.
- ΕΛΟΤ EN ISO-9000:2000, «*Περιγραφές βασικών εννοιών και σχετική ορολογία*».
- Θεοδώρου, Μ., (1993), «*Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ: Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού γιατρού*», ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.
- Καμπάντα, Μ., Νιάκας, Δ., (2004), «*Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4):354-362.
- Καραθάνου, Α., (2007), «*Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ*», Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Οικονομικών και Κοινωνικών

- Επιστημών, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Θεσσαλονίκη.
- Καμπουρά – Νιφλή Ε., Καραναστάση Μ., Κυπαρίση Γ., Νάτσιος Α., Ασημακοπούλου Γ., Καλκίνη Ε., (2001), «*ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ / ΧΡΗΣΤΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ*», Υγειονομική Υπηρεσία ΤΕΙ Λάρισας.
- Κέφης, Β., (2005), *ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ: ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΙΑ, BUSINESS*, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ, Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., (2003), Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας: Η οπτική των οικονομικών της Υγείας, στο Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
- Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής Χ., Ζήμερας Στ., (2006), «*Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα της οικονομίας με βάση το τρίπτυχο: Οργάνωση-Πληροφόρηση-Ποιότητα*», στον Συλλογικό Επιστημονικό: Διοικητική Θεωρία και Πράξη-Διοίκηση της Κοινωνίας, σελ. 207-240, Σάκκουλας: Αθήνα-Θεσσαλονίκη.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2008), *ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ*, Αθήνα.
- Λιακοπούλου, Ε., (2008), «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο Χατζηκώστα*». Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Ιωάννινα.
- Μερκούρης, Α. (1996), «*Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*», Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1996.
- Μπουραντάς, Δ., (2002), «*Μάνατζμεντ: Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες Πρακτικές*», Γ. Μπένου, Αθήνα.
- Νιάκας, Δ., Γναρδέλλης, Χ., (2000), «*Η ικανοποίηση ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας*», Ιατρική, 77 (5): 464-470.

- Νιάκας, Δ. (2003) *«Μέτρηση της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ»*, στο «Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», Εκδόσεις MediForce, Αθήνα.
- Οικονομοπούλου, Χ., (2002) Εκπαιδευτικές σημειώσεις, Ποιότητα.
- Παπαγιανοπούλου, Β., κ. συν., (2008), *«Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής»*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):73-82.
- Παπανικολάου, Β., (2007) *Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡΧΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ*, ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος, Ι., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι., (2005), *«Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική»*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(3):284-295.
- Πολύζος, Ν., (2007), Διδακτικές Σημειώσεις, «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», Καλαμάτα.
- Ραφτόπουλος, Β., (2000), *«Εκτίμηση της ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών»*. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
- Σιγάλας, Ι., (1999), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 15-98, Πάτρα.
- Σιουρούνη, Ε. (2009), «Διοικητική πρακτική σε μονάδες υγείας και πρόνοιας», Διδακτικές σημειώσεις, ΑΤΕΙ-Καλαμάτας.
- Σουλιώτης, Κ., Δόγλερας Α., Κυριόπουλος Γ., (2003), *«Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας: Ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας»* στο: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
- Τούντας, Γ., (2003α), *«Η Βελτίωση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας»*, Π.Ο.Υ., Ευρωπαϊκά Νοσοκομεία Προαγωγής Υγείας, Αθήνα.

Τούντας, Γ., (2003b), «*Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας*», Αρχεία
Ελληνικής Ιατρικής, 20(5): 532-546.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

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

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 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