



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

# **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:  
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ**

**ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Επιφανίου Ελένη

Μάιος, 2017

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

## **Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ**

Οικονόμου Νικόλαος

Επιβλέπων Καθηγητής  
Δρ. Επιφανίου Ελένη

Μάιος, 2017

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*Η μεταπτυχιακή διατριβή αφιερώνεται στον αείμνηστο φίλο μου «Νικόλα» που έφυγε νωρίς από κοντά μας, η φιλία του και η καλοσύνη του βοήθησαν όλους εμάς που τον γνωρίζαμε να ξεκινήσουμε πριν από 20 χρόνια το ποιοτικότερο ταξίδι της ζωής μας.*

*Ευχαριστώ τους φίλους μου Ειρήνη και Δημήτρη που μου έδειξαν το δρόμο, τον συνοδοιπόρο μου τον Ανέστη που μαζί περάσαμε και θα περάσουμε ακόμα, όλα τα δύσκολα μονοπάτια, την οικογένειά μου που με στήριξε και με στηρίζει όλα αυτά τα χρόνια.*

*«Ιδιαίτερος ευγνωμονώ το θεό που έφερε στο δρόμο μου την γυναίκα μου και τη γιαγιά μου».*

*Ελένη σε ευχαριστώ για την καθοδήγηση και την υπομονή σου.*

*Νικόλας*

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b>	<b>iv</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b>	<b>vii</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ</b>	<b>viii</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>ix</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>xi</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>1</b>
<b>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>4</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Ποιότητα</b>	<b>5</b>
1.1 Εισαγωγή	5
1.2 Εννοιολογική προσέγγιση	5
1.3 Διαστάσεις ποιότητας	8
1.4 Η ποιότητα στον τομέα των υπηρεσιών	11
1.5 Μέτρηση της ποιότητας	13
1.6 Βασικοί παράγοντες επιτυχίας της ποιότητας	15
1.7 Εργαλεία και τεχνικές για τη βελτίωση της ποιότητας	23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας</b>	<b>26</b>
2.1 Εισαγωγή	26
2.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	27
2.3 Τα συστατικά στοιχεία της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	30
2.4 Το κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	33
2.5 Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	34
2.6 Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομειακό τομέα	36
2.7 Διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες	40
2.8 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας στις μονάδες υγείας	42
	<b>iv</b>

2.9	Η ποιότητα στις δημόσιες μονάδες υγείας	44
2.9.1	Εθνικές πολιτικές ποιότητας	45
2.9.2	Ελληνικές πολιτικές ποιότητας	47
2.9.3	Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	51
2.9.4	Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου</b>		<b>55</b>
3.1	Εισαγωγή	55
3.2	Ιστορικό	56
3.3	Νομικό Πλαίσιο	57
3.4	Όργανα Διοίκησης – Δύναμη κλινών	59
3.5	Διοικητική δομή	59
3.6	Ιατρική Υπηρεσία	60
3.7	Νοσηλευτική Υπηρεσία	63
3.8	Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία	63
<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>		<b>86</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Μεθοδολογία</b>		<b>87</b>
4.1	Σκοπός – Στόχοι	87
4.2	Ερευνητικά ερωτήματα	87
4.3	Σχεδιασμός	88
4.4	Πληθυσμός - Δείγμα	90
4.5	Μέθοδος συλλογής δεδομένων	91
4.6	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	94
4.7	Διαδικασία	95
4.8	Ηθικές προεκτάσεις	95
4.9	Ανάλυση δεδομένων	96

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Αποτελέσματα</b>	<b>98</b>
5.1 Περιγραφή του δείγματος	98
5.2 Θεματική ανάλυση δεδομένων	99
5.2.1 Διαδικασίες εισαγωγής	99
5.2.2 Ικανοποίηση από την συμπεριφορά του προσωπικού	100
5.2.3 Τομέας ενημέρωση	101
5.3 Προσφερόμενες υπηρεσίες	102
5.3.1 Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα	102
5.3.2 Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας	103
5.3.3 Ποιότητα παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών	105
5.4 Προσδοκίες ασθενών	105
5.5 Υποδομές	106
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - Συζήτηση – Συμπεράσματα - Εισηγήσεις</b>	<b>108</b>
6.1 Συζήτηση	108
6.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	108
6.1.2 Διαδικασίες εισαγωγής	108
6.1.3 Προσφερόμενες υπηρεσίες	110
6.1.4 Συγκριτική παρουσίαση μελετών	113
6.2 Περιορισμοί της μελέτης	115
6.3 Συμπεράσματα	115
6.4 Εισηγήσεις	117
<b>ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>121</b>
Ελληνική Βιβλιογραφία	121
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	128
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>143</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ποιότητας κατά JCAHO .....	38
Πίνακας 2. Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας σε δημόσια νοσοκομεία .....	52
Πίνακας 3. Διάθρωση Τμημάτων και Μονάδων Παθολογικού Τομέα .....	61
Πίνακας 4. Μονάδες Παθολογικού Τομέα .....	61
Πίνακας 5. Διάρθρωση Τμημάτων και Μονάδων Χειρουργικού Τομέα .....	61
Πίνακας 6. Μονάδες Χειρουργικού Τομέα .....	61
Πίνακας 7. Διάρθρωση Τμημάτων Εργαστηριακού Τομέα .....	62
Πίνακας 8. Διάρθρωση Τμημάτων Τομέα Ψυχικής Υγείας .....	62
Πίνακας 9. Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=15).....	98

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Οι διαστάσεις ποιότητας προϊόντων .....	9
Εικόνα 2. Παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών.....	10
Εικόνα 3. Βασικά στοιχεία πετυχημένης στρατηγικής ποιότητας.....	15
Εικόνα 4. Ο κύκλος του Deming.....	21
Εικόνα 5. Συστατικά στοιχεία ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	31
Εικόνα 6. Οργανόγραμμα Γ.Ν. Κορίνθου .....	59
Εικόνα 7. Οργανόγραμμα Ιατρικής Υπηρεσίας.....	60
Εικόνα 8.Οργανόγραμμα Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας .....	64



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η διασφάλιση της ποιότητας σε υπηρεσίες που επιδιώκουν να ικανοποιήσουν το ανθρώπινο αίσθημα ασφάλειας, όπως αυτές των υπηρεσιών υγείας, είναι μείζον σημασίας, επιφέροντας σημαντικά οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους στην υγεία. Η ανάγκη εφαρμογής της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσής της στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική, καθώς τα οφέλη που προκύπτουν αφορούν κυρίως την επιβεβλημένη μείωση του κόστους και την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών στους ασθενείς.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, καθώς και η διάγνωση πιθανών προβλημάτων και ελλείψεων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου, και στις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές).

**Μεθοδολογία:** Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι ποιοτική. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν δεκαπέντε (15) άτομα, χρήστες των υπηρεσιών (ασθενείς) του νοσοκομείου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις και τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε θεματική ανάλυση κατά άξονα ενδιαφέροντος, με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας. Ακολουθήθηκε η διαδικασία της κωδικοποίησης, μέσω της οποίας αναπτύχθηκαν και διατυπώθηκαν όμοια θέματα και κατηγορίες μεταξύ των δεδομένων που συλλέχθηκαν κατά τις συνεντεύξεις.

**Αποτελέσματα:** Η ποιότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου αποκλίνει των προσδοκιών των ασθενών, καθώς η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου είναι χαμηλότερη της προσδοκώμενης ποιότητας που ταιριάζει σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Τα προβλήματα και οι ελλείψεις ποιότητας που εντοπίστηκαν, αποτελούν απόρροια κυρίως των αδυναμιών των πολιτικών υγείας που ακολουθούνται και εφαρμόζονται από τους κρατικούς μηχανισμούς, με αποτέλεσμα η διοίκηση του νοσοκομείου να μη δύναται να παρέμβει. Από την άλλη πλευρά τα προβλήματα ποιότητας που εξαρτώνται από τη λειτουργία της διοίκησης του νοσοκομείου και αποτελούν ευθύνη της, αναφέρονται κυρίως στην ανταποκρισιμότητα, στην αποδοτικότητα και στη συμπεριφορά του προσωπικού υγείας, και η αντιμετώπισή

τους συνίσταται μέσω της εφαρμογής των αρχών και των μεθόδων υποκίνησης του προσωπικού υγείας.

**Συμπεράσματα:** Η διαρκής παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή/χρήστη καθίσταται απαραίτητη, όπως ορίζουν οι αρχές βελτίωσης της ποιότητας. Προτείνεται η ανάπτυξη ενός τρόπου διοίκησης που θα στηρίζεται σε διεργασίες, για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης της λειτουργίας του νοσοκομείου, μέσω της παρακολούθησης και της ανάλυσης μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Η έρευνα των αντιλήψεων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο, προσανατολίζει με τέτοιο τρόπο τη διοίκησή του έτσι ώστε να μπορεί να βελτιώσει εκείνα τα σημεία που αναδείχθηκαν μέσα από αυτή, για να επιτύχει τελικά τη βελτίωση συνολικά της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας

**Λέξεις-κλειδιά:** *Ποιότητα, Βελτίωση ποιότητας, Υπηρεσίες Υγείας, Δημόσιες Μονάδες Υγείας, Δημόσιο Νοσοκομείο.*

## SUMMARY

**Background:** Quality assurance in services that seek to satisfy human security, such as health services, is of major importance, bringing significant benefits to all health stakeholders. The need to apply quality and improve it continuously in Public Health Units, is becoming more and more imperative, as the benefits that emerge mainly relate to the required cost reduction and the provision of better quality services to patients.

**Aim:** To evaluate the quality of health services provided in the General Hospital of Corinthos, as well as to identify possible problems and quality deficiencies that may exist in the organization and operation of the hospital and the services provided (medical, nursing, administrative).

**Methods:** This research study is qualitative. The study sample consisted of 15 users of hospital services (patients). Data collection was done using semi-structured interviews and a questionnaire. For the data analysis, a thematic analysis was made on the basis of research inquires. The codification process was followed, through which similar issues and categories were developed and formulated between the data gathered during the interviews.

**Results:** The quality of hospital services differs from patient's expectations, as the perceived quality of hospital's health services is below the expected quality that suits a public hospital. Quality problems identified by the survey mainly result from the weaknesses of the health policies pursued and implemented by government mechanisms, with the result that the hospital administration cannot intervene. On the other hand, the quality problems that depend on the operation of the hospital administration and its responsibility, refer mainly to responsiveness, efficiency and behavior of health personnel, and their treatment consists in applying the principles and methods of stimulating the health personnel.

**Conclusions:** Continuous provision of high-quality health services focused on the patient/user becomes necessary, as defined by the TQM principles. It is proposed to develop a management method based on processes, to achieve continuous improvement in hospital performance through monitoring and analysis of measurable results. Researching the perceptions of healthcare users in the hospital directs its management in such a way so that it can improve those points that emerged through it in order ultimately to achieve overall improvement in the quality of the offered health services.

**Key Words:** *Quality, Quality improvement, Health Services, Public Health Units, Public Hospital*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ποιότητας έχει προκαλέσει πολλές διαμάχες, με αποτέλεσμα την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Οικονομοπούλου και συν., 1999; Οικονομοπούλου, 1991; Ovretveit, 1990; Black, 1990). Ωστόσο, ο ορισμός που χρησιμοποιείται ευρύτατα είναι ο εξής: «η ποιότητα να ικανοποιεί ή να υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lidsay, 2002). Ο Donabedian, ως πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας, καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης και όρισε την ποιότητα ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, σκεπτόμενοι όλα τα οφέλη και τις απώλειες που πρόκειται να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης» (Harteloh, 2004; Θεοδωρακιάδου & Τσιότρας, 2000). Σήμερα, αν και η συμβολή του Donabedian στη βελτίωση της ποιότητας είναι υψηλή, ο κλασικός ορισμός του τείνει να θεωρηθεί στατικός και κατευθύνεται, όπως και στο τομέα των επιχειρήσεων, προς μια συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Μεταξύ των διαφορετικών ποιοτικών προσεγγίσεων, έχει παρατηρηθεί μια σαφής προτίμηση, σε καθολικό επίπεδο, για υιοθέτηση των αρχών διασφάλισης της ποιότητας στο τομέα της υγείας. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται στις προτεραιότητες των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμίσεων που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, καθώς θεωρείται ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για την βελτίωση της παραγωγικότητας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Οικονομοπούλου και συν., 1995). Ωστόσο, λόγω της έντονης κρίσης που παρουσιάζεται στον τομέα της υγείας, έχει παρατηρηθεί ότι η φιλοσοφία της ολικής ποιότητας έχει εφαρμοστεί σε μικρό βαθμό στον χώρο των νοσοκομείων συγκριτικά με αυτόν των επιχειρήσεων.

Τα νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετους και πολύπλοκους οργανισμούς, οι οποίοι λειτουργούν σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στο οποίο πρέπει κάθε φορά να προσαρμόζονται, προκειμένου να ανταποκρίνονται στην απαιτήσεις για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η διάκριση των οργανισμών αυτών, με βάση τη νομική τους μορφή καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας τους και θεσπίζει τους σκοπούς με τους οποίους δικαιολογούν την ύπαρξή τους, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η άσκηση του management. Αναφορικά με τους σκοπούς που διέπουν τη λειτουργία τους, οι στόχοι των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας εστιάζουν στη μεγιστοποίηση των κερδών μέσω της αύξησης των πωλήσεων, στην οποία κυρίαρχο ρόλο ενέχει η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ώστε να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες και απαιτήσεις του πελάτη, λειτουργώντας στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς όντας ελεγχόμενη από της δυνάμεις αυτής. Αντιθέτως, οι στόχοι των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πιο ακαθόριστοι και σχετίζονται γενικά με την ισότητα και τη δικαιοσύνη στη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ υφίστανται κρατικούς ελέγχους που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε πολιτικές δυνάμεις.

Ως απόρροια των παραπάνω, η εφαρμογή της ποιότητας και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσής της εξυπηρετεί με διαφορετικό τρόπο τους στόχους της κάθε μονάδας υγείας, ενώ διαφαίνεται και στις δύο περιπτώσεις να έχει κρίσιμη και επιτακτική σημασία. Στις ιδιωτικές μονάδες υγείας, οι προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας δεν παρουσιάζουν ουσιαστικά διαφορές με τις αντίστοιχες που ασκούνται σε κάθε είδους ιδιωτική εταιρεία παροχής υπηρεσιών, καθώς εκμεταλλεύονται όλα τα απορρέοντα πλεονεκτήματα της δομής, του καθεστώτος λειτουργίας και γενικά όλων των κανόνων που διέπουν την έννοια της ελεύθερης αγοράς. Αντιθέτως, οι πρωτοβουλίες για βελτίωση της ποιότητας στις δημόσιες μονάδες υγείας παρουσιάζουν ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον εξαιτίας του ιδιαίτερου καθεστώτος στο οποίο λειτουργούν και το οποίο θέτει αρκετές δυσκολίες και εμπόδια για την αποτελεσματική εφαρμογή της.

Η ανατροφοδότηση των δεδομένων σχετικά με την ποιότητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα στάδια εφαρμογής των αρχών και των τεχνικών βελτίωσης της ποιότητας. Μέσω αυτών παρέχεται η δυνατότητα αξιολόγησης του υφιστάμενου επιπέδου της ποιότητας του οργανισμού, εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο συγκεκριμένες στρατηγικές ποιότητας συνέβαλλαν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και στον εντοπισμό τυχόν προβλημάτων και ελλείψεων, η λύση και αντιμετώπιση των οποίων θα συντελέσει καθοριστικά στη βελτίωση της ποιότητας. Με τον τρόπο αυτό, ικανοποιείται η αρχή αναφορικά με τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, ενώ στην περίπτωση κατά την οποία η άντληση των δεδομένων σχετικά με την ποιότητα πραγματοποιηθεί από τους πελάτες του οργανισμού, τότε θα ικανοποιείται ταυτόχρονα και η αρχή που αναφέρεται στην εστίαση στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών. Σε αυτά τα πλαίσια σχεδιάστηκε και διεξήχθη η έρευνα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Ως επιμέρους στόχοι τίθενται η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, στηριζόμενη στις απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (ασθενών), καθώς και η διάγνωση των προβλημάτων και των ελλείψεων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου και στις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές).

Η μέτρηση της ποιότητας και κατ' επέκταση ο εντοπισμός των προβλημάτων ποιότητας δεν έχει παγιωθεί ως αναπόσπαστο στοιχείο των πρωτοβουλιών για βελτίωση της ποιότητας στην πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων, σε αντίθεση με το διεθνή χώρο. Συνεπώς, η σημασία της συγκεκριμένης έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι θα συντελέσει στην αναγνώριση της υφιστάμενης κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου από τη Διοίκηση του νοσοκομείου και τους επαγγελματίες υγείας, στην εντόπιση των προβλημάτων ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στο έργο της αναζήτησης λύσεων στα προβλήματα ποιότητας που εντοπίστηκαν, προκειμένου τελικά να επιτευχθεί η αναβάθμιση/βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ως ενός εκ των υφιστάμενων σκοπών και στόχων των νοσοκομείων ως οργανισμών.

# ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Ποιότητα

### 1.1 Εισαγωγή

Ο όρος της «ποιότητας» εισήλθε δυναμικά στη διαχειριστική λογική, καθώς συνειδητοποιήθηκε πλήρως αφενός μεν ότι η παραγωγικότητα δε δύναται πλέον να στηρίξει την ανταγωνιστικότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας στην αγορά, αφετέρου δε ότι η ίδια η ποιότητα αποτελεί συχνά τη βασική και πιο αποτελεσματική προϋπόθεση επιτυχίας, υποδηλώνοντας ότι πλέον συνδέεται άμεσα τόσο με το κόστος παραγωγής, όσο και με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα. Άλλωστε, ελάχιστος φαίνεται να είναι ο αριθμός των καταναλωτών που θα αγόραζαν πάλι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία που δεν τους ικανοποιεί πλήρως, δηλαδή δεν καλύπτει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις τους, ανεξαρτήτως της τιμής του.

Η ποιότητα αποτελεί ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα ανάπτυξης όχι μόνο των επιχειρήσεων αλλά και γενικότερα της κοινωνίας. Στη προσπάθεια επίτευξης όσο το δυνατόν υψηλότερης ποιότητας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, οι μονάδες παραγωγής/επιχειρήσεις πρέπει να ελέγχουν και να βελτιώνουν συνεχώς την παραγωγική τους διαδικασία προκειμένου τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες που θα προσφέρουν να είναι ποιοτικά αναβαθμισμένα (Γκαράγκος, 2006).

### 1.2 Εννοιολογική προσέγγιση

Οι ρίζες της λέξης «ποιότητα» φθάνουν βαθιά στην αρχαιότητα, όπως αποδεικνύεται από τα κείμενα της αρχαίας ελληνικής γραμματείας και τις ενεπίγραφες στήλες (Βαρουφάκης, 1997). Ετυμολογικά, ο όρος προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης» που απορρέει από τη ρίζα «ποιός-τι λογής» υποδηλώνοντας το ποιόν, τη φύση ή την εσωτερική υπόσταση ενός προσώπου ή πράγματος, καθώς και το σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα εμπόρευμα/προϊόν συγκριτικά με τα ομοειδή του. Ως έννοια δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό, καθώς πρόκειται για μια υποκειμενική έννοια, εξαρτώμενη από τον κριτή της (Κέφης, 2005). Ταυτόχρονα, η ποιότητα αποτελεί και μια πολυσύνθετη έννοια η οποία προσφέρεται για

πολύπλευρη προσέγγιση, εξαιτίας των διαφορετικών παραγόντων και παραμέτρων που τη μεταβάλλουν, όταν επιχειρείται η σύνδεση των αναγκών και απαιτήσεων των ατόμων με τις δραστηριότητές τους.

Ο όρος της ποιότητας, είναι μία έννοια που καθορίζεται από τον κάθε ερευνητή διαφορετικά. Η ποιότητα έχει οριστεί με πληθώρα τρόπων, εξαιτίας των πολλών προσδιορισμών της έννοιας. Μάλιστα, για πολλούς η έννοια της ποιότητας μεταβάλλεται και μετασχηματίζεται ανάλογα με τις αλλαγές στην οργάνωση και τη διοίκηση των οργανισμών (Παπανικολάου, 2007). Η χρήση του όρου έχει πάρει σήμερα τεράστιες διαστάσεις, γεγονός που συντελεί στη δημιουργία πολλών ερμηνειών και διαφορετικών πεδίων εφαρμογής, τα οποία πολλές φορές δεν συσχετίζονται ή συσχετίζονται ελάχιστα, εμφανίζοντας σημεία αντιφάσεων και συγκρούσεων.

Οι Feigenbaum και Abbot (Feigenbaum, 1951; Abbot, 1955) όρισαν την ποιότητα ως «αξία» (value-based criteria), η οποία καθορίζεται από την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος ή της υπηρεσίας σε συνάρτηση με την προσφερόμενη τιμή, αποτελώντας κριτήριο που καθορίζει την αποδοχή ή την απόρριψη από τον πελάτη. Ο Juran (1973) καθόρισε την ποιότητα με χαρακτηριστικά «καταλληλότητας για χρήση» (fitness for intended use-used based criteria), ενώ ο Gilmore (Gilmore, 1974) θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι ταυτόσημη με την «συμμόρφωση στις προδιαγραφές» (conformance to specifications-manufacturing-based criteria). Ο Crosby (1979) χρησιμοποιεί μια πιο στενή προσέγγιση στον ορισμό της ποιότητας, ορίζοντας την ποιότητα ως «συμμόρφωση των χαρακτηριστικών του προϊόντος στις απαιτήσεις του πελάτη» (conformance to requirements).

Για τον Deming (1986) η ποιότητα είναι ένας ατελείωτος κύκλος συνεχούς βελτίωσης (never ending cycle of continuous improvement ή PDCA-cycle) και την ορίζει ως «ικανοποίηση των αναγκών των πελατών». Αντίστοιχα οι Laffel και Blumenthal (1989) υποστηρίζουν πως η ποιότητα θα πρέπει να ορισθεί ως μια συνεχής και επίπονη προσπάθεια από το σύνολο των μελών ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών, ενώ οι Reeves και Bednar (1994) προσεγγίζουν την ποιότητα ως αριστεία (excellence), αξία (value), συμμόρφωση στις προδιαγραφές (conformance to specifications) και κάλυψη των προσδοκιών των πελατών (meeting customer expectations).

Σύμφωνα με τον Δερβιτσιώτη (2001) «η ποιότητα ενός είδους (προϊόν/υπηρεσία) είναι η αξία που προσφέρεται στον πελάτη ως ανταπόδοση για το χρονικό διάστημα χρήσης του προϊόντος/υπηρεσίας, σε συνδυασμό με το συνολικό οικονομικό και ψυχολογικό κόστος που συνοδεύουν τον κύκλο ζωής του είδους». Η Παπανικολάου (2007) ορίζει την ποιότητα ως μία δυναμική κατάσταση που συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον, η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη.

Ένας διεθνώς αποδεκτός ορισμός της ποιότητας προέρχεται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization Organization, ISO) και περιλαμβάνει αρκετές από τις ανωτέρω προσεγγίσεις. Σύμφωνα λοιπόν με τον ISO, ως ποιότητα ορίζεται «το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που αναφέρεται στην ικανότητά του να ικανοποιεί τις δηλωθείσες καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες από τη χρήση τους» (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Από την μελέτη των διαφορετικών θεωριών και προσεγγίσεων της ποιότητας, παρατηρείται ότι η ποιότητα ενός προϊόντος/υπηρεσίας ορίζεται σε σχέση με τον αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη). Ωστόσο, η έννοια της ποιότητας παρουσιάζει δύο όψεις, με διαφορετική ερμηνεία από την οπτική γωνία του καταναλωτή και διαφορετική από την οπτική γωνία του προμηθευτή. Πιο συγκεκριμένα, από την πλευρά του καταναλωτή, η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό ανταπόκρισης του προϊόντος/υπηρεσίας στις απαιτήσεις του, ενώ από την πλευρά του παραγωγού, η ποιότητα προσδιορίζεται από την ικανότητα συμμόρφωσης της παραγωγικής διαδικασίας στις αρχικώς επιλεγμένες προδιαγραφές από τη διοίκηση του προσφερόμενου προϊόντος/υπηρεσίας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Συνεπώς η ποιότητα θα μπορούσε να είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του προϊόντος/υπηρεσίας που ικανοποιούν ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη, ικανοποιώντας ταυτόχρονα τις οριζόμενες προδιαγραφές της παραγωγής.

Οι ορισμοί της ποιότητας, μολονότι ποικίλουν, παρουσιάζουν έναν κοινό παρονομαστή, καθώς ορίζουν την ποιότητα πάντα σε σχέση με τον αποδέκτη του προϊόντος/υπηρεσίας, ταυτίζοντάς την με την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του. Αυτό καταδεικνύει ότι η εστίαση πρέπει να είναι στον καταναλωτή/πελάτη και για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό από τη μεριά των οργανισμών ή των επιχειρήσεων να διακρίνουν και να καθορίσουν επακριβώς τις

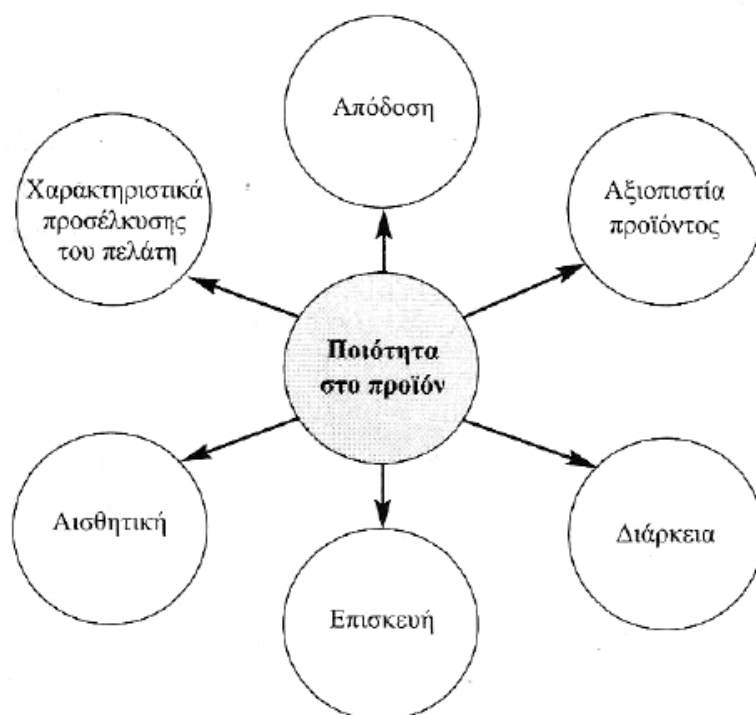
ανάγκες και της απαιτήσεις του, ούτως ώστε να πορευθούν με βάση αυτές, σε συνάρτηση πάντα με την επίτευξη των σκοπών και των στόχων που έχουν θέσει. Σήμερα, η ποιότητα αποτελεί στρατηγικό πλεονέκτημα κάθε οργανισμού/επιχείρησης προκειμένου να επιτευχθούν οι κύριοι σκοποί και στόχοι δραστηριότητάς τους.

### 1.3 Διαστάσεις ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας στηρίζεται σε ορισμένες διαστάσεις, οι οποίες εφόσον χρησιμοποιηθούν έπειτα από έρευνα, παρέχουν μέτρηση της ποιότητας (διάγνωση της ποιοτικής στάθμης) και στη συνέχεια τον κατάλληλο σχεδιασμό για τη βελτίωσή της. Η ποιότητα ενός προϊόντος/υπηρεσίας έχει ποσοτικές αλλά και ποιοτικές διαστάσεις, οι οποίες θεωρούνται ανεξάρτητες και αυτοδύναμες.

Αναφορικά με τα προϊόντα, ο Garvin (1988) διατύπωσε τις παρακάτω διαστάσεις που χρησιμοποιεί ο πελάτης για την αξιολόγηση της ποιότητας των υλικών αγαθών:

- Απόδοση (performance): ο βαθμός ανταπόκρισης του προϊόντος στη χρήση που επιθυμεί ο πελάτης
- Αξιοπιστία προϊόντος (reliability): η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων και ο βαθμός σοβαρότητάς τους
- Διάρκεια (durability): η αναμενόμενη χρονική διάρκεια ζωής του προϊόντος
- Επισκευή (serviceability): το κόστος και η ταχύτητα επισκευής και συντήρησης του προϊόντος πριν και μετά την πώληση
- Αισθητική (aesthetics): τα αισθητικά χαρακτηριστικά του προϊόντος
- Αντιληπτική ικανότητα (perceived quality): η υποκειμενική αντίληψη/κρίση της προσφερόμενης αξίας που βασίζεται στην εικόνα, στο όνομα του προϊόντος και σε άλλες έμμεσες μετρήσεις ποιότητας
- Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά (features): ειδικά χαρακτηριστικά, τα οποία προσελκύουν τον πελάτη
- Συμφωνία με τα πρότυπα (conformance): η ποιότητα παραγωγής και ο βαθμός συμμόρφωσης των κύριων και δευτερευόντων χαρακτηριστικών του προϊόντος με τα πρότυπα



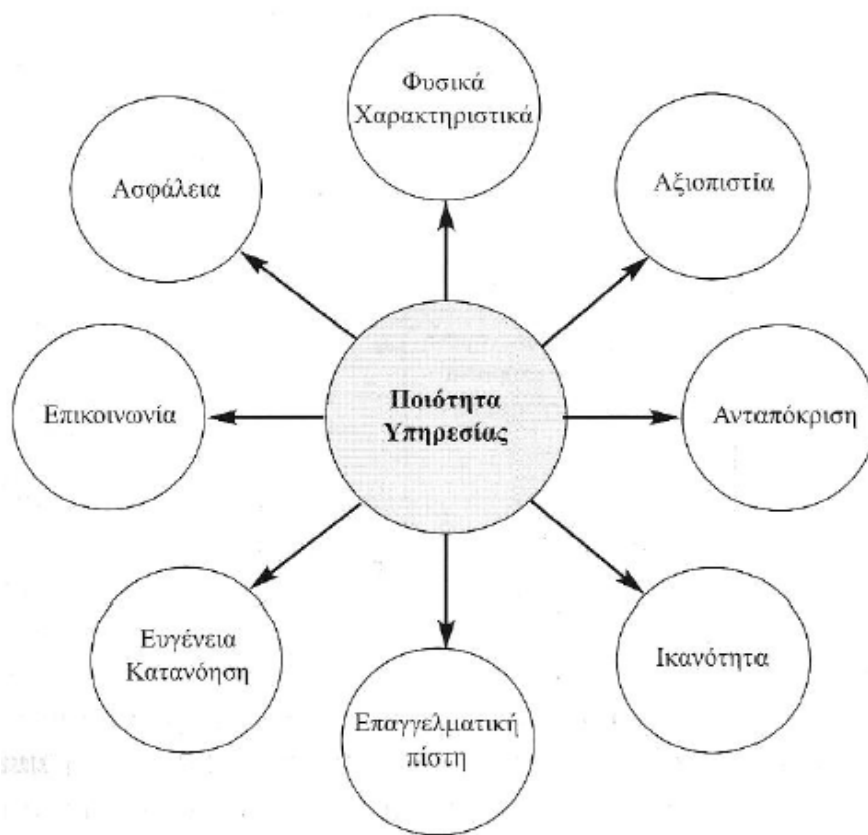
Εικόνα 1. Οι διαστάσεις ποιότητας προϊόντων

Πηγή: Παπανικολάου, 2007

Αναφορικά με τις υπηρεσίες, οι διαστάσεις ποιότητας διαφέρουν εξαιτίας των ιδιομορφιών που παρουσιάζουν έναντι των προϊόντων. Οι Parasuraman et al. (1988), μετά από μια σειρά μελετών και ερευνών, συμπέραναν ότι οι καταναλωτές χρησιμοποιούν παρόμοια κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας. Τα κριτήρια αυτά αντιστοιχούν σε δέκα (10) καθοριστικούς παράγοντες (διαστάσεις) ποιότητας των υπηρεσιών και είναι οι εξής:

- Αξιοπιστία (reliability): σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών
- Ανταπόκριση (responsiveness): προθυμία και ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν τον χρήστη
- Ικανότητα (competence): προσόντα και δεξιότητες του προσωπικού για να εκτελέσουν την υπηρεσία
- Ευγένεια (courtesy): οικειότητα, εγκαρδιότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη
- Πρόσβαση (access): πόσο εύκολη είναι η επαφή ή η εισχώρηση στην υπηρεσία
- Επικοινωνία (communication): τρόποι πληροφόρησης/ενημέρωσης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του

- Επαγγελματική πίστη (credibility): εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και ικανότητες που ενισχύουν την καλή φήμη του προσωπικού
- Ασφάλεια (security): σωματική ασφάλεια, χωρίς ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια
- Κατανόηση/γνώση του πελάτη (understanding/knowning the customer): σκληρή δουλειά από το προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών και ανησυχιών του χρήστη
- Φυσικά χαρακτηριστικά (physical tangibles): ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση προσωπικού κ.ά.



Εικόνα 2. Παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών

Πηγή: Παπανικολάου, 2007

## 1.4 Η ποιότητα στον τομέα των υπηρεσιών

Το ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό τα τελευταία χρόνια, καθώς πλέον σχεδόν όλα τα προϊόντα προσφέρονται στους πελάτες μαζί με ένα πλήθος υπηρεσιών, οι οποίες προσδίδουν προστιθέμενη αξία που κατέχει πολλές φορές το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής αξίας του προϊόντος. Επιπλέον, στην παρούσα χρονική περίοδο υφίσταται και ένας σεβαστός αριθμός οργανισμών/επιχειρήσεων αμιγώς παροχής υπηρεσιών, όπως παροχής οικονομικών και επενδυτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών τουρισμού και φιλοξενίας, υγειονομικής περίθαλψης και ασφαλιστικών καλύψεων, υπηρεσιών εκπαίδευσης και διδασκαλίας, στους οποίους σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα μπορεί να στηρίζεται και η οικονομία μιας ολόκληρης περιοχής.

Πολλές τεχνικές και μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων είναι χρήσιμες και στις υπηρεσίες. Ωστόσο, οι υπηρεσίες παρουσιάζουν ορισμένες διαφορές ή ιδιαιτερότητες συγκριτικά με τα προϊόντα (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999; Λαζάρου 2005), οι οποίες πηγάζουν από κάποια χαρακτηριστικά τους που τις διαφοροποιούν:

- Οι υπηρεσίες δεν είναι κάτι το απτό ώστε να γίνονται αντιληπτές με τις αισθήσεις, είναι άυλα αγαθά, γεγονός που σε αντιδιαστολή με τα προϊόντα δεν επιτρέπει την εκ των προτέρων αντίληψη της ποιότητάς τους.
- Οι υπηρεσίες, σε αντίθεση με τα προϊόντα, δεν μπορούν να αποθηκευτούν, να μεταφερθούν ή να καταναλωθούν σε μεταγενέστερο χρονικά διάστημα, καθώς παράγονται σε μεγάλο βαθμό για κατανάλωση την ίδια χρονική στιγμή της ζήτησής τους.
- Ο χρόνος μεσολάβησης μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσής των υπηρεσιών είναι μηδαμινός έως μηδενικός, γεγονός που καθιστά αδύνατη την αποκατάσταση κάποιου λάθους τη στιγμή που θα διαπιστωθεί.
- Οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από την ένταση εργασίας, με αποτέλεσμα την εξάρτησή τους σε μεγάλο βαθμό από την εκπαίδευση, την ικανότητα και την επαγγελματική ευσυνειδησία των ατόμων που τις παρέχουν.
- Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών διεκπεραιώνουν συνήθως μεγάλο όγκο συναλλαγών σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες λάθους στις υπηρεσίες που καλούνται συνήθως να διεκπεραιώνουν.

- Ο ρόλος του πελάτη/καταναλωτή στην παραγωγή των υπηρεσιών είναι ιδιαίτερος, καθώς αυτή προσαρμόζεται στις απαιτήσεις του μέσω αμφίδρομης κατανόησης, επικοινωνίας και δράσης τόσο του προμηθευτή που προσφέρει όσο και του καταναλωτή που λαμβάνει, προκειμένου να αναγνωριστούν, να προσδιοριστούν και να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες του τελευταίου.
- Οι υπηρεσίες αποτελούνται συχνά από ένα σύστημα υπο-υπηρεσιών. Ο πελάτης/καταναλωτής αποτιμά το σύνολό τους και συνεπώς, η ποιότητα και η ελκυστικότητα της υπηρεσίας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την εξοικείωση και τη συνολική εμπειρία του.

Ως έννοια, η υπηρεσία περιλαμβάνει το σύνολο των ενεργειών του προμηθευτή κατά τη διεπαφή του με έναν πελάτη/καταναλωτή, αλλά και τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων όλων των προμηθευτών για την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών (ISO, 1992). Όσον αφορά στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, οι Lewis και Booms (1983) την περιέγραψαν ως «ένα μέτρο του κατά πόσο το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πελατών», θεωρώντας δηλαδή ότι η αυτοδίκαιη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σημαίνει ταυτόσημη προσαρμογή στις προσδοκίες των πελατών σε μόνιμη βάση. Αντίστοιχα οι Zeithaml et al. (1990) υποστήριξαν ότι η ποιότητα παροχής υπηρεσιών πρέπει να ταυτίζεται με τις προσδοκίες των πελατών/καταναλωτών, καθώς μια από τις πιο κοινές αιτίες παροχής κακής ποιότητας υπηρεσιών από τις ανάλογες επιχειρήσεις έχει άμεση σχέση με την άγνοια του τι πραγματικά επιθυμούσαν ή ανέμεναν από την υπηρεσία οι πελάτες/καταναλωτές.

Συνεπώς, με βάση τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών αλλά και τον ορισμό της έννοιας των υπηρεσιών, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ή διαφορετικά η ικανοποίηση των χρηστών πελατών/καταναλωτών εξαρτάται από τα μέσα και τις μεθόδους, αλλά κυρίως από τη συμπεριφορά αυτών που τις παρέχουν καθώς και από τις γνώσεις και τις ικανότητες αυτών (Ζαβλανός, 2006).



## 1.5 Μέτρηση της ποιότητας

Οι Carpodagli και Jackson (1998), υποστηρίζουν πως «πολλοί οργανισμοί, παρόλο που για ευνόητους λόγους δεν το παραδέχονται, θεωρούν τους καταναλωτές ενοχλητικές οντότητες που εύκολα αποπροσανατολίζονται από λεζάντες ή πινακίδες στις οποίες αναγράφεται ότι ο πελάτης έχει πάντα δίκιο και κάνουν τη ζωή τους κόλαση από τη στιγμή που κάποιος από αυτούς διαλέγει να επιλέξει τα προϊόντα/υπηρεσίες του συγκεκριμένου οργανισμού». Το παραπάνω απόσπασμα υποδηλώνει ότι δεν έχει γίνει κατανοητό ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση του καταναλωτή και στην ποιότητα του προϊόντος/ υπηρεσίας που αυτός λαμβάνει και όχι αυτής που διαφημίζεται ή της απόδοσης του οργανισμού.

Σύμφωνα με τον Deming, έναν εκ των κυριότερων θεωρητικών της ποιότητας, «το να κάνεις ότι καλύτερο μπορείς δεν είναι αρκετό, αλλά πρέπει πρώτα να επιλέξεις τι πρέπει να διορθώσεις και μετά να κάνεις ότι καλύτερο μπορείς». Με τον καθορισμό αυτό, αναφέρεται σε μια ενδεδειγμένη διαδικασία μέτρησης-αξιολόγησης του βαθμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που απαιτείται να προσφέρει ένας οργανισμός, στη διάγνωση των προβλημάτων στην ποιότητα μέσω αυτής και κατόπιν στον σχεδιασμό των καταλληλότερων ενεργειών και στρατηγικών προκειμένου να επέλθει η μέγιστη βελτίωση στην ποιότητα (Deming, 1986).

Η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των καταναλωτών έχει άμεση σχέση με την ποιότητα, αποτελώντας τον κύριο παράγοντα που προσδίδει αξία σε αυτή. Έτσι, ένα προϊόν/υπηρεσία θα πρέπει να παρουσιάζει κάποια χαρακτηριστικά που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις επιθυμίες του καταναλωτή, προκειμένου να χαρακτηρίζεται ως ποιοτικό. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, η ποιότητα μπορεί να επαναπροσδιοριστεί ως το σύνολο των στοιχείων (ιδιότητες/ χαρακτηριστικά) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που συνδέουν την ικανότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας να κάνει τον πελάτη/καταναλωτή να νιώσει συναισθήματα ευχαρίστησης, ικανοποιώντας ανάγκες, εκφρασμένες ή όχι, που προέκυψαν από έρευνα αγοράς. Ειδικότερα, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των καταναλωτών/χρηστών και της ποιότητας των προϊόντων/ υπηρεσιών, η πρώτη αποτελεί βαρόμετρο της δεύτερης, με αποτέλεσμα οι προσπάθειες βελτίωσης των προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών από όλους τους οργανισμούς παγκοσμίως, να εστιαστούν στις εκτιμήσεις του καταναλωτή.

Αναφορικά με τα προϊόντα, ο κατασκευαστής με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού καθορίζει τις προδιαγραφές του προϊόντος, μελετώντας τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την ποιότητα, καταγράφοντας και προσδιορίζοντας τις επιτρεπόμενες διακυμάνσεις σε καθένα από αυτά. Σε αυτή την περίπτωση, η ποιότητα του παραγόμενου αγαθού αξιολογείται και μετριέται χωρίς ιδιαίτερο κόπο, αφού στηρίζεται στην απλή σύγκριση των χαρακτηριστικών του προϊόντος με τις αρχικές απαιτούμενες από τον κατασκευαστή προδιαγραφές, που τέθηκαν για τον μοναδικό αυτό σκοπό, να διαπιστωθεί η συμμόρφωση προς αυτές (Σκιττίδης, 2000).

Αντιθέτως, μια παρόμοια διαδικασία δεν μπορεί να καταστεί εφικτή και στις υπηρεσίες, καθώς αποτελούν δραστηριότητες, διαδικασίες ή παροχές, οι οποίες καταναλώνονται καθώς δημιουργούνται και εκ φύσεως η ποιότητα δεν μπορεί να αξιολογηθεί ούτε να μετρηθεί εκ των προτέρων από τον φορέα. Αποτέλεσμα αυτής της αδυναμίας είναι ότι η αξιολόγηση και η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στηρίζεται κυρίως στην αντικειμενική/υποκειμενική μέτρηση της ικανοποίησης των καταναλωτών/χρηστών, δηλαδή σε εργαλεία του γνωστικού αντικείμενου της έρευνας μάρκετινγκ (Gummesson, 1991). Στον ορισμό της ικανοποίησης αναφέρεται ο Gronroos, όταν υποστηρίζει ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μετριέται μέσω του «βαθμού στον οποίο οι εμπειρίες των καταναλωτών συναντούν τις προσδοκίες τους» (Gronroos, 1984) και ειδικότερα όταν αυτός προκύπτει μέσω της σύγκρισης των προσδοκιών του καταναλωτή για τις υπηρεσίες που πρόκειται να λάβει, με τις αντιλήψεις του για την απόδοση του οργανισμού που θα του παρέχει τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, με τις προσδοκίες του είτε να επιβεβαιώνονται είτε να διαψεύδονται (Andreassen, 2000).

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των καταναλωτών, αποτελεί βασικό ερευνητική δράση καθώς βοηθά στην επίτευξη του κοινού σκοπού των σύγχρονων οργανισμών, δεδομένου ότι η συμβολή της στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας είναι μείζονος σημασίας εξαιτίας των παρακάτω:

- Διαπιστώνεται ο βαθμός ανταπόκρισης των υπηρεσιών του οργανισμού στις προσδοκίες των πελατών.
- Παρέχεται ένας συνολικός βαθμός απόδοσης για τον οργανισμό και προσδιορίζεται η πιθανή υπεροχή του συγκριτικά με τους ανταγωνιστές.
- Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ποιότητας που χρήζουν βελτίωσης, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους η βελτίωση αυτή θα επιτευχθεί.

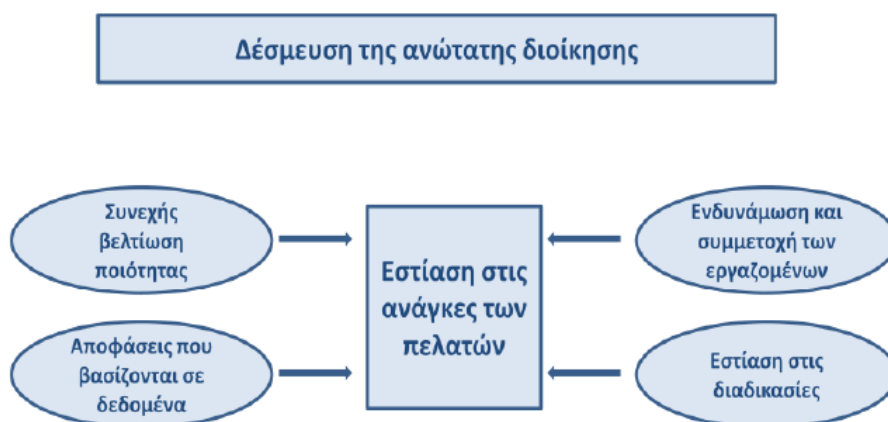
- Προσδίδεται ένα κίνητρο στο προσωπικό της εταιρείας για την αύξηση της παραγωγικότητάς του, καθώς οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται, συγκρίνονται, σχολιάζονται, ακόμα και βαθμολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

## 1.6 Βασικοί παράγοντες επιτυχίας της ποιότητας

Η ποιότητα δεν προκύπτει τυχαία, αλλά πηγάζει μέσα από προμελετημένες και σκόπιμες πράξεις των ατόμων στο εσωτερικό του οργανισμού. Αν η ποιότητα αντιμετωπίζεται ως κάτι το οποίο επιβάλλεται να γίνει «μαζί με όλα αυτά που πρέπει να κάνω», τότε ο οργανισμός ποτέ δε θα είναι σε θέση να αντιληφθεί ή να επιτύχει την ποιότητα.

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια επιτυχής στρατηγική ποιότητας είναι η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης, που θα περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά (Παπανικολάου, 2007; Δερβιτσιώτης, 2005; Klefsjo, 2002; James, 1998; Bryde, 1993; Σπανός 1993):

- Εστίαση στις ανάγκες των πελατών
- Εστίαση στις διαδικασίες
- Συμμετοχή ανθρώπινου δυναμικού και ενδυνάμωση εργαζομένων
- Αποφάσεις που βασίζονται σε δεδομένα
- Συνεχής βελτίωση ποιότητας



Εικόνα 3. Βασικά στοιχεία πετυχημένης στρατηγικής ποιότητας

Πηγή: Πεχτελίδου, 2014

### *Ο ρόλος της ηγεσίας και η δέσμευση στην ποιότητα*

Ο ρόλος της ηγεσίας στην επιτυχία κάθε προσπάθειας για τη βελτίωση της ποιότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, αφού χωρίς τη δική της δέσμευση δεν είναι πραγματοποιήσιμη καμιά αλλαγή προς την ποιότητα και οποιαδήποτε προσπάθεια δεν πρόκειται να δώσει μόνιμα αποτελέσματα. Η στάση και η συμπεριφορά της διοίκησης και των ηγετικών στελεχών, η αντίληψη που διατηρούν για την ποιότητα των υπηρεσιών, η αναγνώριση της ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας, η συνεχής υποστήριξη της προσπάθειας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στη διαμόρφωση του αποτελέσματος (Κυριόπουλος και συν., 2003).

Η ποιότητα εφαρμόζεται όταν αναγνωρίζεται η αξία της και υποστηρίζεται με συνέπεια από την ηγεσία. Η διοίκηση είναι αυτή που συνθέτει το όραμα, θέτει τους στόχους, παρακινεί, επιβραβεύει και είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών που απαιτούνται για την ανάπτυξη και διατήρηση της ποιότητας. Η διοίκηση πρέπει να ηγείται της προσπάθειας δημιουργώντας το κατάλληλο περιβάλλον και παρέχοντας την αναγκαία καθοδήγηση, δίνοντας πρώτη το παράδειγμα, μοιράζοντας όλα τα εφόδια και προσφέροντας τη βοήθεια που μπορεί να χρειάζονται οι υφιστάμενοι για να μεταβιβαστεί το νέο όραμα και να ασκηθεί με επιτυχία η ποιότητα. Μόνο έτσι η ποιότητα μπορεί να γίνει αναπόσπαστη πτυχή των δραστηριοτήτων κάθε εργαζομένου (Markos & Sridevi, 2010; Παπανικολάου, 2007).

Απαραίτητη κρίνεται και η έμπρακτη επιβεβαίωση της δέσμευσης της ανώτατης διοίκησης. Η συμφωνία σε στόχους και μετρήσεις, η εκχώρηση αρμοδιοτήτων, η εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων, ο καθορισμός προθεσμιών, η παρακολούθηση της προόδου, η επιβράβευση της επίτευξης των στόχων και η στάση απέναντι στις απαιτούμενες αλλαγές, αποτελούν κάποια από τα στοιχεία εκείνα που επιβεβαιώνουν τη δέσμευση της διοίκησης και των ηγετικών στελεχών (Κυριόπουλος και συν., 2003). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο O' Leary (1991): «Η ηγεσία μπορεί να αναπτύξει ή να καταστρέψει προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας σε έναν οργανισμό. Αυτές οι πρωτοβουλίες δεν συμβαίνουν από μόνες τους, προωθούνται από πάνω προς τα κάτω».

### *Εστίαση στις ανάγκες των πελατών*

Η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται από τους πελάτες και να ορίζεται σε σχέση με την ανταπόκριση στις ανάγκες και τις προσδοκίες τους. Οι προσδοκίες, οι ανάγκες, οι απαιτήσεις του πελάτη και η συνεχής προσπάθεια ικανοποίησής του διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στην εφαρμογή της ποιότητας. Ένας οργανισμός διατηρεί συγκριτικό πλεονέκτημα στην περίπτωση κατά την οποία εκπληρώνει ή/και υπερβαίνει τις προσδοκίες του πελάτη (Παπανικολάου, 2007). Για την επίτευξη αυτού του πλεονεκτήματος, είναι αναγκαία η εφαρμογή πρακτικών που οδηγούν στο επιθυμητό επίπεδο την εστίαση του πελάτη, όπως η γνώση της ταυτότητάς του, η διαδικασία προσδιορισμού των προτεραιοτήτων και των προσδοκιών του, ο συνετός χειρισμός των παραπόνων του, καθώς και η μέτρηση της ικανοποίησής του. Στόχος για τον οργανισμό θα πρέπει να αποτελεί η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για την ικανοποίηση του πελάτη, η συστηματική ανατροφοδότηση των πελατών στο σχεδιασμό της στρατηγικής, καθώς και η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες και τις προσδοκίες τους (Piercy, 1995).

Η εστίαση στους πελάτες έχει να κάνει με την καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών (με τη διευρυμένη έννοια), έτσι ώστε να καλύπτει τους «εξωτερικούς» αλλά και τους «εσωτερικούς» πελάτες της επιχείρησης. Με τον όρο «εξωτερικοί πελάτες» εννοούνται οι τελικοί καταναλωτές και χρήστες των προϊόντων/υπηρεσιών, ενώ με τον όρο «εσωτερικοί πελάτες» εννοούνται τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι, οι οποίοι, άμεσα ή έμμεσα, συμβάλλουν στη δημιουργία των προϊόντων και επηρεάζουν την προσφερόμενη ποιότητα μέσα στην επιχείρηση (Λελίδης και συν., 2005). Προκειμένου να υπάρχει αποτέλεσμα, είναι σημαντική η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που να παρέχει τη δυνατότητα στο προσωπικό να αναπτύξει τις ικανότητες και τις γνώσεις του, μέσα σε μια ατμόσφαιρα σεβασμού και συνεργασίας (Παπανικολάου, 2007).

### *Εστίαση στις διαδικασίες*

Όλες οι δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα σε έναν οργανισμό μπορούν να περιγραφούν με βάση τις διαδικασίες. Οι διαδικασίες μπορεί να είναι είτε απλές, είτε πολύπλοκες και να αφορούν ενέργειες εργαζομένων πολλών ειδικοτήτων ή πολλών τμημάτων ταυτόχρονα (Sullivan & Decker, 2009). Για το λόγο αυτό ένας οργανισμός μπορεί να περιγραφεί ως πλέγμα ιεράρχησης διαδικασιών (Παπανικολάου, 2007). Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των προβλημάτων ενός οργανισμού προέρχεται από τις διαδικασίες και όχι από τα άτομα, αποτελεί βασική προτεραιότητα η διάθεση πόρων και ενεργειών για τον καθορισμό των διαδικασιών και τη συνεχή βελτίωσή τους. Τα στοιχεία που σχετίζονται με την αρχική συμπεριφορά της διαδικασίας πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά και να χρησιμοποιούνται ως βάση βελτίωσης, ενώ σημαντικές είναι οι πληροφορίες που αναφέρονται στο βαθμό ανταπόκρισης των αποτελεσμάτων στις ανάγκες των πελατών και στην ποσότητα των πόρων.

Πολλές από τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται είναι πολύπλοκες, χωρίς να υπάρχει ουσιαστική αναγκαιότητα. Επομένως, η απλοποίησή τους αποτελεί σημαντικό στάδιο για τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς οι σωστές διαδικασίες εξασφαλίζουν την αποτελεσματική λειτουργία του ανθρώπινου δυναμικού. Στην προσπάθεια ελέγχου μιας διαδικασίας περιλαμβάνονται η μέτρηση εκτέλεσης για τη διαπίστωση του βαθμού επιτυχίας της, η σύγκριση με ένα πρότυπο για τη διαπίστωση της ύπαρξης οποιασδήποτε διαφοράς, καθώς και η διόρθωση αποκλίσεων για τη μείωση της ασυμφωνίας ανάμεσα σε προγραμματισμένες και πραγματικές ενέργειες (Παπανικολάου, 2007).

### *Συμμετοχή ανθρώπινου δυναμικού και ενδυνάμωση εργαζομένων*

Η ποιότητα δεν είναι ευθύνη ενός και μόνο τμήματος, αλλά όλων των οργανωτικών δομών και τμημάτων ενός οργανισμού. Σε ένα περιβάλλον και σε μια κουλτούρα ποιότητας, οι εργαζόμενοι όλων ανεξαρτήτως των ιεραρχικών βαθμών αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας (Βούζας, 2002). Σύμφωνα με τον Oakland (1989), «καθένας στον οργανισμό, από τις υψηλότερες έως τις χαμηλότερες βαθμίδες, από τα γραφεία μέχρι την τεχνική εξυπηρέτηση, από τα κέντρα διοίκησης έως τα τοπικά τμήματα πρέπει να αναμειχθεί.

Οι άνθρωποι αποτελούν πηγή ιδεών και καινοτομιών. Οι δεξιότητες, η εμπειρία και η γνώση τους πρέπει να είναι εκμεταλλεύσιμες και οι πρότυπες ιδέες να εφαρμόζονται». Συνεπώς, η σωστή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί θεμελιώδες ζήτημα για τη βελτίωση της ποιότητας (Sun et al., 2000). Άπαντες επιβάλλεται να συμμετέχουν στην επίτευξη του κοινού στόχου με την εργασία, την εμπειρία και τις ιδέες τους, τόσο στη διαμόρφωση όσο και στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Η μεγαλύτερη ανάμιξη του προσωπικού απαιτεί και περισσότερες δεξιότητες, άρα θα πρέπει να παρέχεται αυξημένη εκπαίδευση, η οποία να κατευθύνεται στην απόκτηση και τελειοποίηση δεξιοτήτων και να κινείται με βάση τις αρχές και τις τεχνικές βελτίωσης της ποιότητας (Κυριόπουλος και συν., 2003). Εξάλλου, τα εκπαιδευτικά προγράμματα συμβάλλουν στην προώθηση ενός αφοσιωμένου και παραγωγικού ανθρώπινου δυναμικού, αυξάνουν την επιχειρηματική ελαστικότητα και ποιότητα, αναπτύσσοντας μια γρήγορη και πρωτοποριακή αντίδραση στις αλλαγές (Βούζας, 2002).

Από την άλλη πλευρά, η ενδυνάμωση των εργαζομένων αποτελεί σημαντικό ζήτημα που συνδέεται με την ανάμιξή τους, καθώς παρέχει σημαντικά πλεονεκτήματα σε έναν οργανισμό. Συγκεκριμένα: (α) κάνει τους εργαζόμενους να νιώθουν ότι συμμετέχουν στην επιτυχία του οργανισμού και αποτελεί ψήφο εμπιστοσύνης για την ικανότητά τους να συνεισφέρουν θετικά στον οργανισμό, (β) οικοδομεί την αφοσίωση και την αίσθηση του «ανήκειν» και (γ) οικοδομεί την εμπιστοσύνη και προωθεί την αποτελεσματική επικοινωνία (Scarnati & Scarnati, 2002).

Επομένως το ανθρώπινο δυναμικό αναδεικνύεται και προωθείται ως ένα από τα πλέον βασικά στοιχεία στη βελτίωση της ποιότητας. Οι οργανισμοί θα πρέπει να εξασφαλίσουν τη συμμετοχή των εργαζομένων, την ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους, καθώς και την εγκαθίδρυση ενός κλίματος επικοινωνίας και αμοιβαίας συνεργασίας (Βούζας, 2002). Σκοπός είναι η προσαρμογή και υιοθέτηση μιας νοοτροπίας που θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιδιαίτερης οργανωσιακής κουλτούρας που συμβαδίζει με τις αρχές και τους στόχους της ποιότητας.

### *Αποφάσεις που βασίζονται σε δεδομένα*

Σύμφωνα με τις Αρχές Διαχείρισης Ποιότητας του ISO 9001:2008, οι αποτελεσματικές αποφάσεις βασίζονται στην ανάλυση δεδομένων και πληροφοριών (ISO, 2012). Η ακρίβεια των δεδομένων και των πληροφοριών που έχουν συγκεντρωθεί ενισχύεται με τη χρήση στατιστικών μεθόδων. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι η ολική ποιότητα εστιάζει στη χρήση στατιστικής για την ακριβή επεξήγηση των δεδομένων και την εξαγωγή ουσιαστικών πληροφοριών, προκειμένου οι διαδικασίες στον οργανισμό να κατανοηθούν, να βελτιωθούν και να παρακολουθηθούν (Παπανικολάου, 2007).

Για την επίτευξη συνεχούς βελτίωσης απαιτείται η καταγραφή της προηγούμενης εμπειρίας και η συστηματική ανάλυσή της. Μέσα από τις στατιστικές τεχνικές που βασίζονται σε δεδομένα, προκύπτουν γόνιμες πληροφορίες που μπορούν επιτυχώς να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη, τον προσδιορισμό και τη διόρθωση λαθών. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται η ποιότητα και επιτυγχάνεται η τελειότητα. Κλειδί για την επιτυχία αυτής της αρχής είναι η εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εμπλεκόμενων στα αναγκαία εργαλεία και τις τεχνικές ποιότητας, ώστε να υπάρχει ικανό ανθρώπινο δυναμικό που μπορεί να συμβάλει στην αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λήψη αποφάσεων (Παπανικολάου, 2007).

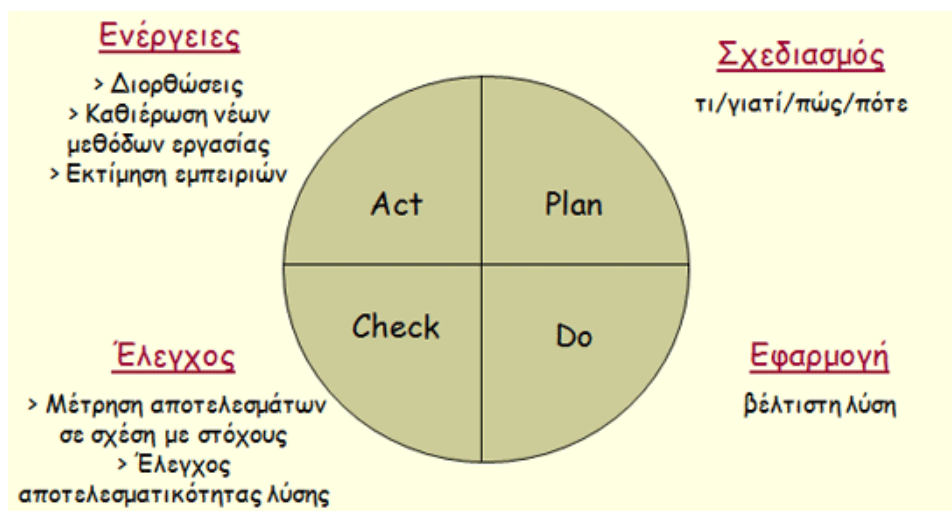
### *Συνεχής βελτίωση ποιότητας*

Αναφέρεται στην παρακίνηση για ακατάπαυστη αναζήτηση νέων πρωτοποριακών μεθόδων για τη βελτίωση των δραστηριοτήτων παραγωγής/παροχής σε συνδυασμό με τη μείωση της σπατάλης των πόρων. Απόρροια αυτής της απαίτησης αποτελούν οι γρήγοροι ρυθμοί ανάπτυξης της κοινωνίας, της τεχνολογίας, καθώς και των ολοένα και περισσότερων αναγκών των πελατών. Η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί μια εργασία χωρίς τέλος, καθώς δεν είναι στατική. Βασίζεται στη συνεχή αναζήτηση ευκαιριών βελτίωσης και όχι απλά στη διατήρηση της παρούσας κατάστασης (Dale, 1996).

Η συνεχής βελτίωση είναι μια φιλοσοφία η οποία περιγράφηκε από τον Deming ως «δραστηριότητες βελτίωσης που αυξάνουν τις επιτυχίες και μειώνουν τις ατέλειες ενός οργανισμού» (Bhuiyan & Baghel, 2005). Το 1950, ο Deming παρουσίασε αυτή τη διαδικασία της μάθησης και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σε ένα σχήμα, γνωστό ως ο «κύκλος του Deming» ή «κύκλος συνεχούς βελτίωσης PDCA»



(Εικόνα 4). Ο κύκλος αποτελείται από τέσσερα βήματα: σχεδιασμός (plan), δράση (do), έλεγχος (check) και βελτίωση (act). Τα βήματα αυτά, επαναλαμβανόμενα ανοίγουν το δρόμο για τη συνεχή βελτίωση (Temproni, 2005).



Εικόνα 4. Ο κύκλος του Deming

Πηγή: Deming, 1986

Η πεποίθηση ότι η συνεχής βελτίωση προέρχεται από την εφαρμογή της γνώσης, αποτελεί τη βάση της φιλοσοφίας στην οποία στηρίζεται ο κύκλος του Deming. Σύμφωνα με τον Deming, η πληρότητα γνώσεων στους τομείς διοίκησης, παραγωγής ή/και του τρόπου λειτουργίας των διαδικασιών μπορεί να συμβάλει στην εκτέλεση μιας εργασίας με τρόπο ευκολότερο, πιο ακριβή και γρήγορο, ασφαλέστερο, λιγότερο κοστοβόρο ή ακόμα ικανότερο στην ικανοποίηση των αναγκών των πελατών.

Οι Ιάπωνες για τη συνεχή βελτίωση χρησιμοποιούν τον σύνθετο όρο «Kaizen», ο οποίος αποτελείται από τη λέξη «kai» που σημαίνει αλλαγή και τη λέξη «zen» που σημαίνει καλή. Πρόκειται για μία φιλοσοφία που βασίζεται στις συνεχείς, αλλά βαθμιαίες αλλαγές για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος, εστιάζει στη διαδικασία και συνδέεται με τη βελτίωση της ποιότητας των ατόμων που συμπαρασύρει και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Ντάνος & Ντάνος, 2010).

Μέσω αυτής τη διαδικασίας μάθησης και βελτίωσης, επιδίωξη της επιχείρησης είναι η συνεχής αύξηση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσής της ώστε να γίνεται συνεχώς καλύτερη. Ταυτόχρονα, μέσα από την επίλυση καθημερινών απλών ή/και σύνθετων προβλημάτων που αντιμετωπίζονται από μικτές διατομεακές ομάδες συντελούνται οι επιθυμητές βελτιώσεις. Έτσι η έννοια της βελτίωσης της ποιότητας είναι συνεχής στην επιχείρηση/οργανισμό και αφορά από την πιο απλή αλλαγή που συντελείται από έναν εργαζόμενο έως τις ριζικές μεταβολές στην πορεία που θα πορευτεί από την πλευρά της διοίκησης. Αυτό σημαίνει σταθερά και βαθμιαία βελτίωση που λαμβάνει χώρα σε κάθε διαδικασία, εμπλέκοντας τον κάθε εργαζόμενο από όλα τα τμήματα του οργανισμού.

#### *Ο ρόλος της πληροφόρησης και της επικοινωνίας*

Η επικοινωνία, ως μία θεμελιώδης διαδικασία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία της διοίκησης, με βασικό σκοπό της να μεταδώσει πληροφορίες ανάμεσα στους συμμετέχοντες. Οι διάφορες κατευθύνσεις που μπορεί να έχει είναι οι εξής (Sullivan & Decker, 2009):

- **Επικοινωνία προς τα κάτω:** είναι η επικοινωνία που κατευθύνεται από τα στελέχη προς τους υφιστάμενους και έχει καθοδηγητικό χαρακτήρα. Οι υφιστάμενοι λαμβάνουν οδηγίες για την εκτέλεση εργασίας ή ενημερώνονται για διαδικασίες και πρακτικές που εφαρμόζονται στον οργανισμό ή παίρνουν ανατροφοδότηση (feedback) για την απόδοσή τους.
- **Επικοινωνία προς τα πάνω:** είναι η επικοινωνία από τους υφιστάμενους προς τους προϊστάμενους και τα στελέχη της διοίκησης του οργανισμού. Συχνά αναφέρεται στην ανακοίνωση σημαντικών πληροφοριών για τη διευκόλυνση της επίλυσης προβλημάτων και της λήψης αποφάσεων.
- **Οριζόντια επικοινωνία:** είναι η επικοινωνία μεταξύ των ατόμων ή τμημάτων που βρίσκονται στο ίδιο οργανωτικό επίπεδο.
- **Διαγώνια επικοινωνία:** έχει χαρακτηριστικά της οριζόντιας και της κάθετης επικοινωνίας και αναφέρεται σε άτομα ή τμήματα που βρίσκονται σε διαφορετικό οργανωτικό επίπεδο και σε διαφορετικές υπηρεσίες. Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει ανάγκη συνεργασίας ανάμεσα σε διαφορετικά τμήματα του οργανισμού.

Ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της πληροφόρησης είναι καθοριστικός, στην προσπάθεια επέκτασης της ποιότητας και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος μάθησης για τον οργανισμό και τους ανθρώπους. Μέσω αυτών αναγνωρίζονται περιοχές προτεραιότητας για τις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας, ενισχύονται βασικές αξίες, αναγνωρίζονται προσπάθειες και παρουσιάζονται αποτελέσματα. Για την αποτελεσματική εφαρμογή της ποιότητας, είναι σημαντική η διασφάλιση της έγκαιρης ροής πληροφοριών.

Η επιτυχής πληροφόρηση και η υποστήριξη της επικοινωνίας για τη διασφάλιση ποιότητας περιλαμβάνει: (α) την καταγραφή των βελτιώσεων και των αλλαγών, με την αξιοποίηση δεδομένων για την παρουσίαση αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί, αλλά και ιστορικών δεδομένων σχετικά με το πώς επιτεύχθηκαν αυτά τα αποτελέσματα, (β) την μεταβίβαση του τι έχει επιτευχθεί και του πώς επιτεύχθηκε στο προσωπικό του οργανισμού, στην κοινωνία που υπηρετεί και σε άλλους, οι οποίοι μπορούν να μάθουν από αυτό για να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους και (γ) τη χρήση των αποτελεσμάτων για την υποστήριξη των αλλαγών πολιτικής (Παπανικολάου, 2007).

## **1.7 Εργαλεία και τεχνικές για τη βελτίωση της ποιότητας**

Στην πραγματικότητα τα εργαλεία ποιότητας αποτελούν στατιστικά εργαλεία χρήσης στην επιχειρησιακή και παραγωγική διαδικασία για τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας. Τα εργαλεία έχουν σαφή και ξεκάθαρη λειτουργία και εφαρμόζονται συνήθως μεμονωμένα, ενώ οι τεχνικές έχουν ευρύτερη εφαρμογή και απαιτούν ένα σύνολο εργαλείων για την εφαρμογή τους (McQuater et al., 1995).

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές τόσο για τα στατιστικά εργαλεία ποιότητας, όσο και για πλήθος άλλων εργαλείων ποιότητας. Τα στατιστικά εργαλεία ελέγχου ποιότητας, γνωστά και ως «παλαιά» εργαλεία, έχουν περισσότερο ποσοτικό χαρακτήρα, αποτελώντας οργανωτικές ή αναλυτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση χαρακτηριστικών ποιότητας και μέσω αυτής, για την ανάπτυξη προτάσεων σχετικά με διορθώσεις και βελτίωση (Δερβιτσιώτης, 2001). Η επιλογή και η χρήση των εργαλείων είναι καθοριστική για τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας και σχετίζεται με το στάδιο ανάπτυξης του οργανισμού, με το όραμα και τους στόχους του (Παπανικολάου, 2007).

Τα επτά (7) βασικά στατιστικά εργαλεία ποιότητας είναι τα παρακάτω (Chase & Aquilano, 2004; Dale & McQuater 1998; McBride et al., 1998; Ishikawa, 1982):

- Διάγραμμα Ροής (Flow Chart)
- Φύλλο Ελέγχου (Check Sheet)
- Ιστόγραμμα (Histogram)
- Διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος (Cause & Effect Diagram) ή «Ψαροκόκαλο»
- Ανάλυση Pareto (Pareto Analysis)
- Διάγραμμα Ελέγχου (Control Chart)
- Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram)

Η χρήση των εργαλείων αυτών γίνεται μεμονωμένα ή συνδυαστικά, εξετάζοντας πάντα τη σκοπιμότητα χρήσης τους, την αναμενόμενη ωφέλεια που προκύπτει σε σχέση με το κόστος, το χρόνο και το προσωπικό.

Επιπλέον, για την υποστήριξη του έργου της διοίκησης έχουν αναπτυχθεί και διοικητικά εργαλεία ποιότητας, τα οποία χρησιμοποιούνται στην ανάλυση, τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και την επίλυση σύνθετων διοικητικών προβλημάτων για τη βελτίωση της ποιότητας. Δεδομένου ότι η εισαγωγή και η αποδοχή τους έπεται αυτής των στατιστικών εργαλείων, είναι γνωστά ως τα «νέα» εργαλεία ποιότητας.

Τα βασικά διοικητικά εργαλεία ποιότητας είναι τα εξής (Δερβιτσιώτης, 2005):

- Διάγραμμα Συνάφειας (Affinity Diagram)
- Διάγραμμα Συσχέτισης (Interrelationship Diagram)
- Διάγραμμα Δένδρου (Tree Diagram)
- Πίνακας Διαμόρφωσης Προτεραιοτήτων (Prioritization Matrix)
- Πίνακας Διασύνδεσης Μεταβλητών (Data Matrix Diagram)
- Χάρτης Προσδιορισμού Διαδικασιών (Process Decision Program Chart)
- Διάγραμμα Δικτύων Δραστηριοτήτων Έργου (Activity Network Diagram)

Άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας είναι τα ακόλουθα (Tari & Sabater, 2003):

- Καταιγισμός Ιδεών (Brainstorming)
- Σχέδιο Ελέγχου (Control Plan)
- Ανάλυση Πεδίου Δυνάμεων (Force Field Analysis)
- Ερωτηματολόγια
- Δειγματοληψία

Αναφορικά με τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της ποιότητας, οι κυριότερες εξ αυτών είναι οι εξής (Tari & Sabater, 2003):

- Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking)
- Ανάλυση Αγοράς Στόχου (Departmental Purpose Analysis)
- Ανάλυση Τρόπων Αποτυχίας και Επιπτώσεων (Failure Mode & Effects Analysis)
- Ανάλυση Δέντρου Σφάλματος (Fault Tree Analysis)
- Σχεδιασμός Πειραμάτων (Design of Experiments)
- Poka Yoke
- Μεθοδολογία Επίλυσης Προβλημάτων (Problem Solving Methodology)
- Κοστολόγηση Ποιότητας (Quality Costing)
- Ανάπτυξη Λειτουργιών Ποιότητας (Quality Function Deployment)
- Ομάδες Βελτίωσης Ποιότητας (Quality Improvement Teams)
- Στατιστικός Έλεγχος Διεργασιών (Statistical Process Control)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

#### 2.1 Εισαγωγή

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στο χώρο της υγείας αποτελούσε προ πολλού επιταγή στο σεβασμό της ανθρώπινης δραστηριότητας, αλλά κυρίως της ανθρώπινης ζωής. Αδιαμφισβήτητα η ανθρώπινη ύπαρξη συνδέεται άρρηκτα με τον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα η εξασφάλιση μιας υγιούς ζωής να αποτελεί την ύψιστη ανάγκη του ανθρώπου που πρέπει να ικανοποιηθεί με κάθε δυνατό τρόπο. Δεδομένου ότι η ποιότητα αποτελεί βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για όλα τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που διατίθενται στο καταναλωτικό κοινό, τότε μέγιστη σημασία αποκτά η διασφάλιση της ποιότητας σε υπηρεσίες που επιδιώκουν να ικανοποιήσουν το αίσθημα ασφάλειας του ανθρώπου, όπως αυτές των υπηρεσιών υγείας.

Ο δημόσιος τομέας αποτελεί αναμφίβολα τη διάσταση εκείνη που απαιτεί την ύπαρξη επαρκών δομών και μηχανισμών οι οποίοι να διασφαλίζουν τη μέγιστη δυνατή ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών. Η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας καθίσταται επιτακτικότερη στα δημόσια νοσοκομεία, εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας, το οποίο εντάσσεται κατά βάση στα δημόσια αγαθά, καθώς παρουσιάζει ισχυρές εξωτερικές οικονομίες<sup>1</sup> (Δίκαιος και συν., 1999). Συνεπώς, η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε επάρκεια και ποιότητα από τους δημόσιους φορείς αποτελεί παγκοσμίως μείζων ζήτημα, το οποίο απασχολεί τις κυβερνήσεις, τις διοικήσεις των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων, τους επαγγελματίες υγείας, τους ακαδημαϊκούς, τον πολίτη και την κοινωνία γενικότερα, αλλά πάνω απ' όλους τον ασθενή σαν μονάδα, καθώς πρόκειται για ένα θέμα με ποικίλες διαστάσεις όπως δεοντολογικές, τεχνικές, επιστημονικές, οικονομικές, αλλά και διαχειριστικές.

---

<sup>1</sup> Η υγεία είναι ένα αμφίδρομο αγαθό με θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις. Θετικές, επειδή το υγιές άτομο που εντάσσεται στο παραγωγικό σύνολο είναι ικανό για εργασία και προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο, και αρνητικές επειδή το μη υγιές άτομο καθίσταται ανίκανο προς εργασία (Δίκαιος και συν., 1999).

Το θέμα της ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία διατηρεί έντονο ερευνητικό και επιστημονικό ενδιαφέρον εξαιτίας των πολλών ιδιαιτεροτήτων τους σε σχέση με τους υπόλοιπους οργανισμούς και επιχειρήσεις, απόρροια αφενός μεν του είδους και της δραστηριότητάς τους και αφετέρου της νομικής τους μορφής (Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου). Οι ιδιαιτερότητες αυτές συνοψίζονται στο τι πρεσβεύει ο οργανισμός του κάθε νοσοκομείου, στον τρόπο διοίκησης (δημόσιο ή ιδιωτικό), στην ένταση της εργασίας ως βασικό χαρακτηριστικό των μονάδων υγείας, στις ιδιαιτερότητες που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας, στην επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, στην αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στο διαρκώς αναπτυσσόμενο τομέα της υγείας, στο συνεχώς αυξανόμενο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στην κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας, καθώς επίσης και στις απαιτήσεις της κοινωνίας για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Λιαρόπουλος, 2007; Δίκαιος και συν., 1999).

## **2.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο περίπλοκη υπόθεση συγκριτικά με το χώρο της βιομηχανίας. Οι δυσκολίες απορρέουν κυρίως από την ιδιομορφία των υπηρεσιών αλλά και τις ιδιαιτερότητες της υπόστασης του ίδιου του αγαθού της υγείας. Επομένως, οι βασικές πρακτικές, μέθοδοι και τα αντίστοιχα εργαλεία που διαμορφώθηκαν για τις ανάγκες της βιομηχανίας, πρέπει να επεξεργαστούν και να τροποποιηθούν κατάλληλα πριν εφαρμοστούν στον τομέα της υγείας (Τούντας, 2003). Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η ποιότητα στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή και δεν μπορεί να εκτιμηθεί, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι μπορεί να καταμετρηθεί από ορισμένες πλευρές, όμως είναι απροσδιόριστη από άλλες (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Ο Donabedian (1980), πρωτοπόρος στα θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία, προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας καταγράφοντας μια σειρά παραμέτρων που επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της. Η πρώτη παρατήρηση αναφέρεται στις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας: το τεχνικό μέρος (technical science of medicine), το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal art of medicine) και την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities).

Το τεχνικό μέρος περιλαμβάνει το σύνολο των δεδομένων (των επιστημών υγείας και της τεχνολογίας) που πραγματοποιούνται για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που ταλαιπωρεί τον ασθενή. Το διαπροσωπικό μέρος συνδέεται με την ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση που περιέρχεται ένας ασθενής έπειτα από κάποιο γεγονός και η υποστήριξη του από τους επαγγελματίες υγείας. Η ξενοδοχειακή υποδομή αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες προσφέρεται η φροντίδα. Με δεδομένες αυτές τις διαστάσεις, ο Donabedian προχώρησε στον πρώτο, κλασσικό ορισμό ποιότητας φροντίδας ως «το είδος φροντίδας το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους σημεία της» (Theodorakioglou & Tsiotras, 2000)

Αρκετοί επιστήμονες αλλά και φορείς στη συνέχεια, προσπάθησαν να αποτυπώσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο έναν αποδεκτό ορισμό που να εκφράζει με πληρότητα την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ο Thompson (1993) όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή, που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του ασθενούς, στο κόστος και την αποτελεσματικότητα». Το «Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής» της Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων και είναι αποδέκτες και συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση» (Nelson, 1996). Αντίστοιχα, η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization<sup>2</sup> (JCAHO, 2000) ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων, με δεδομένη την παρούσα γνώση».

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

---

<sup>2</sup> Η Joint Commission ιδρύθηκε το 1951 και αποτελεί έναν ανεξάρτητο μη κερδοσκοπικό οργανισμό με αποστολή του την εκτίμηση και τη συμμόρφωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τα πρότυπα τα οποία διασφαλίζουν την ποιοτική περίθαλψη των ασθενών.



επαφής» (WHO, 1993). Σύμφωνα με ένα πλαίσιο που προτάθηκε από ομάδα εμπειρογνομόνων στον ΠΟΥ, η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το «επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού» (Evans et al., 2001).

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί να οριστεί με ενιαίο τρόπο από την πλευρά των τριών βασικών εμπλεκόμενων μερών: τον χρήστη των υπηρεσιών, τον επαγγελματία υγείας και την ανώτατη διοίκηση. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, η ποιότητα δύναται να οριστεί ως εξής (Κωσταγιόλας και συν., 2008):

- Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη: το σύστημα υπηρεσιών παρέχει στο χρήστη/ασθενή τις προσδοκώμενες από αυτόν υπηρεσίες, τη δεδομένη χρονική στιγμή και στο χαμηλότερο δυνατό κόστος, που να ικανοποιούν τις ανάγκες και τις επιθυμίες του.
- Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας: η αντίληψη του επαγγελματία υγείας αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ο βαθμός συμμετοχής του προσωπικού στην ανάπτυξη και εφαρμογή των διαδικασιών που θεωρούνται αναγκαίες για το σκοπό αυτό.
- Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης: η πλήρης κάλυψη των πραγματικών αναγκών του χρήστη σε υπηρεσίες και η ικανοποίησή του με το μικρότερο δυνατό κόστος, ως αποτέλεσμα της μέγιστης αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων.

Είναι σαφές λοιπόν, ότι η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των χρηστών, με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με το ελεγχόμενο κόστος (Τούντας, 2003), αποτελώντας μια έννοια συγκεχυμένη και ακαθόριστη, την οποία διαφορετικοί άνθρωποι την αντιλαμβάνονται διαφορετικά, εξ' ολοκλήρου ή εν μέρει (Bull, 1994). Συνεπώς, στον ορισμός της ποιότητας ενυπάρχουν τουλάχιστον δύο όψεις, οι απόψεις του πελάτη/χρήστη και του παραγωγού/υπηρεσιών. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, οι προσδοκίες και η ικανοποίηση συναντούν την ποιότητα, ενώ από την οπτική του παραγωγού η ποιότητα συνδέεται με την προσπάθεια, τον σχεδιασμό και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές. Κατά την παραγωγική διαδικασία, ο παραγωγός διασφαλίζει την ύπαρξη χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, με την ποιότητα τελικά να «ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη». (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Σύμφωνα με τον Νιάκη (1993), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των εμπλεκόμενων στη φροντίδα υγείας και όχι μόνο το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Εξάλλου, η ποιότητα πλέον δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά σε όλους τους «πελάτες» των υπηρεσιών υγείας, περιλαμβανομένων των συγγενών, των επισκεπτών, του κοινωνικού περίγυρου, ακόμη και των εργαζομένων, που θα πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών (Τούντας και συν., 2008). Όπως υποστηρίζει και ο Schmele (1996) «η ποιότητα είναι εξασφαλισμένη όταν ο οργανισμός πετυχαίνει μέσα από τις κινήσεις και τα σχέδιά του να ικανοποιήσει τις ανάγκες και ακολούθως τις απαιτήσεις των πελατών, εσωτερικών και εξωτερικών».

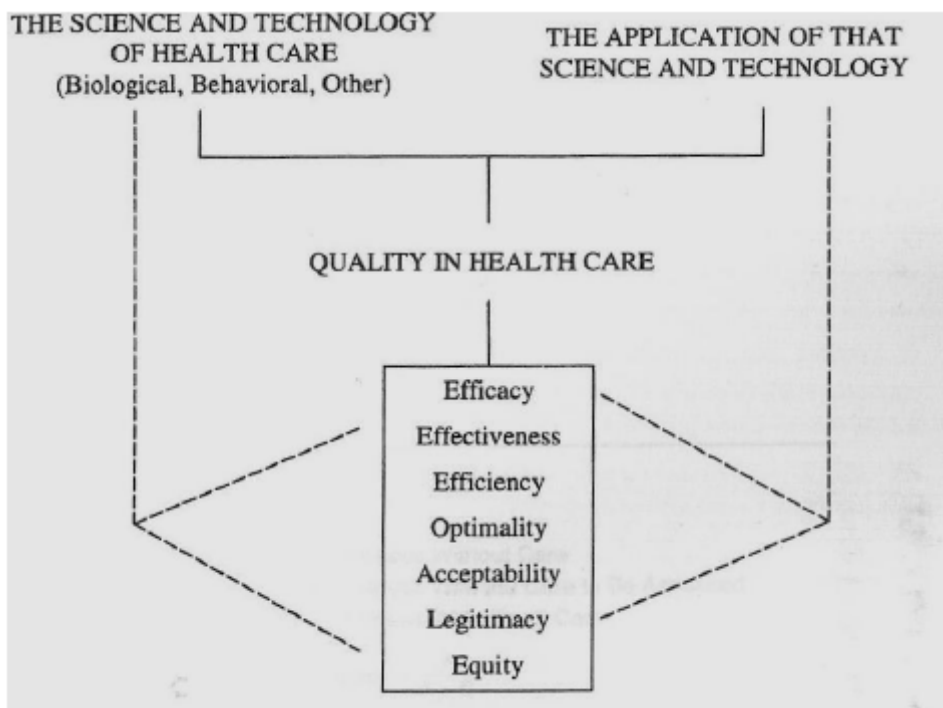
Όλοι οι ορισμοί επικεντρώνονται στο όφελος για τον ασθενή, το οποίο σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι μεγαλύτερο από οτιδήποτε ανεπιθύμητο, ενώ στους περισσότερους από τους ορισμούς υπεισέρχεται το συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο και για τον καθένα ξεχωριστά από την αποτελεσματική χρήση των διατιθέμενων πόρων. Επιπλέον, μέσα από τους ποικίλους ορισμούς γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας αποτελεί σύνθετη και υποκειμενική έννοια, η οποία παρακολουθεί τις εξελίξεις στην κοινωνία και στην οικονομία ενσωματώνοντας τις πραγματικές απαιτήσεις των εμπλεκόμενων μερών καθώς και τους κοινωνικο-οικονομικούς αξιακούς προβληματισμούς (Reeves & Bednar, 1994).

### **2.3 Τα συστατικά στοιχεία της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Ο Donabedian (1990), στο άρθρο με τίτλο «The Seven Pillars of Quality», περιγράφει τα επτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα:

- Κλινική αποτελεσματικότητα (Efficacy): η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.
- Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): ο βαθμός υλοποίησης εφικτών υγειονομικών βελτιώσεων.
- Αποδοτικότητα (Efficiency): η ικανότητα προσφοράς των μέγιστων υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος

- Βελτιστοποίηση (Optimality): η εξισορρόπηση ανάμεσα στο κόστος παροχής της καλύτερα παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας και στο όφελος που θα προκύψει από αυτήν.
- Αποδοχή (Acceptability): ο σεβασμός στην φροντίδα, στις ανάγκες, προσδοκίες και επιθυμίες του ασθενούς.
- Νομιμότητα (Legitimacy): η παροχή φροντίδας που είναι αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο.
- Ισότητα (Equity): το δικαίωμα ισότιμης πρόσβασης όλων στην παροχή φροντίδας και οι επιπτώσεις της στην υγεία.



Εικόνα 5. Συστατικά στοιχεία ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Πηγή: Donabedian, 2003

Ο Maxwell (1984) προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους:

- Προσπελασιμότητα: η υπερπήδηση πάσης φύσεως εμποδίων (οικονομικών, γεωγραφικών, γλωσσικών), για τη διασφάλιση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.
- Ισότητα: η παροχή υπηρεσιών που εξυπηρετούν τις ανάγκες όλων ανεξαιρέτως των κοινωνικών στρωμάτων.
- Κοινωνική αποδοχή: η άποψη και η κριτική του πελάτη για τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών και η αξιολόγηση της υπηρεσίας που προσφέρεται.

- Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες: προσπάθεια ταύτισης απόψεων για τις ανάγκες των ατόμων, σε έννοιες όπως η αρρώστια και η αναπηρία που αναπτύσσονται και γίνονται δεκτές από το κοινωνικό σύνολο και την υπηρεσία που παρέχεται
- Αποδοτικότητα: το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένη ιατρική πράξη.
- Τεχνική αποτελεσματικότητα: η επίτευξη του καλύτερου δυνατού τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενούς.

Επιπλέον, ο Hopkins (1990) αναφέρεται σε μια εξίσου σημαντική ομάδα παραμέτρων, η οποία περιλαμβάνει τα εξής:

- Δικαίωμα στην παροχή φροντίδας υγείας: το δικαίωμα όλων των πολιτών για προστασία και αποκατάσταση της υγείας τους.
- Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας: το αναμενόμενο όφελος για την υγεία του ασθενούς (καλύτερη ποιότητα ζωής, παράταση ζωής).
- Ηθική φροντίδα: η φροντίδα που παρασχέθηκε στον ασθενή, με άριστα αποτελέσματα για τον ίδιο και η οποία στηρίχθηκε σε ηθικές μεθόδους και πρακτικές.
- Σημασία: η συνάφεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας.
- Δίκαιη κατανομή: η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως διακρίσεων φυλετικών, κοινωνικό-οικονομικών κ.ά.
- Δυνατότητα πρόσβασης: η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με εμπόδια τοπικά, χρονικά και οικονομικά.
- Συνέχεια και οργάνωση: ο βαθμός της μακροπρόθεσμης παρακολούθησης του ασθενούς από το ίδιο ιατρικό και επιστημονικό προσωπικό και η δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας.
- Κοινωνικά αποδεκτός τρόπος: ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας, δηλαδή με αξιοπρέπεια, σεβασμό και ευαισθησία.

## 2.4 Το κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Καθημερινά παρατηρούνται παραδείγματα ανεπαρκούς και αμφιβόλου ποιότητας υπηρεσιών υγείας, τα οποία οδηγούν σε σημαντική και αναίτια αύξηση του συνολικού κόστους. Το κόστος χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών δεν περιορίζεται απλά στις δαπάνες επανάληψης ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά ή στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών για τη διόρθωση των λανθασμένων, αλλά επεκτείνεται στη συνολική μειωμένη παραγωγικότητα της μονάδας, η οποία με τους ήδη άσκοπα καταναλωμένους υλικούς και ανθρώπινους πόρους θα βρίσκονταν στην πλεονεκτική θέση να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή σε άλλους ασθενείς.

Το κόστος χαμηλής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαιρείται σε δύο κατηγορίες: στο άμεσο (ορατό) κόστος και στο έμμεσο (κρυφό) κόστος (Τσιότρας, 2002). Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει το ελεγχόμενο κόστος και το κόστος διόρθωσης λαθών. Το ελεγχόμενο κόστος περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης<sup>3</sup> και το κόστος εκτίμησης<sup>4</sup>. Αντίστοιχα το κόστος διόρθωσης λαθών περιλαμβάνει το κόστος εσωτερικών αστοχιών<sup>5</sup> και το κόστος εξωτερικών αστοχιών<sup>6</sup>.

Αντιθέτως, το έμμεσο κόστος είναι δύσκολα μετρήσιμο και αντανακλά πρακτικές χαμηλής ποιότητας σε όλες τις εγκαταστάσεις και δραστηριότητες. Παραδείγματα αποτελούν η έλλειψη ομαδικής εργασίας και η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού, οι απουσίες προσωπικού, η δυσαρέσκεια από τη συμπεριφορά του προσωπικού, η ανακριβής πληροφόρηση, το χαμηλό ηθικό, η κακή φήμη.

---

<sup>3</sup> Το κόστος πρόληψης είναι το κόστος κάθε διεργασίας που σχεδιάζεται για την αποφυγή λαθών στις διαδικασίες παροχής μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας.

<sup>4</sup> Το κόστος εκτίμησης είναι το κόστος εκτίμησης και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ή των διεργασιών που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας υγείας.

<sup>5</sup> Οι εσωτερικές αστοχίες σχετίζονται με λάθη που συμβαίνουν και διορθώνονται πριν από την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή, τα οποία είναι αποτρέψιμα και υπό τον έλεγχο της διοίκησης.

<sup>6</sup> Οι εξωτερικές αστοχίες σχετίζονται με την παροχή ελλιπούς ή λανθασμένης υπηρεσίας στον ασθενή και συμβαίνουν κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ή μετά από αυτήν.

## 2.5 Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στη σημερινή εποχή, οι υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, βρίσκονται αντιμέτωποι με μια διπλή πρόκληση: την απαίτηση των κοινωνιών, των οργανισμών και της παγκόσμιας κοινότητας για παροχή περισσότερων και ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, προσαρμοσμένων στις ανάγκες και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις των ασθενών, παράλληλα με την όσο το δυνατόν μείωση του διαρκώς αυξανόμενου κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας. Εξάλλου, σύμφωνα με τη θεωρία κόστους της ποιότητας, γίνεται ξεκάθαρο ότι η καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του κόστους, ενώ αντιθέτως η κακή ποιότητα κοστίζει ακριβά.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ξεχωριστή σημασία για όλους τους ενδιαφερόμενους. Ενδιαφέρει πρωτίτως τους ασθενείς και κατ' επέκταση τους συγγενείς τους. Ενδιαφέρει επίσης τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς, τεχνολόγους), τους φορείς (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας, αλλά και την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της. Οι Αλεξιάδης και Σιγάλας (1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συγκεντρώνει σημαντικά οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους στην υγεία: ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ασφαλιστικά ταμεία, κράτος και κοινωνικό σύνολο.

Τα οφέλη για τους ασθενείς διακρίνονται σε υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά. Τα υγειονομικά οφέλη σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση, την αποτελεσματική αντιμετώπιση, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής του προβλήματος υγείας κ.ά. Τα ψυχολογικά οφέλη αφορούν το περιβάλλον της υπηρεσίας υγείας και τη διάρκεια παραμονής σε αυτήν. Τα οικονομικά οφέλη έχουν σχέση με την οικονομική επιβάρυνση του ασθενή και αφορούν τόσο τη μείωση των εξόδων περίθαλψής του όσο και τη μείωση των εξόδων παραμονής των μελών της οικογένειας που τον συνοδεύουν, καθώς με τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών το πρόβλημα υγείας του θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά σε συντομότερο χρονικό διάστημα.

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας συνοψίζονται στην αποτελεσματικότητα για την εκπλήρωση του έργου τους, στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια, στην ικανοποίηση που εισπράττεται από την εργασία τους, στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος, καθώς και στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί πάντα η ποιότητα.

Τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας συνοψίζονται σε λειτουργικά, οικονομικά καθώς και σε αυτά που σχετίζονται με την αύξηση της αναγνώρισης και της φήμης. Τα λειτουργικά οφέλη αποτρέπουν την άσκοπη χρησιμοποίηση της μονάδας και αναφέρονται στη μείωση της επιβάρυνσης όλων των υπηρεσιών και τμημάτων. Τα οικονομικά οφέλη αναφέρονται στη μείωση του λειτουργικού κόστους, και στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέποντας την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων που μπορούν να αξιοποιηθούν για την κάλυψη άλλων αναγκών, όπως για περισσότερους ασθενείς, για έρευνα, για βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού κ.ά.

Τα οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία διακρίνονται σε υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά. Τα υγειονομικά οφέλη απορρέουν από την όσο το δυνατόν γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων ασθενών. Τα οικονομικά οφέλη σχετίζονται με τον περιορισμό του οικονομικού ύψους των δαπανών τους, ενώ τα κοινωνικά οφέλη έχουν σχέση με την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασφαλισμένοι από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Τα οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο αναλύονται σε οικονομικά-υγειονομικά και κοινωνικά. Τα οικονομικά-υγειονομικά οφέλη δημιουργούνται από την περιστολή των αδικαιολόγητων υγειονομικών δαπανών και την αύξηση της παραγωγικότητας των πολιτών, απόρροια της συντόμευσης του χρόνου παραμονής των ασθενών στις υγειονομικές υπηρεσίες και γενικά της διάρκειας της ασθένειάς τους. Τα κοινωνικά οφέλη έχουν σχέση με την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας των πολιτών, καθώς και με τη βελτίωση της εικόνας που εκπέμπουν το κράτος και η κοινωνία τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

## 2.6 Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομειακό τομέα

Η υγειονομική περίθαλψη αποτελείται από ένα σύνολο υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες μπορούν να διακριθούν στην ανοικτή και την κλειστή περίθαλψη. Η ανοικτή (ή εξωνοσοκομειακή) περίθαλψη περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται εκτός νοσοκομείου και αφορούν την πρόληψη και τη διάγνωση ασθενειών, τη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή. Η κλειστή (ή νοσοκομειακή) περίθαλψη περιλαμβάνει κάθε ιατρική και νοσηλευτική δραστηριότητα που παρέχεται στο νοσοκομείο, χωρίς αυτό να περιορίζεται μόνο στη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας, αλλά διευρύνεται και σε τομείς προαγωγής της υγείας, πρόληψης των ασθενειών και αποκατάστασης της υγείας των ασθενών.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη εδραιώθηκε παγκοσμίως ως το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας, ως απόρροια της έλλειψης άλλων θεραπευτικών δομών και κατευθύνσεων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ίδρυση και λειτουργία νοσοκομειακών μονάδων υψηλής τεχνολογίας με συνεχείς απατήσεις για αυξανόμενους πόρους, σε τέτοιο σημείο, που οι προβλεπόμενες δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο σύνολο των ανεπτυγμένων χωρών να υπερέχουν τη μεγαλύτερη συνιστώσα των δαπανών υγείας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Οι λόγοι για τους οποίους η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελεί μείζον ζήτημα, διατηρώντας ταυτόχρονα σημαντικό οικονομικό προβάδισμα σε σχέση με τους άλλους τομείς των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής (Αδαμαντίδου, 2004; Θεοδώρου, 1992):

- η νοσοκομειακή περίθαλψη και το νοσοκομείο παραμένουν το κεντρικό βάρος κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας,
- οι περισσότεροι ασθενείς προσφεύγουν στα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των υγειονομικών τους προβλημάτων,
- τα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία είναι άμεσα και εμφανή, συνεπώς η ποιότητα είναι πιο εύκολα μετρήσιμη,
- οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι πολύ υψηλότερες από κάθε άλλο τομέα του υγειονομικού συστήματος.



Οι νοσοκομειακές μονάδες είναι πολυσύνθετοι και πολύπλοκοι οργανισμοί, οι οποίοι λειτουργούν μέσα σε ένα ευμετάβλητο και διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον, αναγκασμένοι λόγω της φύσης των υπηρεσιών που προσφέρουν, να προσαρμόζονται το ταχύτερο δυνατόν και με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, προκειμένου να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Τα οφέλη που απορρέουν από την ποιότητα στις μονάδες υγείας και το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που αποδίδεται σε αυτά, είναι ο λόγος για τον οποίο επί σειρά ετών πραγματοποιούνται μελέτες και έρευνες που προσδιορίζουν τους παράγοντες που δρουν καθοριστικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες. Οι κυριότεροι (κρίσιμοι) παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις νοσοκομειακές μονάδες είναι οι εξής (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς 2012; Σαραφίδης & Σταφυλάς, 2005; Αδαμαντίδου, 2004; Τσούγκα, 2004):

- Η ισότιμη, ελεύθερη, άμεση και χωρίς κανενός είδους κριτήριο πρόσβαση όλων των ατόμων στις μονάδες υγείας.
- Η επί εικοσιτετράωρου κατάσταση συνεχούς ετοιμότητας προς παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας των υπηρεσιών υγείας.
- Το ανθρώπινο δυναμικό (ικανότητες, επιστημονικές γνώσεις, εμπειρία και επαγγελματική ευσυνειδησία των γιατρών και του λοιπού προσωπικού, επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού).
- Η κατάλληλη οργανωτική δομή (νομικό πλαίσιο και τρόπος οργάνωσης, συντονισμός λειτουργιών, συνθήκες εργασίας, επάρκεια προσωπικού) για την παροχή ιατρικής φροντίδας στους ασθενείς.
- Η διοίκηση και η ηγεσία των οργανισμών (στελέχωση από άτομα με υψηλές διοικητικές ικανότητες και δεξιότητες, όραμα, ικανούς να αναγνωρίζουν την ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας)
- Η ανθρώπινη μεταχείριση των ασθενών από γιατρούς και λοιπό προσωπικό (φιλική συμπεριφορά, εξυπηρέτηση, σεβασμός ατομικών δικαιωμάτων και προσωπικότητας).
- Η ύπαρξη της κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής (επάρκεια/διαθεσιμότητα κλινών, σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κ.ά.)
- Η αξιοποίηση της τεχνολογίας και η χρήση νέας τεχνολογίας

- Η ξενοδοχειακή υποδομή και ο σωστός σχεδιασμός των χώρων (πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών πιο εύκολα και πιο οργανωτικά, ασφαλής επικοινωνία των χώρων και των επαγγελματιών, βελτίωση χρόνου και τρόπου απόδοσης, ταχύτητα διακοίνωσης μέσα στο χώρο, διασφάλιση της υγιεινής και της ασφάλειας, διευκόλυνση κίνησης ασθενών και επισκεπτών)
- Η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών (φιλική συμπεριφορά στην υποδοχή, επάρκεια στην ενημέρωση και πληροφόρηση, αμεσότητα για εξυπηρέτηση)
- Η θέσπιση κανόνων υγιεινής και η προσπάθεια περιορισμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων
- Η καθαριότητα και ο έλεγχος των τροφίμων
- Το κόστος (παραμονή σε αποδεκτά επίπεδα)

Η JCAHO διαπιστώνει εννιά καθοριστικούς παράγοντες οι οποίοι ορίζουν την ποιότητα στην φροντίδα υγείας:

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ποιότητας κατά JCAHO

<i>Κατάλληλότητα (Appropriateness):</i> ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση.
<i>Διαθεσιμότητα (Availability):</i> ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη, ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται.
<i>Συνέχεια (Continuity):</i> ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, τους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
<i>Αποτελεσματικότητα (Effectiveness):</i> ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
<i>Δραστηριότητα (Efficacy):</i> ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
<i>Αποδοτικότητα (Efficiency):</i> η αναλογία των αποτελεσμάτων της φροντίδας για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.
<i>Σεβασμός και φροντίδα (Respect and Caring):</i> ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της φροντίδας του. Ο σεβασμός για τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις προσωπικές διαφορές του ασθενή, με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν τις υπηρεσίες τους.
<i>Ασφάλεια (Safety):</i> ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκόμενους.
<i>Επικαιρότητα (Timeliness):</i> ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την πιο ευεργετική ή απαραίτητη στιγμή.

Πηγή: *Ovretveit, 2004*

Επιπλέον, σύμφωνα με τον ΠΟΥ παράγοντες που αναβαθμίζουν την ποιότητα στην φροντίδα υγείας είναι οι εξής (WHO, 2000):

- η ικανοποίηση του ασθενή,
- η τελική θετική επίδραση στην υγεία του ασθενή,
- η μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς,
- η αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων,
- το υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής.

Αντιθέτως, παράγοντες υποβάθμισης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις νοσοκομειακές μονάδες είναι κυρίως (Θεοδώρου, 1992):

- η αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων,
- η συνεχιζόμενη αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, χωρίς την ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού,
- η απομυθοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και των ιατρικών πράξεων,
- η διαρκής αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών για πληρέστερη ενημέρωση από τους ιατρούς και αντιμετώπισης με καλύτερο τρόπο,
- η δύσκολη ικανοποίηση των χρηστών.

Σύμφωνα με τον Weiss, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται κυρίως από δύο ομάδες παραγόντων: (α) τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας και (β) τη σχέση μεταξύ του προσωπικού υγείας και ασθενή (Θεοδώρου, 1992). Η πρώτη ομάδα αναφέρεται στις συνθήκες που επικρατούν στην αίθουσα αναμονής και στα εξεταστήρια (καθαριότητα, άνεση, φωτισμός, επίπλωση, θέρμανση), στη διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, στην παροχή πρώτων φροντίδων, στην παραμονή στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας, στην ιατρική φροντίδα (παροχή φαρμάκων, φροντίδα και υποστήριξη από νοσηλευτικό προσωπικό), στη ζωή του ασθενή στο θάλαμο, στη διαδικασία της αναχώρησης (ιατρικές οδηγίες αυτοφροντίδας, συνταγογράφηση), καθώς και στη συμπλήρωση των εγγράφων και τη διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων. Η δεύτερη ομάδα παραγόντων αναφέρεται στον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας και αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική παράμετρο της ποιότητας παροχής των υπηρεσιών υγείας.

## 2.7 Διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες

Οι κύριες διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται συνοψίζοντας τους προαναφερθέντες προσδιοριστικούς παράγοντες αυτού του είδους των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Το Advisory Council on Health Research<sup>7</sup> (ACHR) ορίζει 24 διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας, από την οπτική των ασθενών (Wensing et al., 1994):

- αποτελεσματικότητα (βελτίωση επιπέδου υγείας του ασθενή),
- αποδοτικότητα,
- ασφάλεια,
- ακρίβεια,
- ανθρωπιά,
- διατροφή,
- διαθεσιμότητα,
- εχεμύθεια,
- ενσυναίσθηση,
- πληροφόρηση,
- συνεργασία,
- συνέχεια,
- υποδοχή,
- προστασία προσωπικών δεδομένων,
- ολοκληρωμένη φροντίδα,
- καταλληλότητα της φροντίδας,
- προσβασιμότητα (φυσική και γεωγραφική),
- επαγγελματική επάρκεια με κατάλληλη γνώση και δεξιότητες,

---

<sup>7</sup> Το ACHR είναι ένα συμβουλευτικό όργανο υποστήριξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το οποίο εκτελεί τον συνταγματικό του ρόλο της προώθησης και του ερευνητικού συντονισμού σχετικά με διεθνείς εργασίες, συνεργαζόμενο στενά με εξωτερικούς οργανισμούς που επιδιώκουν κοινούς στόχους και με την επιστημονική κοινότητα.

- διορατικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας,
- υπευθυνότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας,
- οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα,
- υγιεινή (περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων),
- αυτονομία του ασθενή στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του,
- πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας.

Η έρευνα του Thompson (1993) ανέδειξε έξι παράγοντες (διαστάσεις) οι οποίες προσδιορίζουν την εκληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας:

- την ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,
- το φαγητό και το φυσικό περιβάλλον νοσοκομείου,
- την ατμόσφαιρα του τμήματος,
- τη νοσηλευτική φροντίδα,
- την ποσότητα του φαγητού,
- την υποδοχή κατά την εισαγωγή.

Επιπλέον, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες μπορούν να εναρμονιστούν και να καθοριστούν με βάση τις πέντε βασικές διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών, όπως αναλύονται από τους Parasuraman et al. (1985), οι οποίες αναφέρονται:

- στην αξιοπιστία (η ικανότητα να παρέχεται και το δικαίωμα να λαμβάνεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία),
- στην ανταπόκριση (η θέληση και προθυμία του οργανισμού να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη),
- στην ασφάλεια (η κατάρτιση και η προθυμία των εργαζομένων απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη),
- στην ακρίβεια (η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά),
- στη εξατομίκευση (η παραγωγή μιας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη).

## 2.8 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας στις μονάδες υγείας

Η αξιολόγηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας σχετίζεται με την κριτική εκτίμηση του βαθμού στον οποίο το σύνολο των υπηρεσιών ανταποκρίνεται στους σκοπούς που έχουν τεθεί αναφορικά με την παροχή τους (Σούλης, 1998). Οι επιτυχημένες μονάδες υγείας έχουν πελατοκεντρικό χαρακτήρα και παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας με κύριο μέλημά τους τη μέγιστη ανταπόκριση στις ανάγκες και απαιτήσεις του πελάτη. Η αξιολόγηση και η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας, που συνεπάγονται και τη διερεύνηση των προβλημάτων ποιότητας, είναι θεμιτό να απορρέει από την κριτική που θα ασκήσουν οι πελάτες/ασθενείς. Αναφέρεται σε στοιχεία που επιμετρούνται βάση των παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και αφορούν: (α) τη γνώμη των πελατών/ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν (αντίληψη) και (β) στο τι θα ήθελαν αυτές να τους προσφέρουν (προσδοκίες). Άλλωστε αυτοί ουσιαστικά καθορίζουν ποιες ανάγκες και απαιτήσεις πρέπει να εξυπηρετούν οι συγκεκριμένοι οργανισμοί, αποτελώντας τον σημαντικότερο δείκτη αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας.

Έχοντας λοιπόν ως κοινή παραδοχή την κεντρική ιδέα ότι η καταγραφή της άποψης του πελάτη των υπηρεσιών είναι ο ορθολογιστικότερος τρόπος να αξιολογηθεί και να μετρηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναπτύχθηκε μια σειρά εργαλείων ή μοντέλων αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας. Τα μοντέλα αυτά αφορούν το ευρύτερο φάσμα των υπηρεσιών και ειδικότερα τις υπηρεσίες υγείας, αφού αρχικά πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες αναπροσαρμογές και σταθμίσεις. Τα μοντέλα αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας αναφέρονται ως εξής (Seth et al., 2005):

- SQ1 «Technical and functional quality model» (Gronroos, 1984)
- SQ2 «SERVQUAL» (Parasuraman et al., 1985)
- SQ3 «Attribute service quality model» (Haywood-Farmer, 1988)
- SQ4 «Synthesised model of service quality» (Brogowicz et al., 1990)
- SQ5 «Performance only model» (Cronin & Taylor, 1992)
- SQ6 «Ideal value model of service quality» (Mattsson, 1992)

- SQ7 «Evaluated performance and normed quality model» (Teas, 1993)
- SQ8 «IT alignment model» (Berkley & Gupta, 1994)
- SQ9 «Attribute and overall affect model» (Dabholkar, 1996)
- SQ10 «Model of perceived service quality and satisfaction» (Spreng & Mackoy, 1996)
- SQ11 «PCP attribute model» (Philip & Hazlett, 1997)
- SQ12 «Retail service quality and perceived value model» (Sweeney et al., 1997)
- SQ13 «Service quality, customer value and customer satisfaction model» (Oh, 1999)
- SQ14 «Antecedents and mediator model» (Dabholkar et al., 2000)
- SQ15 «Internal service quality model» (Frost & Kumar, 2000)
- SQ16 «Internal service quality DEA model» (Soteriou & Stavrinides, 2000)
- SQ17 «Internet banking model» (Broderick & Vachirapornpuk, 2002)
- SQ18 «IT-based model» (Zhu et al., 2002)
- SQ19 «Model of e-service quality» (Santos, 2003)

Σε κάθε οργανισμό και ειδικότερα τις νοσηλευτικές μονάδες, τα παραπάνω μοντέλα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, αφού συμβαδίζουν με την πελατοκεντρική προσέγγιση της ολικής ποιότητας καθώς όλες οι μετρήσεις αναφέρονται στις αντιλήψεις και στις εμπειρίες, στις προσδοκίες, στις ανάγκες και στις απαιτήσεις του πελάτη. Η χρήση τους σε έρευνες, παρέχει στους υπευθύνους τη δυνατότητα αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τη διερεύνηση των σημείων στα οποία υφίστανται τα προβλήματα ποιότητας, καθώς και τη δυνατότητα προσαρμογής και αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών τους για την εξάλειψη των προβλημάτων αυτών και την προώθηση της συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών.

## 2.9 Η ποιότητα στις δημόσιες μονάδες υγείας

Η σημασία της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσής της στις δημόσιες μονάδες υγείας αναφέρεται κυρίως στη βέλτιστη ανταπόκριση στις απαιτήσεις των πολιτών/πελατών, καθώς και στην ορθολογικότερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, προκειμένου να επιτευχθεί αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και συνεπώς μείωση του λειτουργικού κόστους. Το τελευταίο, ειδικότερα σε περιόδους ύφεσης, είναι μείζονος σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία της κάθε μονάδας, δεδομένης της αναγκαστικής περικοπής των δαπανών υγείας. Οι παράγοντες που καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή της ποιότητας θα μπορούσαν να προσδιοριστούν ως κίνητρα ώθησης των δημόσιων οργανισμών υγείας, ειδικά των δημόσιων νοσοκομείων, που αποτελούν τον μεγαλύτερο πάροχο των υπηρεσιών υγείας. Στην εφαρμογή της ποιότητας, τα κίνητρα αυτά μπορούν να καταγραφούν ως: (α) αποτελέσματα έπειτα από πίεση των πολιτών/ασθενών, (β) ευκαιρία μείωσης των δαπανών υγείας, (γ) απαίτηση μείωσης των δαπανών υγείας εξαιτίας των αυξανόμενων πιέσεων του προϋπολογισμού, (δ) ανάγκη για αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των απασχολούμενων δημοσίων υπαλλήλων, (ε) επέμβαση της εκάστοτε κυβέρνησης για αποτελεσματικότερη διοίκηση, (στ) διεθνείς τάσεις που αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση.

Ωστόσο, παρά την αναγκαιότητα εφαρμογής της ποιότητας, παρατηρείται ένας αργός έως και ανύπαρκτος, σε ορισμένες περιπτώσεις, ρυθμός καθιέρωσης των πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας, ως απόρροια τόσο των παραγόντων που προκύπτουν από το καθεστώς λειτουργίας των δημόσιων μονάδων υγείας όσο και των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ως οργανωσιακή αλλαγή. Τα εμπόδια και οι δυσκολίες που εμφανίζονται εξαιτίας της νομικής μορφής των οργανισμών και του καθεστώτος λειτουργίας τους, αφορούν την έλλειψη ελευθερίας στην αυθαίρετη ενέργεια, την αυξημένη γραφειοκρατία, την ανάλογη νομοθεσία πάνω στην οποία παραδοσιακά βασίζονταν οι αποφάσεις των διοικούντων, τους απελπιστικά περιορισμένους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, καθώς και την κακή δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία που έχει μέρος του προσωπικού αλλά και των ανώτερων και ανώτατων στελεχών (εξαιτίας της πολιτικής στήριξης που έχουν).



Η εφαρμογή της ποιότητας προϋποθέτει οργανωτικές αλλαγές με απαιτήσεις προσαρμογής και επανατοποθέτησης ατόμων σε νέες θέσεις και σε νέο περιβάλλον, παράγοντες που οδηγούν σε ποικίλες αντιδράσεις και προβλήματα, βάζοντας εμπόδια για την αποτελεσματική άσκησή της. Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στην έλλειψη πίστης στην αξία της διαδικασίας, στην έλλειψη της εκπαίδευσης, στην έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, στα αντικρουόμενα συμφέροντα, στην αδυναμία ομαδικής συνεργασίας και στην ελλιπή συμμετοχή του προσωπικού, στην έλλειψη ηγεσίας και διαδικασιών υποκίνησης του προσωπικού κ.ά.

Στη βιβλιογραφία καταγράφεται μια λίστα σημαντικών παραγόντων επιτυχούς άσκησης της ολικής ποιότητας σε δημόσιους οργανισμούς όπως τα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίοι είναι σε θέση να βοηθήσουν προκειμένου να ξεπεραστούν οι τυχόν δυσκολίες/προβλήματα και τελικά να προκύψει μια επιτυχημένη εφαρμογή της. Οι Fryer et al. (2007) υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στη δέσμευση της ηγεσίας, στην ικανότητα διοίκησης των πελατών/προμηθευτών/ διαδικασιών, στην ύπαρξη σκοπών και αντικειμενικών στόχων, στην ομαδική εργασία, στην συνεχιζόμενη κατάρτιση και εκπαίδευση, στην επικοινωνία, στη συνεχή αποτίμηση/παρακολούθηση/αξιολόγηση της ποιότητας, στην ενδυνάμωση των εργαζομένων, στην αναγνώριση και το σύστημα ανταμοιβών, στην αλλαγή κουλτούρας, στην αποτελεσματική χρήση της τεχνολογίας, στη συνειδητοποίηση της κοινωνικής ευθύνης, στην αναγνώριση του ρόλου του τμήματος ποιότητας, καθώς και στην κατανόηση των αρχών και της φιλοσοφίας βελτίωσης της ποιότητας.

### **2.9.1 Εθνικές πολιτικές ποιότητας**

Τα τελευταία χρόνια πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν προωθήσει διαδικασίες που έχουν ως απώτερο σκοπό την αξιολόγηση και τη διασφάλιση των παραγόντων που συνδέονται με την ποιότητα (Champagne et al., 1997; Short & Rahim, 1995). Αρκετές χώρες έχουν σχεδιάσει εθνικά προγράμματα δράσης για την ανάπτυξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας όπως η Σουηδία (1993), το Βέλγιο (1995), η Φιλανδία (1995), η Νορβηγία (1996), η Γερμανία (1998), το Ηνωμένο Βασίλειο (1998), η Ιταλία (2000) και η Δανία (2002). Επίσης, πολλές πρωτοβουλίες αναπτύχθηκαν μέσω ειδικών νομοθετικών μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Ενδεικτικά παραδείγματα χωρών αποτελούν η Γαλλία (1984, 1991, 1996), η Ισπανία (1986), η Ιταλία (1986), η Γερμανία (1989, 2000, 2001) και η Αυστρία (1993).

Στη Γερμανία, η νομοθετική μεταρρύθμιση του 1989 απαιτεί διασφάλιση ποιότητας στα νοσοκομεία και τη φροντίδα των εξωτερικών ασθενών, καθώς επίσης υποχρεωτικό benchmarking στις νοσοκομειακές διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Το 1998 αναπτύσσονται εθνικές συστάσεις για τη διαχείριση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας, ενώ το 2001 αποφασίζεται ότι τα νοσοκομεία και οι μονάδες αποκατάστασης πρέπει να διαθέτουν σύστημα διαχείρισης ποιότητας και να συντάσσουν μία έκθεση ποιότητας κάθε διετία.

Στη Γαλλία, το 1984, η νομοθεσία ορίζει την έκδοση μίας ετήσιας έκθεσης για την αξιολόγηση της ποιότητας από τις νοσοκομειακές ιατρικές επιτροπές. Το 1991, η νομοθεσία απαιτεί από τα νοσοκομεία τον ορισμό και την εμφάνιση εσωτερικών συστημάτων ποιότητας. Το 1996, με διάταγμα για τη μεταρρύθμιση στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, αποφασίζεται η υποχρεωτική βελτίωση της ποιότητας, η διαπίστευση των νοσοκομείων και οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών.

Στην Ολλανδία, το 1981, αναπτύσσονται επιτροπές ποιότητας στα νοσοκομεία. Το 1996, η νομοθεσία υπαγορεύει συμμετοχή των ασθενών, κλινικές οδηγίες και πρωτόκολλα, εκπαίδευση του προσωπικού στην ποιότητα και ετήσιες εκθέσεις. Τα ιδρύματα είναι υπεύθυνα για την αυτό-αξιολόγησή τους και υπόκεινται σε έλεγχο από το σώμα επιθεωρητών υγείας. Το 2001, η νομοθεσία για την ποιότητα ρυθμίζει την παροχή φροντίδας, εστιάζοντας στην ποιότητα της επαγγελματικής πρακτικής.

Στην Ιταλία, το 1986, αναπτύσσονται επιτροπές ποιότητας νοσοκομείων, ενώ το 1992 η νομοθετική μεταρρύθμιση απαιτεί προγράμματα ποιότητας, δείκτες ποιότητας και υποχρεωτική διαπίστευση ανά περιφέρεια. Το 2000 αναπτύσσεται Εθνικό Σχέδιο Υγείας με προτεραιότητες και στόχους για βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Στο Βέλγιο, το 1987, αναπτύσσονται επιτροπές ποιότητας στα νοσοκομεία και το 1995, η οργανωτική επιτροπή ποιότητας στη φροντίδα υγείας αναπτύσσει πρόταση εθνικής πολιτικής. Στην Αυστρία, το 1993, προωθείται νόμος περί νοσοκομείων και κλινικών που αναπτύσσει το benchmarking, τα εσωτερικά συστήματα ποιότητας και τις επιτροπές διασφάλισης ποιότητας. Στη Φιλανδία, το 1994, δημιουργείται το συμβούλιο ποιότητας για τη φροντίδα υγείας, το οποίο αναλαμβάνει την ευθύνη για την αξιολόγηση της τεχνολογίας, τη δημιουργία καταλόγων φροντίδας, δεικτών ποιότητας και βάσεων δεδομένων ικανοποίησης ασθενών. Το 2002, η Δανία αναπτύσσει εθνική στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας με στόχους και σχέδιο δράσης 2002-2006 (Παπανικολάου, 2007).

## 2.9.2 Ελληνικές πολιτικές ποιότητας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) θεσμοθετήθηκε το 1983 από την κυβέρνηση του Ανδρέα Παπανδρέου, στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας καθώς και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδοχών περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση εισήχθη με το νόμο Ν.1397/1983, με κεντρικό άξονα την οργάνωση και λειτουργία του Ε.Σ.Υ., ενώ η κρατική χρηματοδότηση προήλθε μέσα από την αύξηση των δημόσιων δαπανών (4,5%-5% του ΑΕΠ) και την αντίστοιχη μείωση των ιδιωτικών δαπανών (Λιαρόπουλος και συν., 2006; Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Με τον Ν.372/1976 και τις τροποποιήσεις του από τον Ν.1682/1997 και το Π.Δ. 155/1997, ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛ.Ο.Τ) λειτουργεί ως Ανώνυμη Εταιρεία και αναλαμβάνει την σύνταξη, έκδοση και διάθεση των πιστοποιητικών ποιότητας, αποτελώντας τον μοναδικό φορέα υπεύθυνο για τα Ελληνικά Πρότυπα. Ακολουθούν οι νόμοι Ν.2071/1992 και Ν.2231/1994 με τους οποίους δημιουργούνται κάποια πρότυπα ποιότητας, συστήνεται το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ) και καθιερώνεται ο Ελληνικός Κοινοποιημένος Οργανισμός για τα ιατρο-τεχνολογικά προϊόντα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003; Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Ο Ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165, 21/8/1997) θεσμοθετεί για πρώτη φορά το θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από δημόσιους φορείς και καθορίζει σαφείς αρμοδιότητες σε όργανα αξιολόγησης και ελέγχου του υγειονομικού συστήματος, των υπηρεσιών υγείας και των ιατρικών πράξεων. Ο νόμος αυτός περιλαμβάνει μια σειρά μέτρων που βελτιώνουν έμμεσα την ποιότητα, όπως η ίδρυση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) με Δίκτυα Π.Φ.Υ. καθώς και τη δημιουργία του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υγειονομικών Υπηρεσιών (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999; Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια λαμβάνει χώρα με το Ν.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37, 2/3/2001), ο οποίος επιχειρεί αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων και του ΕΣΥ, μέσω της δημιουργίας Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.), ανάπτυξης τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στα Πε.Σ.Υ. με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών, καθώς και τμήματος ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε νοσοκομεία άνω των 400 κλινών. Με τον συγκεκριμένο νόμο, εισάγεται ο θεσμός του Διοικητή και του Συμβουλίου Διοίκησης με σαφώς καθορισμένες αρμοδιότητες, καθίσταται υποχρεωτική η σύσταση γραφείου υποδοχής ασθενών, καθώς και η σύσταση Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) στα νοσοκομεία άνω των 200 κλινών. Επιπλέον, καθιερώνονται κριτήρια επιλογής και αξιολόγησης των ιατρών του Ε.Σ.Υ. και υπογραφή συμβολαίου αποδοτικότητας μεταξύ των διοικητών και των Πε.Σ.Υ. με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ σε συνδυασμό με την υποστήριξη προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας, προωθείται η βελτίωση της διαχείρισης των πόρων, της αποδοτικότητας του προσωπικού και του επιστημονικού επιπέδου.

Τον ίδιο χρόνο, ο Ν.2920/2001 «Σώμα επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις» θεσπίζει ως ελεγκτικό όργανο το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.). Αρμοδιότητες του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι οι έλεγχοι των υπηρεσιών υγείας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της τήρησης των κανόνων δεοντολογίας για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, της επάρκειας του εξοπλισμού και του ανθρώπινου δυναμικού, της υγιεινής, ασφάλειας και επάρκειας των εγκαταστάσεων κ.ά.

Δύο χρόνια αργότερα, συστήνεται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.ΔΥ.) και η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, με τον Ν.3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197, 6/8/2003). Κύρια αρμοδιότητα του Ε.ΣΥ.ΔΥ. είναι η διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής υγείας και του σχεδίου αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, ενώ η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας καθορίζει τις αρχές για τον ποιοτικό έλεγχο, ελέγχει την

εφαρμογή της πολιτικής για τη δημόσια υγεία, αξιολογεί το σύνολο των υπηρεσιών και των φορέων δημόσιας υγείας, μεριμνεί για τον συντονισμό των δράσεων όλων των φορέων δημόσιας υγείας και είναι ο υπεύθυνος φορέας για τη λήψη και εφαρμογή αποφάσεων και μέτρων σε περιόδους κρίσης (Παπανικολάου, 2007).

Ο Ν.3235/2004 (ΦΕΚ 53, 18/2/2004) σηματοδοτεί την μεταρρυθμιστική προσπάθεια για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, στοχεύοντας στην ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης και ποιοτικής φροντίδας υγείας, μέσω της παρακολούθησης της διακίνησής τους από τον οικογενειακό ιατρό, όπως αυτός θα ορίζεται από το Ε.Σ.Υ. Η υλοποίηση του στόχου αυτού απαιτούσε την γεωγραφική τομεοποίηση του συστήματος Π.Φ.Υ. μέσα στα όρια κάθε Πε.Σ.Υ.Π. με αυστηρά ανθρωποκεντρικά κριτήρια. Ο νόμος προέβλεπε την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, την έναρξη τήρησης ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου των πολιτών, καθώς και τη σύσταση Φορέα Πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας που ελέγχει του φορείς παροχής Π.Φ.Υ. Η αξιολόγηση και η πιστοποίηση γίνεται με βάση τη στελέχωση, την ιατρική υποδομή και τον εξοπλισμό, την υποδομή μηχανοργάνωσης, την τήρηση υγειονομικών διατάξεων και μέτρων προστασίας, την ποιότητα τήρησης των διαδικασιών, την εξυπηρέτηση του κοινού και τη διασύνδεση των φορέων Π.Φ.Υ μεταξύ τους και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης (Παπανικολάου, 2007).

Η προσπάθεια της Πολιτείας για ανάδειξη και θωράκιση του χώρου της ποιότητας στην υγεία συνεχίστηκε το 2005 με τη σύνταξη και κατάθεση του σχεδίου νόμου «ποιότητα και ασφάλεια υπηρεσιών υγείας». Το σχέδιο νόμου στόχευε στον καθορισμό ενός γενικότερου πλαισίου και των λεπτομερών κανόνων που θα χαρακτηρίζουν τον χώρο της ποιότητας. Βασική υποδομή για την ποιότητα προβλεπόταν να αποτελέσει το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.), καθιστώντας υποχρεωτική την τροφοδότησή του με στοιχεία από τις Μονάδες Υγείας, καθώς και η δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Πληροφοριών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ.) το οποίο θα αποτελούσε όργανο ανάπτυξης πολιτικής και στρατηγικών ποιότητας και αρχή πληροφοριών στον τομέα υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία του Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ. αποτέλεσε εξέλιξη του προβλεπόμενου στο Ν.2519/97 πλαισίου λειτουργίας του Εθνικού Κέντρου Ερευνών Υγείας (Ε.Κ.Ε.Υ.) και του Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. (ΥΥΚΑ, 2005).

Με τον Ν.3329/2005 «Εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» καταργούνται τα Πε.Σ.Υ. και αντικαθίστανται με τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), διατηρώντας ταυτόχρονα το τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στις υγειονομικές περιφέρειες ώστε να ελέγχονται οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης με σκοπό την ένταξη σε διαδικασίες πιστοποίησης και διαπίστευσης. Τον Μάρτιο του 2005 υπογράφεται πρωτόκολλο συνεργασίας για την Τυποποίηση στον τομέα της υγείας μεταξύ του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) και του ΕΛ.Ο.Τ., με σκοπό την εξασφάλιση δραστικής βελτίωσης του όλου συστήματος εκπόνησης Ελληνικών Εθνικών Προτύπων και Εθνικών Προδιαγραφών, σε πλήρη συντονισμό με την Ευρωπαϊκή Τυποποίηση και με ξεκάθαρο στόχο την εξυπηρέτηση του τεχνικού ορθολογισμού του συστήματος της υγείας στη χώρα.

Το 2007, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναπτύσσει σχέδιο δράσης για τη Δημόσια Υγεία για τα έτη 2007-2013. Στον στόχο 8 του σχεδίου δράσης, οριοθετείται η βελτίωση της ποιότητας και της επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλες τις υπηρεσίες και τους οργανισμούς δημόσιας υγείας, μέσω της ανάπτυξης και εφαρμογής σύγχρονων μεθόδων και συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Η υλοποίηση του στόχου περιλαμβάνει τις εξής δράσεις: (α) δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων με «κατευθυντήριες οδηγίες» και «καλές πρακτικές» στη Δημόσια Υγεία, (β) πρόσβαση σε βιβλιοθήκες και διεθνείς βάσεις δεδομένων, (γ) προώθηση πιστοποίησης εργαστηρίων και κέντρων αναφοράς, (δ) ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών και διαδικασιών λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, (ε) ανάπτυξη οδηγιών και κανονισμών προστασίας της υγείας σε δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (ΥΥΚΑ, 2007).

Στα πλαίσια του Ολοκληρωμένου Σχεδίου Δράσης για την Ποιότητα, έχουν αποσταλεί στα νοσηλευτικά ιδρύματα διάφορες εγκύκλιοι που αφορούν στην έναρξη εφαρμογής δράσεων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Γ.Π. οικ. 123566/10, Γ.Π. οικ. 140077/10, Γ.Π. οικ. 162857/10, Γ.Π. οικ. 11980/11). Συγκεκριμένα, στην εγκύκλιο Γ.Π. οικ. 30518/13, στους ετήσιους στρατηγικούς στόχους του Υπουργείου Υγείας συμπεριλαμβάνονται η εισαγωγή και εφαρμογή καλών πρακτικών (πρωτόκολλα, κατευθυντήριες γραμμές, διαδικασίες), με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη φιλοσοφία ΔΟΠ και σε καλές πρακτικές, τη διοίκηση με στόχους, καθώς και τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας.

### **2.9.3 Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα**

Η διεθνής βιβλιογραφία καταγράφει πολλές περιπτώσεις εφαρμογής συστημάτων ποιότητας σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, πολλά άρθρα έχουν δημοσιευτεί σχετικά με την εφαρμογή και την πιστοποίηση κατά ISO σε διάφορα δημόσια νοσοκομεία της Ευρώπης αλλά και στις ΗΠΑ, ενώ συχνά αναφέρονται πιστοποιήσεις οργανισμών υγείας και σε άλλα συστήματα ποιότητας, όπως και σε βραβεία ποιότητας.

Στην Ελλάδα, η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, που τελικά οδήγησαν σε πιστοποιήσεις, ξεκινά από τον ιδιωτικό τομέα στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν το «Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο» και το νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», που έχουν κατορθώσει να πιστοποιηθούν κατά ISO σε όλες τις υπηρεσίες τους. Επίσης, το «Ιατρικό Κέντρο Αθηνών» έχει πιστοποιήσει τα περισσότερα από τα τμήματά του, ενώ υπάρχουν και πολλές άλλες ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO 9001:2000 (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Ωστόσο, τα πράγματα δε φαίνεται να είναι τα ίδια στον δημόσιο τομέα. Σύμφωνα με έρευνα των Θεοδωρακιάδου και Τσιότρα (1998), τα αποτελέσματα αποκάλυψαν σπάνια εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Μάλιστα, στις περισσότερες περιπτώσεις οποιαδήποτε εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας αποτελούσε ξεκάθαρη πρωτοβουλία εργαζομένων και δεν πήγαινε από ένα κεντρικά οργανωμένο σχέδιο (Theodorakioglou & Tsiotras, 2000).

Είναι γεγονός ότι μόλις την τελευταία δεκαετία ο δημόσιος τομέας των υπηρεσιών υγείας άρχισε να ενδιαφέρεται σταδιακά όλο και περισσότερο για τα διεθνή συστήματα ποιότητας. Μολονότι το ενδιαφέρον των δημόσιων υπηρεσιών υγείας έχει αυξηθεί, οι πρωτοβουλίες δεν αφορούν τον οργανισμό σαν σύνολο, αλλά περιορίζονται σε επίπεδο μεμονωμένων τμημάτων. Στον Πίνακα 2 απεικονίζεται ένα ιστορικό τμημάτων δημοσίων νοσοκομείων που έχουν πιστοποιηθεί, όπου διακρίνεται εύκολα ότι τα περισσότερα τμήματα έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO 9001. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η καρδιοχειρουργική μονάδα του Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», η οποία έχει διακριθεί ως προς το επίπεδο επιχειρηματικής

αριστείας του EFQM και αναφέρεται στην σελίδα της Ελληνικής Εταιρίας Διοικήσεως Επιχειρήσεων (ΕΕΔΕ) ως δεσμευμένη στην τελειότητα.

Πίνακας 2. Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας σε δημόσια νοσοκομεία

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		
ΦΟΡΕΑΣ	ΤΜΗΜΑ	ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
Γ.Ν. ΑΡΓΟΥΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	ISO 9001:2000
Γ.Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	ISO 9001:2000
Γ.Ν. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Θ.Ν.Α. Η ΣΩΤΗΡΙΑ	ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Θ.Ν.Α. Η ΣΩΤΗΡΙΑ	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	ISO 9001:2001
Γ.Ν.Θ.Ν.Α. Η ΣΩΤΗΡΙΑ	ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ISO 9001:2002
Γ.Ν.Θ.Ν.Α. Η ΣΩΤΗΡΙΑ	Β <sup>η</sup> ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. ΚΑΤ	ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. ΚΑΤ	ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ	ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ISO 9001:2000
Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ISO 9001:2003
Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ	ISO 9001:2004
Γ.Ν.Α. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	ΤΜΗΜΑ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΙΑ (EFQM)
Γ.Ν.Α. ΛΑΪΚΟ	ΤΜΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. ΛΑΪΚΟ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Α. ΛΑΪΚΟ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Μ. ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ	ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ISO 9001:2001
Γ.Ν.Μ. ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΠΝΟΥ	ISO 9001:2002
Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ISO 9001:2000
Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ISO 9001:2000
ΠΑΙΔΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΛΙΘΑΡΑΚΙ	ISO 9001:2001
ΠΑΙΔΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ	ISO 9001:2000
ΠΑΙΔΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΗΛΙΟΣ ΑΡΤΕΜΙΔΑ	ISO 9001:2000
ΠΑΙΔΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΞΑΝΘΩΑΣ ΑΓΓΕΛΙΑ Ν. ΜΑΚΡΗ	ISO 9001:2000
ΠΑΙΔΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	ISO 9001:2000
Π.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ- ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ	ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΤΕΧΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ-ΚΑΡΔΙΑΣ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	ISO 9001:2000
Π.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ	ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	ISO 9001:2000

Πηγή: Πεχτελίδου, 2014



Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, από την αρχή της δημιουργίας του, φαίνεται να αποτελεί ένα σύστημα που «νοσεί». Κάθε νομοθετική προσπάθεια ενσωμάτωσης, κάθε ενέργεια και διαδικασία που ορίζει κανόνες και προάγει την ποιότητα στις δημόσιες μονάδες υγείας και ειδικότερα στα δημόσια νοσοκομεία, στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτυγχάνει. Αυτό οφείλεται είτε στη μη εφαρμογή των σχετικών διατάξεων είτε στην ύπαρξη σημαντικών αδυναμιών που προέκυψαν τόσο από την απουσία της συνεχιζόμενης υποστήριξης και ελέγχου (από την πολιτεία), όσο και από την τοποθέτηση ακατάλληλων προσώπων στη διοίκηση των εκάστοτε ιδρυμάτων. Πρόσωπα μη ικανά που δεν κατάφεραν να ενσωματώσουν τη ΔΟΠ και ότι αυτή πρεσβεύει στην κουλτούρα και στη νοοτροπία του προσωπικού και κατ' επέκταση του οργανισμού, με τελικό αποτέλεσμα η ΔΟΠ να βρίσκεται στις μέρες σε ένα στοιχειώδες, στις περισσότερες περιπτώσεις, επίπεδο.

#### **2.9.4 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα**

Η οικονομική κρίση που μαστίζει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, καθιστά αναγκαία πρακτική την εφαρμογή της ποιότητας, στα πλαίσια της μείωσης των δαπανών καθώς και της βέλτιστης εκμετάλλευσης όλων των παρεχόμενων πόρων, ανθρώπινου δυναμικού, χρηματοδότηση, πρώτες ύλες κ.λπ. Οι διοικούντες, γνωρίζοντας τη μειωμένη χρηματοδότηση για τις δημόσιες μονάδες υγείας, καλούνται να επιτύχουν τους στόχους τους και να λειτουργήσουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, λόγω της αυξημένης νοσηρότητας και των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε αντιδιαστολή με τους διαθέσιμους πόρους.

Η διασφάλιση της ποιότητας και η παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί με τον εντοπισμό των προβλημάτων που δημιουργούν κρυφά κόστη στις μονάδες υγείας, των μη αναγκαίων που αυξάνουν τον προϋπολογισμό τους, την αντιμετώπιση των υπερτιμολογήσεων και της υπερπληθώρας προσωπικού όπου υπάρχει, την μέγιστη εκμετάλλευση των παρεχόμενων πόρων, καθώς και την προτυποποίηση των διαδικασιών σε κάθε τμήμα και τομέα των μονάδων, προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες βέλτιστης ποιότητας με εύκολη και γρήγορα ελεγχόμενη αποδοτικότητα (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012).

Η οικονομική ύφεση δημιουργεί αντίξοες και δυσμενείς καταστάσεις για την απόπειρα οποιασδήποτε αλλαγής, ειδικότερα στον δημόσιο τομέα, όπου η ανάγκη μείωσης του δημοσιονομικού ελλείμματος έχει οδηγήσει στην συνένωση φορέων και υπηρεσιών, στο πάγωμα των προσλήψεων (ακόμη και σε περιπτώσεις ελλείψεων ή επιτακτικής ανάγκης για προσωπικό), στη μείωση των δαπανών των υπηρεσιών (ακόμη και ιατροφαρμακευτικών εργαλείων και προϊόντων άμεσης ανάγκης) και στη θυσία της ποιότητας των υπηρεσιών στο βωμό των μειωμένων δαπανών. Τα παραπάνω φαίνεται να αποτελούν ισχυρά εμπόδια και παράγοντες ανατρεπτικούς στην προσπάθεια εφαρμογής της ποιότητας, τοποθετώντας το θέμα της χρηματοδότησης ως πλέον καθοριστικό για την επιτυχή εφαρμογή της.

Ωστόσο, ο εξορθολογισμός των δαπανών και της λειτουργίας των μονάδων υγείας, καθώς και ο ορθολογικός καταμερισμός των πόρων κάτω από αυτές τις συνθήκες, είναι απαραίτητοι έτσι ώστε να μπορέσει να υπάρξει διατήρηση του επιπέδου των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και να υιοθετηθεί μια μέθοδος διοίκησης και διαχείρισης η οποία να συνδυάζει τη βέλτιστη δυνατή ποιότητα με το ελάχιστο κόστος. Δεδομένου ότι αυτό ακριβώς προσπαθεί να επιτύχει η ολική ποιότητα, οι διοικούντες θα πρέπει να στρέψουν την προσοχή τους στην εφαρμογή μιας στρατηγικής ποιότητας, εκμεταλλευόμενοι στο έπακρο τις παρεχόμενες δυνατότητες για το βέλτιστο αποτέλεσμα, δεδομένων των ιδιαίτερων συνθηκών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

#### 3.1 Εισαγωγή

Το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου βρίσκεται στο Δήμο Κορινθίων του Ν. Κορινθίας, σε μικρή απόσταση από το κέντρο της πόλης της Κορίνθου. Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο είναι σχετικά εύκολη και πραγματοποιείται από το κέντρο της πόλης με τακτικά δρομολόγια του ΚΤΕΛ, ή με Ι.Χ. αυτοκίνητα. Η περιοχή ελέγχου και ευθύνης του Νοσοκομείου δεν μπορεί να οριστεί απόλυτα, καθώς η κομβική του θέση καθιστά δυνατή τη νοσηλεία ασθενών από ολόκληρη την Περιφέρεια Πελοποννήσου, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απουσιάζουν περιστατικά από άλλες περιοχές της χώρας καθώς και ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών, οι οποίοι βρίσκονται κυρίως στο Κέντρο Υποδοχής αλλοδαπών στην πόλη της Κορίνθου.

Η ύπαρξη πολλών τροχαίων ατυχημάτων αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ίσως προβλήματα του Ν. Κορινθίας και ειδικότερα της άμεσης περιοχής ευθύνης του Νοσοκομείου. Ο Ν. Κορινθίας κατατάσσεται μέσα στους πρώτους πέντε νομούς της χώρας με τα περισσότερα τροχαία ατυχήματα, γεγονός που οφείλεται κυρίως στο μεγάλο οδικό δίκτυο που διασχίζει το νομό, την πληθώρα επισκεπτών που δέχεται η περιοχή τα Σαββατοκύριακα, τις αργίες και τους θερινούς μήνες, καθώς και στο μεγάλο αριθμό οχημάτων που κυκλοφορούν. Τα παραπάνω έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη λειτουργία του Νοσοκομείου, το οποίο ως το μοναδικό νοσηλευτικό ίδρυμα στο νομό, έχει επωμιστεί το βάρος της αντιμετώπισης πολλών έκτακτων περιστατικών με αποτέλεσμα την συμφόρηση των ΤΕΠ, κυρίως για χειρουργικά και ορθοπαιδικά περιστατικά (η λειτουργία των ΤΕΠ στο Γ.Ν. Κορίνθου ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2002 και είναι 24ωρης καθημερινής εφημερίας).

Το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου διαθέτει πληθώρα τμημάτων (Καρδιολογικό, Παθολογικό, Χειρουργικό, Παιδιατρικό Ορθοπαιδικό, Ουρολογικό, Οδοντιατρικό, Οφθαλμολογικό, Αναισθησιολογικό, Γυναικολογικό-Μαιευτικό, Μικροβιολογικό-Βιοχημικό, ΩΡΛ, Ακτινοδιαγνωστικό, Αιμοδοσία, Φαρμακευτικό, Κυτταρολογικό, Παθολογο-Ανατομικό, Αιματολογικό, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Οφθαλμολογικό), που το καθιστούν προτιμητέο από τους ασθενείς καθώς παρέχονται εκτενείς και ποικίλες υπηρεσίες υγείας.

Στο Νοσοκομείο υπηρετεί ικανός αριθμός ιατρών, ενώ προβλέπονται θέσεις και ειδικευόμενων ιατρών με ανάλογο χρόνο ειδίκευσης, γεγονός που όχι μόνο συμβάλλει θετικά στην εκπαίδευση επιστημονικού προσωπικού, αλλά δίνει ταυτόχρονα τη δυνατότητα στο νοσοκομείο να εξυπηρετεί μεγάλο αριθμό ασθενών. Την ομαλή λειτουργία, την οργάνωση και την παρακολούθηση των εργασιών κάθε τμήματος, αλλά και του Νοσοκομείου συνολικά, διευκολύνει πλέον η εγκατάσταση των νέων πληροφοριακών συστημάτων.

## **3.2 Ιστορικό**

Το νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1941 και στεγάστηκε σε μια μικρή διώροφη οικοδομή επί της Λεωφόρου Δαμασκηνού 29 και Δερβενακίων. Το Δεκέμβριο του 1963 και επί της προεδρίας του Νίκου Ριζόγιαννη, δημοπρατήθηκε το παλαιό κτίριο του σημερινού νοσοκομείου που βρίσκεται επί της οδού Λ. Αθηνών 53, με τα επίσημα εγκαίνια να λαμβάνουν χώρα στις 14 Σεπτεμβρίου του 1969 από τον τότε Υφυπουργό επί των Κοινωνικών Υπηρεσιών Αντώνιο Μέξη.

Με τη δημοσίευση του Οργανισμού του Νοσοκομείου (Β. Διάταγμα 361/26-05-1970 ΦΕΚ 115-2Α) τον Μάιο του 1970 αναπτύχθηκαν εννέα κλινικές (παθολογική, ορθοπαιδική, μαιευτική-γυναικολογική, χειρουργική, ουρολογική, παιδιατρική, καρδιολογική, οφθαλμολογική, ωτορινολαρυγγολογική), ενώ τον Δεκέμβριο του 1974 αναπτύσσει δύναμη 200 κλινών..

Το 1983, με τη δημοσίευση του Ν.1397/7-10-1983 ΦΕΚ 1432 Α, μετονομάζεται από Γενικό σε Νομαρχιακό Νοσοκομείο, αναμορφώνεται και λειτουργεί με το νέο οργανισμό του Α3β/Οικ. 14155/30-09-1986 (ΦΕΚ 647/Β/86) και το νέο ενιαίο πλαίσιο Νοσοκομείων όπως προβλέπεται από το Π.Δ. 87/86, με έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου την πόλη της Κορίνθου.

Η συνολική έκταση του νοσοκομείου είναι 2.450 m<sup>2</sup>. Το παλιό νοσοκομείο στεγάζεται σε έκταση 5.050 m<sup>2</sup>, ενώ το νέο νοσοκομειακό συγκρότημα στεγάζεται σε έκταση 15.400 m<sup>2</sup> σε 4 πτέρυγες (Α, Β1, Β2, Γ). Σημειώνεται ότι το παλαιό κτίριο του νοσοκομείου είναι κτισμένο μέσα σε έκταση 11.581 m<sup>2</sup>, αλλά έγιναν απαλλοτριώσεις 14.580 m<sup>2</sup> με αποτέλεσμα το νέο νοσοκομείο να έχει χώρο 26.161 m<sup>2</sup> στρεμμάτων.

Στον προηγούμενο οργανισμό του Γ. Ν. Κορίνθου Α3β/οικ.14155/30-09-1986 (ΦΕΚ 647/Β/86), η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου είχε οριστεί σε 213 κλίνες. Η σημερινή συνολική δύναμη του νοσοκομείου είναι 240 οργανικές κλίνες, εκ των οποίων οι 25 ανήκουν στο αποκεντρωμένο κτίριο του ΚΕΦΙΑΠ (Οργανισμός Γ. Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ, αρ.πρ.Υ4α/οικ. 112159/10-12-2012, ΦΕΚ 3284/12τ.Β).

### **3.3 Νομικό Πλαίσιο**

Το Γ.Ν. Κορίνθου αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, και διέπεται από τις διατάξεις που απορρέουν από το ΝΔ 2592/1953 «Περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 254/Α'), σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει. Φέρει την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου», με έδρα την πόλη της Κορίνθου.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

- Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης της 6ης Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Υ.ΠΕ, ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτου της οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής του κατάστασης, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.
- Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα.
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας, μέσω της εφαρμογής και ανάπτυξης ερευνητικών προγραμμάτων και συνεργασίας με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς και επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.
- Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα αναφορικά με την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στη Διοίκηση 6ης Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.
- Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.
- Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, τη Διοίκηση της 6ης Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

### 3.4 Όργανα Διοίκησης – Δύναμη κλινών

Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι:

- Το Διοικητικό Συμβούλιο
- Ο Διοικητής του Νοσοκομείου
- Ο Υποδιοικητής του άρθρου 15 του Ν. 4025/2011

Τα αναφερόμενα όργανα διέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν.3328/2005, όπως ισχύει. Το Γ.Ν. Κορίνθου έχει συνολική δύναμη διακόσιες σαράντα (240) οργανικές κλίνες, εκ των οποίων οι είκοσι πέντε (25) ανήκουν στο αποκεντρωμένο κτίριο του ΚΕΦΙΑΠ.

### 3.5 Διοικητική δομή

Το Νοσοκομείο αποτελείται από τις Υπηρεσίες (Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική-Οικονομική), το Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, καθώς και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη.

Οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, το Αυτοτελές Τμήμα και το Ειδικό Γραφείο έχουν τη δική τους ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Το Αυτοτελές Τμήμα και το Ειδικό Γραφείο υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του Νοσοκομείου.

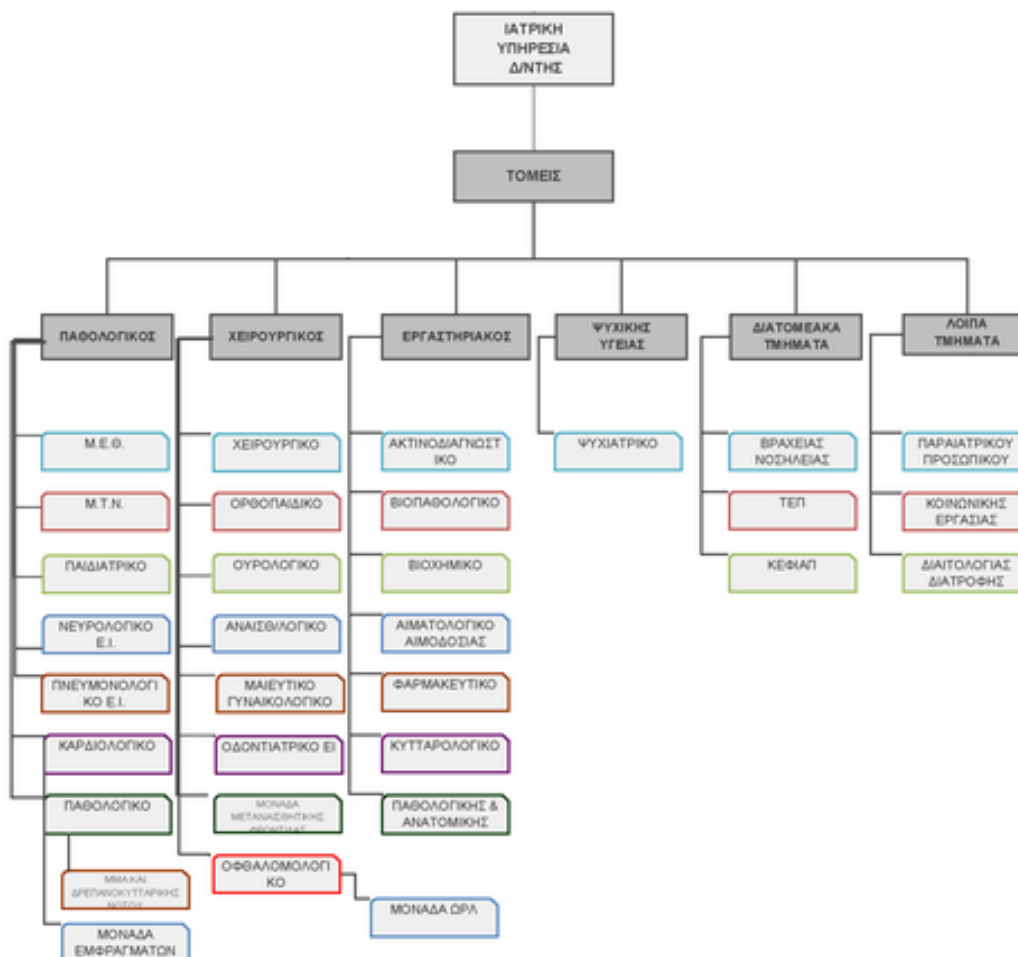


Εικόνα 6. Οργανόγραμμα Γ.Ν. Κορίνθου

Πηγή: <http://www.hospkorinthos.gr/images/organogramma.png>

### 3.6 Ιατρική Υπηρεσία

Η Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν. Κορίνθου αποτελείται από Τομείς, στους οποίους λειτουργούν Τμήματα κατά ειδικότητα, Μονάδες, Ειδικές Μονάδες, καθώς και Διατομεακά και λοιπά Τμήματα.



Εικόνα 7. Οργανόγραμμα Ιατρικής Υπηρεσίας

Πηγή: <http://www.hospkorinthos.gr/images/organogramma.png>

#### A. ΤΟΜΕΙΣ

- Παθολογικός Τομέας με δυναμικότητα 95 κλινών
- Χειρουργικός Τομέας με δυναμικότητα 108 κλινών
- Εργαστηριακός Τομέας
- Τομέας Ψυχικής Υγείας με δυναμικότητα 12 κλινών



Κάθε Τομέας διαρθρώνεται σε Τμήματα και Μονάδες ως εξής:

α) Παθολογικός Τομέας

Πίνακας 3. Διάθρωση Τμημάτων και Μονάδων Παθολογικού Τομέα

<b>Τμήματα</b>	<b>Ειδικές Μονάδες</b>
1. Παθολογικό	Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου
2. Παιδιατρικό	
3. Καρδιολογικό	Εμφραγμάτων

Οι παραπάνω Ειδικές Μονάδες δεν είναι αυτόνομες και λειτουργούν στα πλαίσια των αντίστοιχων Ιατρικών Τμημάτων.

Πίνακας 4. Μονάδες Παθολογικού Τομέα

<b>Μονάδες</b>
1. Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)
2. Τεχνητού Νεφρού

β) Χειρουργικός Τομέας

Πίνακας 5. Διάθρωση Τμημάτων και Μονάδων Χειρουργικού Τομέα

<b>Τμήματα</b>	<b>Ειδικές Μονάδες</b>
1. Χειρουργικό	
2. Οφθαλμολογικό	Ωτορινολαρυγγολογικό
3. Ορθοπεδικό	
4. Ουρολογικό	
5. Μαιευτικό – Γυναικολογικό	
6. Αναισθησιολογικό	

Η παραπάνω Ειδική Μονάδα δεν είναι αυτόνομη και λειτουργεί στα πλαίσια του αντίστοιχου Ιατρικού Τμήματος.

Πίνακας 6. Μονάδες Χειρουργικού Τομέα

<b>Μονάδες</b>
1. Μεταναισθητικής Φροντίδας

γ) Εργαστηριακός Τομέας

Πίνακας 7. Διάρθρωση Τμημάτων Εργαστηριακού Τομέα

Τμήματα
1. Ακτινοδιαγνωστικό
2. Βιοπαθολογικό
3. Βιοχημικό
4. Αιματολογικό – Αιμοδοσίας
5. Παθολογικής Ανατομικής
6. Φαρμακευτικό

δ) Τομέας Ψυχικής Υγείας

Πίνακας 8. Διάρθρωση Τμημάτων Τομέα Ψυχικής Υγείας

Τμήμα
1. Ψυχιατρικό

**Β. ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ (δυναμικότητας 25 κλινών)**

- Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας
- Αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
- Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ)

**Γ. ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ**

- Παραϊατρικού Προσωπικού
- Κοινωνικής Εργασίας
- Διαιτολογίας – Διατροφής

Οι κενές κλίνες των Τμημάτων του κάθε Τομέα χρησιμοποιούνται για να εξυπηρετήσουν ασθενείς και άλλων Τμημάτων άλλου Τομέα, μετά από εισηγήσεις του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και την τελική απόφαση του Διοικητή. Στους Τομείς λειτουργούν τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των ιατρών που υπηρετούν. Ο αριθμός των εξωτερικών ιατρείων για κάθε ειδικότητα καθορίζεται με αποφάσεις του Διοικητή, κατόπιν εισήγησης του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

### **3.7 Νοσηλευτική Υπηρεσία**

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αποτελείται από δύο (2) νοσηλευτικούς τομείς, που λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιευθύνσεων. Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικά Τμήματα, ως εξής:

- Ο 1ος Νοσηλευτικός Τομέας αποτελείται από (5) Τμήματα που επανδρώνουν τον Παθολογικό Τομέα, τον Τομέα Ψυχικής Υγείας και τα Διατομεακά Τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- Ο 2ος Νοσηλευτικός Τομέας αποτελείται από (6) Τμήματα που επανδρώνουν τον Χειρουργικό Τομέα, τον Εργαστηριακό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας και τα Χειρουργεία και τα Εξωτερικά Ιατρεία.

Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή η οποία αποτελείται από:

- Τον/την προϊστάμενο/η της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο
- Έναν προϊστάμενο τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα
- Έναν νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα

### **3.8 Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία**

Η Διεύθυνση Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας αποτελείται από δύο (2) Υποδιευθύνσεις:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού-Οικονομικού
- β) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

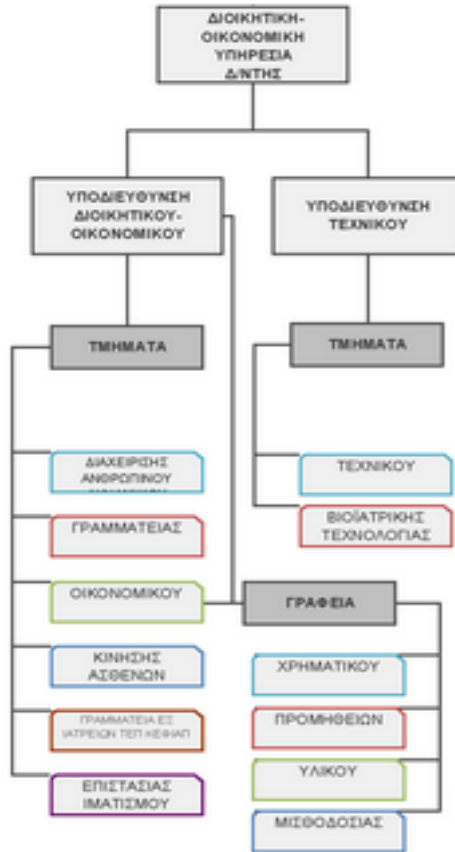
Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε Τμήματα.

*α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού- Οικονομικού*

- Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
- Τμήμα Γραμματείας
- Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, Επειγόντων Περιστατικών & ΚΕΦΙΑΠ
- Τμήμα Κίνησης Ασθενών
- Τμήμα Οικονομικού
- Τμήμα Επιστάσιας-Ιματισμού

β) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

- Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
- Τμήμα Τεχνικού



Εικόνα 8. Οργανόγραμμα Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας

# ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## Μεθοδολογία

### 4.1 Σκοπός – Στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Ειδικότερα, οι στόχοι που η έρευνα αποσκοπεί να επιτύχει είναι:

- Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, στηριζόμενη στις απόψεις των χρηστών (ασθενών)
- Η διάγνωση των προβλημάτων και των ελλείψεων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου, καθώς και στις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές)

### 4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν με βάση τους παραπάνω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης και είναι τα εξής:

- (α) Ποιες είναι οι απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου;
- (β) Πώς λαμβάνονται και αξιολογούνται από τους χρήστες οι παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου;
- (γ) Ποια είναι τα προβλήματα ποιότητας και οι ελλείψεις ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου, καθώς και στις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες;

### 4.3 Σχεδιασμός

Η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί μία ενέργεια κατά την οποία ο ερευνητής καλείται να προβεί στην επιλογή, στην αλληλεπίδραση, στην αξιολόγηση και στον καθορισμό των μεθόδων που θα χρησιμοποιήσει στην έρευνα (Wellington, 2000). Η επιλογή και υλοποίηση των μεθόδων που θα ακολουθήσει, αποτελούν σημαντική και ταυτόχρονα δύσκολη διαδικασία, κατά την οποία ο ίδιος οφείλει να μελετήσει σε βάθος, έτσι ώστε να επιτύχει τη συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών που θα τον οδηγήσουν σε συμπεράσματα.

Για τη συγκεκριμένη μελέτη, το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε είναι η ποιοτική μέθοδος συλλογής στοιχείων, καθώς θεωρήθηκε καταλληλότερη αναφορικά με την καταγραφή των απόψεων, των θέσεων και των στάσεων για το συγκεκριμένο θέμα. Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί», ερωτήματα που απασχολούν και τη συγκεκριμένη έρευνα (Ιωσηφίδης, 2003). Η μελέτη βάθους που προκύπτει, οδηγεί στη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλαπλές πτυχές των περιπτώσεων που ερευνώνται, διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό και τη διαδικασία αποσαφήνισης και ανάπτυξης εννοιολογικών κατηγοριών (Κυριαζή, 1999). Η ποιοτική έρευνα διερευνά την εμπειρία των ατόμων και τα υποκειμενικά νοήματα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο (context) στο οποίο εγγράφεται (Wellington, 2000).

Ο όρος ποιοτική δεν αναφέρεται στην αξία ή στην ποιότητα μιας έρευνας, αλλά υποδηλώνει τα αξιώματα στα οποία στηρίζεται. Η ποιοτική έρευνα εστιάζει στο νόημα, δηλαδή στο πώς οι άνθρωποι κατανοούν τον εαυτό τους, την εμπειρία και τον κόσμο. Οι ερευνητές αποβλέπουν στην εστίαση της ποιότητας και της ιδιαίτερης «υφής» της εμπειρίας, παρά στην αναζήτηση απρόσωπων νόμων αιτίου-αποτελέσματος, ή μεταβλητών που στοχεύουν σε σίγουρες προβλέψεις.

Η ποιοτική έρευνα εμφανίζει σημαντικές διαφορές συγκριτικά με την ποσοτική, όσον αφορά στον ερευνητικό σχεδιασμό, στη δειγματοληψία, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στη σχέση ανάμεσα στον ερευνητή και τον συμμετέχοντα, καθώς και στον τρόπο αξιολόγησής της. Οι διαφορές αυτές δεν απορρέουν από τις διαφορετικές τεχνικές και μεθόδους που ακολουθούν, αλλά βασίζονται στη διαφορετική θεωρητική

«λογική» προσέγγισης της έρευνας. Η ποιοτική έρευνα έχει χαρακτηριστεί ως «συστηματική διερεύνηση», με ενδιαφέρον στην κατανόηση των ανθρώπινων υπάρξεων και της φύσης των συναλλαγών μεταξύ τους. Περιγράφεται ως «ολιστική» διότι ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους και το περιβάλλον τους, αλλά και ως «φυσική» αφού αποτελεί έρευνα χωρίς περιορισμούς και ελέγχους από τον ερευνητή (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Στην ποιοτική έρευνα υπάρχουν δύο βασικά μοναδικά χαρακτηριστικά, τα οποία αποτελούν αναπόσπαστα μέρη της διαδικασίας. Το πρώτο είναι ότι ο ερευνητής αποτελεί το μέσο με το οποίο διεξάγεται η έρευνα, είναι αυτός που δομεί τη γνώση και όχι ένας απλός δέκτης αυτής. Το δεύτερο είναι ότι ο κύριος σκοπός της είναι η διερεύνηση κάποιων πλευρών του κοινωνικού συστήματος που μελετάται. Με την ποιοτική έρευνα, ο ερευνητής έχει την ευκαιρία διείσδυσης στην προσωπικότητα των ερωτώμενων και κατανόησης των κοινωνικών επιρροών (Παπαγεωργίου, 1998), προκειμένου να μπορεί να κατασκευάσει την πραγματικότητά τους, όπως οι ίδιοι την κατασκευάζουν (Κυριαζή, 1999). Η διερεύνηση χαρακτηρίζεται από λεπτομέρεια και βάθος (Ιωσηφίδης, 2003) αποτελώντας παράλληλα το βασικό πλεονέκτημα της ποιοτικής έρευνας. Επιπλέον πλεονέκτημα αποτελεί η προσπάθεια αποφυγής εκ των προτέρων (a priori) κρίσεων από τους ερευνητές, γεγονός που προσδίδει μία άλλη διάσταση και ενδιαφέρον στην έρευνα. Χαρακτηριστικά της ποιοτικής προσέγγισης είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, η ανάλυση λόγου ή/και κειμένων (Μαντζούκας, 2007).

Η ποιοτική έρευνα δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να περιγράψει τα γεγονότα αλλά και στον συνεντευξιαζόμενο να αναφέρει την εμπειρία του. Ωστόσο, παρά τις προσπάθειες για αντικειμενική έρευνα, υπάρχει πάντα η υποκειμενικότητα του ερευνητή. Ο ερευνητής συλλέγει τα δεδομένα, τα οποία μέσα από την ανάλυση, ερμηνεύει και μετατρέπει σε πληροφορίες. Ο τρόπος χρήσης των μεθόδων διαμορφώνεται διαρκώς από τον ερευνητή, ενώ η διαδικασία και το αποτέλεσμα εξαρτώνται από τη στάση που κρατά και το πώς χειρίζεται την έρευνα.



## 4.4 Πληθυσμός - Δείγμα

Η δειγματοληψία στην ποιοτική έρευνα στηρίζεται σε δύο βασικούς κανόνες: της καταλληλότητας του δείγματος και της επάρκειας (Morse & Field, 1996). Αυτό σημαίνει ότι σε μια ποιοτική έρευνα το δείγμα επιβάλλεται να είναι το κατάλληλο για την ερμηνεία των γεγονότων, αλλά και επαρκή όχι σε ποσότητα αλλά σε ποιότητα, δηλαδή να παρέχει ποιοτικές πληροφορίες που θα επιτρέψουν την επίτευξη της έννοιας του κορεσμού (data saturation), αναφορικά με τις πληροφορίες για το υπό έρευνα φαινόμενο (Μαντζούκας, 2007; Polit & Hungler, 1999; Patton, 1990).

Στην ποιοτική έρευνα, το δείγμα δεν χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο για τη διεξαγωγή έγκυρης έρευνας. Ένα μεγάλο δείγμα δεν εξυπηρετεί ούτε τους στόχους αλλά ούτε και τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας, λειτουργώντας συνήθως αρνητικά για την εγκυρότητά της, καθώς ένας μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων εγκυμονεί τον κίνδυνο απώλειας των υποκειμενικών και εξατομικευμένων χαρακτηριστικών που η ποιοτική έρευνα επιχειρεί να κατανοήσει (Parahoo, 2006; Thompson, 1999).

Το δείγμα χαρακτηρίζεται ως «δείγμα σκοπιμότητας» (purposive sampling), αφού επιλέγεται σκοπίμως και όχι τυχαία, επειδή διαθέτει τη γνώση, τα χαρακτηριστικά, τις εμπειρίες και τη βούληση να παρέχει πιο ολοκληρωμένες και σε βάθος απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερευνητή. Συνεπώς, η επιλογή του δείγματος δεν πραγματοποιείται με αντικειμενικές και τυχαίες τεχνικές, αλλά στηρίζεται στην υποκειμενική γνώση του ερευνητή για τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του (Morse, 2003).

Η επιλογή του δείγματος της μελέτης έγινε με σκόπιμη δειγματοληψία, καθώς επιλέχθηκαν άτομα τα οποία διέθεταν κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση αλλά και εμπειρία έτσι ώστε να είναι σε θέση να αποδώσουν σε βάθος απαντήσεις στις ερωτήσεις που θα τους τεθούν. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου και το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν δεκαπέντε (15) άτομα, τα οποία επιλέχθηκαν ανάμεσα στους χρήστες των υπηρεσιών (ασθενείς) του νοσοκομείου. Δεδομένου ότι το νοσοκομείο διαθέτει πληθώρα τμημάτων, στην επιλογή των ασθενών λήφθηκε υπόψη και η κλινική νοσηλείας τους, προκειμένου το δείγμα να περιλαμβάνει ασθενείς από όσο το δυνατόν περισσότερες κλινικές νοσηλείας του νοσοκομείου.

## 4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα θα πρέπει να επιτρέπουν την εις βάθος κατανόηση των υποκειμενικών εμπειριών, αντιλήψεων και πεποιθήσεων των συμμετεχόντων (Μαντζούκας, 2007). Με άλλα λόγια, οφείλουν να επιτρέπουν την καταγραφή των λόγων και των πράξεων των συμμετεχόντων, χωρίς να επηρεάζονται και ειδικότερα δίχως να καθοδηγούνται ή να επιβάλλονται από τον ερευνητή. Με αυτό τον τρόπο, ο ερευνητής θα μπορέσει να κατανοήσει τις μοναδικές και υποκειμενικές εμπειρίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις τους (Polit & Hungler, 1999; Holloway & Wheeler, 1996; May, 1994).

Στην ποιοτική έρευνα, οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων πρέπει να στερούνται αυστηρής δόμησης και να είναι είτε μη δομημένοι, είτε ημιδομημένοι (Morse, 2004; Bowling, 2000). Για παράδειγμα, ο σχεδιασμός ενός καλά δομημένου ερωτηματολογίου, με μια σειρά από προκαθορισμένες ερωτήσεις, περιορίζει τους συμμετέχοντες με αποτέλεσμα να μην καταγράφονται οι προσωπικές πεποιθήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες τους, αλλά το πώς αυτές χωρούν μέσα στις προκαθορισμένες απαντήσεις του ερευνητή (καταμέτρηση). Το στοιχείο αυτό όμως είναι ασυμβίβαστο με τους στόχους και τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας, καθώς αυτό που καταγράφεται είναι η ποσότητα και όχι η ποιότητα.

Οι συνεντεύξεις αποτελούν την πιο διαδεδομένη μέθοδο συλλογής δεδομένων στις ποιοτικές έρευνες και θεωρούνται βασικά εργαλεία ποιοτικής έρευνας, εξαιτίας της ευελιξίας που προσφέρουν κατά τη διεξαγωγή τους, της αμεσότητας και της εξοικείωσης που αισθάνεται ο ερωτώμενος σχετικά με αυτές, καθώς και του χαμηλού τους κόστους. Πρόκειται για μια μορφή άμεσης επικοινωνίας μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου, όπου ο ερευνητής καθοδηγεί τον ερωτώμενο στοχεύοντας να αποσπάσει πληροφορίες σχετικά με το θέμα της έρευνας (Cohen & Manion, 1992).

Η συνέντευξη παρέχει στον ερευνητή πολλές δυνατότητες διερεύνησης των θεμάτων που τον απασχολούν. Επιπλέον, μπορεί να εμβαθύνει και να φθάσει σε σημεία, τα οποία δύσκολα προσεγγίζονται από άλλα εργαλεία, επιτρέποντας στη διερεύνηση σκέψεων, στάσεων, απόψεων, αξιών, προκαταλήψεων, συναισθημάτων, εμπειριών και αναπαραστάσεων των συμμετεχόντων ελεύθερα και σε βάθος (Αβραμίδης & Καλυβά, 2006; Ιωσηφίδης & Σπυριδάκης, 2006; Wellington, 2000).

Όπως αναφέρει ο Mialaret (1997), η μέθοδος της συνέντευξης δημιουργεί ένα «νοηματικό περιεχόμενο», το οποίο επιχειρεί να ανακαλύψει της πτυχές της ανθρώπινης προσωπικότητας και να γνωρίσει τις συμπεριφορές. Μια συνέντευξη διαφέρει από μια απλή συζήτηση σε τρία βασικά στοιχεία: (α) στον έμμεσο τρόπο συλλογής στοιχείων που σχετίζονται με τις αντιλήψεις, τις αξίες και τα πιστεύω των ανθρώπων που παίρνουν μέρος στη συνέντευξη, (β) ο ερευνητής και ο ερωτώμενος είναι ουσιαστικά ξένοι μεταξύ τους και (γ) οι συνεντεύξεις κατευθύνονται σε μεγάλο ποσοστό από τον ερευνητή.

Σύμφωνα με τον Φίλια (1993), «η συνέντευξη είναι το αποτέλεσμα κάποιου είδους μεθοδολογικής στρατηγικής και η πληροφορία πραγματοποιείται μέσω δύο συνειδητοποιήσεων», ενώ οι συνειδητοποιήσεις ανήκουν στον ερευνητή και στον ερωτώμενο. Ο Ζαφειρόπουλος (2005) υποστηρίζει πως η συνέντευξη είναι η καταγραφή της βιοματικής εμπειρίας του ερωτώμενου, των απόψεων και στάσεων, αποτελώντας σε βάθος εξερεύνηση των αιτιών και των λόγων κάποιων συμπεριφορών και στάσεων, αφού περιέχει τη δυναμική της συζήτησης,

Από τα τρία είδη συνεντεύξεων που υπάρχουν (δομημένη, ημιδομημένη, μη δομημένη<sup>8</sup>), στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη. Το συγκεκριμένο είδος συνέντευξης χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, παρουσιάζοντας ωστόσο πολύ περισσότερη ευελιξία στη σειρά των ερωτήσεων, στη δυνατότητα τροποποίησης του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο, καθώς και στην προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων συζήτησης (Ιωσηφίδης, 2003).

Η ημιδομημένη συνέντευξη χρησιμοποιείται κυρίως για την απόκτηση μιας λεπτομερούς εικόνας των πεποιθήσεων, των στάσεων και των απόψεων ενός ατόμου για ένα θέμα (Smith, 1990). Όπως υποστηρίζουν οι Αβραμίδης και Καλυβά (2006), «ο συνεντευξιαστής προσπαθεί να εμπλουτίσει τη συζήτηση, ενώ το διάγραμμα της ημιδομημένης συνέντευξης θα πρέπει να καθοδηγεί και όχι να υπαγορεύει την πορεία της». Πρόκειται για ένα ευέλικτο και δυναμικό εργαλείο, το οποίο χαρακτηρίζεται ως μη κατευθυντικό, μη αυστηρά δομημένο και τυποποιημένο, με ερωτήσεις που επιδέχονται ανοιχτού τύπου (open ended) απαντήσεις. Για τον ερευνητή, η συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο (face to face) στοχεύει στην κατανόηση της προοπτικής και

---

<sup>8</sup> Οι Cohen και Manion (1994) αναφέρουν τέσσερις τύπους συνεντεύξεων: δομημένη, μη δομημένη, μη κατευθυντική και εστιασμένη συνέντευξη.

στάσης του ερωτώμενου σχετικά με το προς διερεύνηση θέμα, καθώς και στην ακρόαση των εμπειριών του μέσα από τα δικά του λόγια.

Προκειμένου μια συνέντευξη, ως μέσο συλλογής υλικού, να είναι επιτυχής με αντικειμενικά αποτελέσματα, θα πρέπει να διέπεται από ορισμένες προϋποθέσεις και κανόνες εφαρμογής από τον ερευνητή, όπως:

- η σαφή διευκρίνιση του σκοπού και των στόχων της έρευνας,
- η προσεκτική επιλογή του δείγματος των ερωτήσεων,
- η διασφάλιση της συλλογής όλων των απαραίτητων πληροφοριών
- η εξασφάλιση της προθυμίας συμμετοχής στην έρευνα,
- η διαβεβαίωση πως όλες οι πληροφορίες και οι αναφορές που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα, παραμένοντας ανώνυμες,
- ο προσδιορισμός του κατάλληλου τόπου και χρόνου για την πραγματοποίηση της κάθε συνέντευξης με βάση τις ανάγκες των συνεντευξιαζόμενων,
- η διασφάλιση ενός άνετου, φιλικού και ήρεμου κλίματος καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης, για μην έχει τη μορφή και το χαρακτήρα ανάκρισης.

Στην παρούσα έρευνα, ο ερευνητής ανήκε στους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου αποπνέοντας φιλικότητα, φυσικότητα και εμπιστοσύνη, διατηρώντας παράλληλα την αμεροληψία και την ουδετερότητά του στην καταγραφή των απόψεων των συμμετεχόντων. Η παρουσία του δεν είχε σκοπό παρέμβασης, παρά μόνο κατεύθυνσης της συζήτησης, εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό την αντικειμενικότητά της. Οι ερωτήσεις δεν περιείχαν παραμέτρους που να άπτονται ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, ενώ η καταγραφή των απαντήσεων διεξήχθη με την ενδεδειγμένη διαβεβαίωση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Ο ερευνητής τόνιζε εκ των προτέρων την τήρηση της πλήρους ανωνυμίας των ερωτώμενων, καθώς και την εθελοντική φύση της μελέτης.

Από τις συνεντεύξεις των ασθενών του νοσοκομείου συλλέχθηκαν τα δεδομένα, τα οποία αποτέλεσαν τις πρωτογενείς πηγές των στοιχείων. Τα στοιχεία που αναζητά η πρωτογενή έρευνα είναι οι απόψεις και οι αντιλήψεις των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και για τα προβλήματα και τις ελλείψεις ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και λειτουργία του.

## 4.6 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου σχετικού με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την ημιδομημένη συνέντευξη για τη συλλογή πληροφοριών σχετικών με τις εμπειρίες των συμμετεχόντων.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την ιθαγένεια/υπηκοότητα, την κλινική νοσηλείας, τη χρήση υπηρεσιών του νοσοκομείου στο παρελθόν.

Η ημιδομημένη συνέντευξη περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις διαδικασίες εισαγωγής, όπως για παράδειγμα ερωτήσεις σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τη συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου στη διαδικασία εισαγωγής, τις διαδικασίες ενημέρωσης.

Η συνέντευξη περιλάμβανε επίσης ερωτήσεις σχετικές με τις προσφερόμενες υπηρεσίες, όπως την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο, τη νοσηλευτική φροντίδα, την ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών, τις προσδοκίες από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις υποδομές του νοσοκομείου, τα προβλήματα ή τις ελλείψεις.

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων στην ημιδομημένη συνέντευξη έγιναν από τον βασικό ερευνητή, υπό την επίβλεψη του επόπτη της μελέτης, και στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και σε ερωτήσεις από εργαλεία παρελθόντων ερευνών, ποσοτικών και ποιοτικών (Μαλακέλλη, 2016; Παπαδοπούλου, 2013; Σταυρόπουλος, 2009; Μπέκας, 2005; Βαστάρδη, 2005; Μακρυδημήτρης & Υφαντόπουλος, 2004).

## 4.7 Διαδικασία

Αφού ο ερευνητής έλαβε την συγκατάθεση των συμμετεχόντων προχώρησε προς την συλλογή των δεδομένων μέσα από το ερωτηματολόγιο και την συνέντευξη. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου συμπληρώθηκαν από τον ίδιο τον ερευνητή, στο πλαίσιο της ανάλυσης του ερευνητικού υλικού και της ερμηνείας του. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν εντός του χώρου του νοσοκομείου, κατόπιν προσυμφωνημένου και προκαθορισμένου ραντεβού με τους συνεντευξιαζόμενους.

Στην παρούσα έρευνα, μετά την συγκατάθεση του κάθε συμμετέχοντα, οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν, εξασφαλίζοντας την πιστή καταγραφή αλλά και αναπαραγωγή όλων των δεδομένων από τους ερωτώμενους. Ο μέσος χρόνος των συνεντεύξεων ήταν περίπου τριάντα (30) λεπτά. Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε είκοσι (20) ημέρες. Πραγματοποιήθηκε από τις 12 Απριλίου έως και τις 2 Μαΐου του 2017, ενώ έλαβε χώρα στις δομές του Γ.Ν. Κορίνθου.

## 4.8 Ηθικές προεκτάσεις

Πρώτο βήμα στη διαδικασία διεξαγωγής της μελέτης, αποτέλεσε η αίτηση του ερευνητή προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η χορήγηση ενυπόγραφης έγκρισής του, για τη νομιμότητα της διαδικασίας (*Παράρτημα Α*). Στην αίτηση συμπεριλαμβάνονταν: (α) το ερευνητικό πρωτόκολλο της έρευνας, με περιληπτική αναφορά στην ερευνητική πρόταση, την μεθοδολογία, το εργαλείο μέτρησης (ερωτηματολόγιο), (β) το πληροφοριακό έντυπο συμμετεχόντων, (γ) το ενημερωτικό δελτίο και (δ) το έντυπο συγκατάθεσης του συμμετέχοντα (*Παράρτημα Β*).

Ο ερευνητής, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους για την προστασία των δικαιωμάτων τους, τόνιζε εκ των προτέρων την τήρηση της ανωνυμίας τους, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και την εθελοντική φύση της μελέτης. Η συμμετοχή των ασθενών στη μελέτη γινόταν μετά από την προφορική και εξατομικευμένη γραπτή ενημέρωση, μέσω του πληροφοριακού έντυπου συμμετεχόντων. Επίσης οι συμμετέχοντες λάμβαναν ένα ενημερωτικό δελτίο, το οποίο τους ενημέρωνε αναλυτικά για την έρευνα. Η ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους δινόταν μέσω της υπογραφής του έντυπου συγκατάθεσης.

## 4.9 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων αποτελεί το σημείο εκείνο όπου ο ερευνητής συγκρίνει και αντιπαραβάλλει, ερμηνεύει και κατανοεί, συμπεραίνει και επαληθεύει τα δεδομένα είτε αυτά είναι ποιοτικά είτε ποσοτικά (Brink & Wood, 1998). Η διαδικασία αυτή όχι μόνο επιβάλλεται, αλλά κατά κάποιο τρόπο προσδίδει νόημα σε ολόκληρη την έρευνα. Αποτελεί τον απώτερο στόχο της, αφού τα δεδομένα δεν μιλούν από μόνα τους, αλλά απαιτούν πάντα από τον ερευνητή να προσδώσει νόημα, να συνδέσει φαινομενικά ασύνδετα σημεία, να ερμηνεύσει τα αίτια πίσω από τα δεδομένα και τελικά να δημιουργήσει καινούργια γνώση.

Μέσα από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων ο ερευνητής προχωρά σε ερμηνείες (interpretations) των απόψεων και των στάσεων του ερωτώμενου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας αυξάνεται, στο βαθμό που η παραγόμενη θεωρία είναι πραγματικά θεμελιωμένη στα δεδομένα, ενδυναμώνεται σημαντικά η ερευνητική και αναλυτική διαφάνεια, καθώς μπορούν να ελεγχθούν τόσο οι διαδικασίες παραγωγής θεωρητικών και ερμηνευτικών συμπερασμάτων όσο και ο βαθμός αντιστοίχισης τους στα πρωτογενή εμπειρικά δεδομένα.

Στην ποιοτική έρευνα, η ανάλυση των δεδομένων δεν μπορεί να γίνει με στατιστικές αναλύσεις και συγκριτικά γραφήματα, όπως συμβαίνει στην αντίστοιχη ποσοτική. Πρώτο βήμα αποτελεί η καταγραφή των δεδομένων, προκειμένου ο ερευνητής να κατανοήσει και να μπορέσει να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη αντίληψη αναφορικά με το τι λένε ή κάνουν οι συμμετέχοντες (Brink & Wood, 1998; Morse & Field, 1996). Δεδομένου ότι οι συνεντεύξεις είχαν μαγνητοφωνηθεί, απαιτήθηκε η χρονοβόρα αλλά απαραίτητη διαδικασία της απομαγνητοφώνησης, προκειμένου να μετατραπεί ο προφορικός λόγος σε γραπτό κείμενο, για να μπορέσει να αναλυθεί με μεγαλύτερη συστηματικότητα.

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας εφαρμόστηκε η θεματική ανάλυση (thematic analysis), αφού στόχος της έρευνας ήταν με συστηματικό τρόπο να ανιχνεύσει, να κατανοήσει και να καταλήξει σε θέματα μέσα από την ερμηνεία των δεδομένων για να νοηματοδοτήσει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Τα κυριότερα θέματα αναλύονται και παρουσιάζονται. Οι θεματικές ενότητες αποτελούν συμπυκνωμένες ολιστικές περιγραφές και ερμηνείες, οι οποίες αποδίδουν την

ερμηνεία, την αντίληψη των συμμετεχόντων για το υπό έρευνα φαινόμενο, προσφέροντας τη βαθύτερη κατανόηση και επεξεργασμένη γνώση για τους συμμετέχοντες (Huberman & Miles, 1998).

Αρχικά ο ερευνητής εξοικειώνεται με τα δεδομένα και εφαρμόζει μια αρχική κωδικοποίηση αυτών. Στη συνέχεια αποδόθηκαν αντιπροσωπευτικοί κωδικοί, οι οποίοι εξέφραζαν συντόμως την ερμηνεία του συγκεκριμένου κομματιού της συνέντευξης, ενώ αναδύθηκαν μέσα από το κείμενο και δεν επιβλήθηκαν εκ των προτέρων. Αφού όλο το κείμενο της συνέντευξης συμπυκνώθηκε σε μια σειρά αντιπροσωπευτικών κωδικών, οι κωδικοί αυτοί αντιπαραβλήθηκαν και συγκρίθηκαν μεταξύ τους, για τον εντοπισμό κωδικών με παρόμοια χαρακτηριστικά ή νοήματα (Polit & Hungler, 1999; Huberman & Miles, 1998; Tesch, 1990).

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο ανάλυσης, ορίστηκαν αρχικά κάποιες κατηγορίες με βάση τις οποίες ταξινομήθηκαν τα δεδομένα των πρώτων συνεντεύξεων. Κατά τη διάρκεια της ταξινόμησης του υλικού των συνεντεύξεων, οι κατηγορίες αναθεωρήθηκαν και αναδιαμορφώθηκαν μέσω της αλληλεπίδρασης των δεδομένων της έρευνας. Βασική επιδίωξη αποτέλεσε η δημιουργία του πλήθους και του είδους των κατηγοριών, έτσι ώστε να ενταχθούν όλα τα δεδομένα της έρευνας σε αυτές. Ακολούθησε η σύγκριση και η αφαίρεση του υλικού, χωρίς να αλλοιώνεται ουσιαστικά το περιεχόμενο του ερευνητικού υλικού.

Η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν μέσα από τη διαδικασία της κατηγοριοποίησης επέτρεψε τη μετατροπή του λεκτικού περιεχομένου των συνεντεύξεων σε συνοπτικά «θέματα», τα οποία στη συνέχεια ερμηνεύθηκαν με ποιοτικούς όρους. Ο εντοπισμός όμοιων κωδικών και η επισήμανση των μεταξύ τους ομοιοτήτων, οδήγησαν στο σχηματισμό «θεματικών ενότητων».



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## Αποτελέσματα

### 5.1 Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από δεκαπέντε (15) άτομα, τα οποία έκαναν χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου (ασθενείς). Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας.

Πίνακας 9. Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=15)

		N	(%)
Φύλο	Ανδρας	6	40,0
	Γυναίκα	9	60,0
Ηλικία (έτη)	18-30	3	20,0
	31-40	1	6,7
	41-50	6	40,0
	51-60	4	26,7
	>60	1	6,7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3	20,0
	Έγγαμος/η	12	80,0
Μορφωτικό επίπεδο	Βασική Εκπαίδευση	11	73,3
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	2	13,3
	Πτυχίο Α.Ε.Ι.	2	13,3
Κλινική νοσηλείας νοσηλευόμενου ασθενή	Παθολογική	4	26,7
	Χειρουργική	3	20,0
	Ορθοπαιδική	2	13,3
	Μαιευτική	1	6,7
	Καρδιολογική	1	6,7
	ΤΕΠ	4	26,7
Χρήση υπηρεσιών νοσοκομείου στο παρελθόν	Ναι	14	93,3
	Όχι	1	6,7

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (60%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι (80%), χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (73,3%), καθώς μόλις τέσσερις δηλώνουν κάτοχοι πτυχίου Τ.Ε.Ι (13,3%) και Α.Ε.Ι (13,3%). Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν Ελληνική υπηκοότητα.

Η κατανομή του δείγματος αναφορικά με τις κλινικές νοσηλείας του νοσοκομείου έχει ως εξής: Παθολογική (26,7%) και ΤΕΠ (26,7%), Χειρουργική (20%), Ορθοπαιδική (13,3%), Μαιευτική (6,7%) και Καρδιολογική (6,7%). Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (93,3%) είχαν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

## 5.2 Θεματική ανάλυση δεδομένων

### 5.2.1 Διαδικασίες εισαγωγής

Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι απόψεις των ασθενών σχετικά με τις διαδικασίες εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν καλές εντυπώσεις όσον αφορά την ταχύτητα εξυπηρέτησης στη διαδικασία εισαγωγής.

*«Δεν είχα κανένα πρόβλημα με την εισαγωγή μου, αντιθέτως και οι νοσηλευτές και οι αρμόδιοι γιατροί έσπευσαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα που είχα».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, ΤΕΠ)

*«Δεν είχα κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα με την εισαγωγή μου στο νοσοκομείο, καθώς ήμουν σε κατάσταση τοκετού».*

(Γυναίκα, 41-50 ετών, Μαιευτική)

Αντιθέτως, κάποιοι νοσηλευόμενοι ανέφεραν ότι η ταχύτητα εξυπηρέτησης εξαρτάται από τον όγκο εργασίας την συγκεκριμένη στιγμή:

*«.. η ταχύτητα εξυπηρέτησης εξαρτάται δυστυχώς από τον όγκο των περιστατικών που αντιμετωπίζεται την χρονική στιγμή της εισαγωγής στο νοσοκομείο».*

(Άνδρας, 41-50 ετών, Παθολογική)

*«Η ταχύτητα εξυπηρέτησης είναι μέτρια. Ανάλογα με το πλήθος των περιστατικών που αντιμετωπίζονται μπορεί να πάρει από λίγα λεπτά έως ώρες να αντιμετωπιστεί ένα περιστατικό».*

(Γυναίκα, 41-50 ετών, Παθολογική)

Άλλοι ασθενείς εστιάζουν σε προβλήματα στο χρόνο αναμονής:

*«Ο χρόνος εισαγωγής ήταν καλός. Ο χρόνος αναμονής ήταν πάνω από δύο ώρες και αρκετά επώδυνος ...».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

Ενώ άλλοι ασθενείς διακρίνουν σοβαρά προβλήματα στη διαδικασία εισαγωγής και αναμονής:

*«Η εισαγωγή δεν έγινε γρήγορα. Υπήρχαν πολλά άτομα που περίμεναν, η ενημέρωση ανύπαρκτη ...».*

(Γυναίκα, 18-30 ετών, ΤΕΠ)

*«Συχνά υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση τόσο στην εισαγωγή των ασθενών όσο και στην εξυπηρέτηση. Επίσης δεν υπάρχει αρμόδιο πρόσωπο για την ενημέρωση χρόνου αναμονής».*

(Άνδρας, 18-30 ετών, Παθολογική)

### **5.2.2 Ικανοποίηση από την συμπεριφορά του προσωπικού**

Η πλειοψηφία των ασθενών δηλώνουν ικανοποίηση από τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού στη διαδικασία εισαγωγής. Ωστόσο, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, καταδεικνύεται ότι η αξιολόγησή τους εξαρτάται σημαντικά από την ταχύτητα εξυπηρέτησης.

Ενδεικτικά αναφέρουν:

*«Είμαι αρκετά ικανοποιημένος καθώς το προσωπικό ήταν γρήγορο και εξυπηρετικό. Η διάγνωσή μου έγινε αρκετά γρήγορα».*

(Άνδρας, άνω των 60 ετών, Ορθοπεδική)

*«Η διαδικασία εισαγωγής με άφησε αρκετά ικανοποιημένη γιατί έγινε γρήγορα και προσεκτικά και οι άνθρωποι στο ασθενοφόρο με πρόσεξαν».*

(Γυναίκα, 18-30 ετών, ΤΕΠ)

*«Οι νοσοκόμες ήταν άψογες και εκτέλεσαν ταχύτατα και κατά γράμμα τις εντολές του γιατρού».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, ΤΕΠ)

*«Είμαι αρκετά ικανοποιημένη από το προσωπικό καθώς σε κάθε τμήμα που χρειάστηκε να πάω ήταν φιλικό και πρόθυμο απέναντί μου».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

Κάποιοι παρατήρησαν κάποια προβλήματα συμπεριφοράς, γεγονός για το οποίο κράτησαν μια επικριτική στάση απέναντι στο προσωπικό:

*«Δεν είμαι ικανοποιημένη ..... περίμενα μια ώρα για να με εξετάσει ο γιατρός και το υπόλοιπο προσωπικό δεν ενδιαφέρθηκε για την κατάστασή μου».*

(Γυναίκα, 18-30 ετών, ΤΕΠ)

*«Είμαι ελάχιστα ικανοποιημένος από τη συμπεριφορά του προσωπικού όσον αφορά την ταχύτητα εισαγωγής. Συμπεριφέρονται με αγένεια στους ασθενείς, οι γιατροί και κάποιοι νοσοκόμοι».*

(Ανδρας, 18-30 ετών, Παθολογική)

### **5.2.3 Τομέας ενημέρωση**

Οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν καλές εντυπώσεις από την ενημέρωση για τις διαδικασίες εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Ενδεικτικά αναφέρουν:

*«Υπάρχουν σημεία ενημέρωσης, αλλά η πληροφόρηση και η εξυπηρέτηση δεν είναι επαρκής. Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης».*

(Γυναίκα, 18-30 ετών, ΤΕΠ)

*«Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς και χρήζουν μεγάλης βελτίωσης».*

(Ανδρας, 41-50 ετών, Παθολογική)

*«Υπάρχουν σημεία που μπορείς να ενημερωθείς, όμως τις περισσότερες φορές δεν υπάρχει προσωπικό».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

Ωστόσο, υπάρχουν και ασθενείς που διαφοροποιούνται, αξιολογώντας θετικά την ενημέρωση για τις διαδικασίες εισαγωγής.

*«Έγιναν όλα άμεσα και υπήρξε σωστή ενημέρωση από την πλευρά του νοσοκομείου και οδηγίες ..... αλλά φρόντισαν να ενημερωθούν ακριβώς για την κατάστασή μου και τι συνέβη».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, ΤΕΠ)

*«... Η οικογένειά μου ενημερώθηκε αμέσως για την ύπαρξη του προβλήματός μου».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, Καρδιολογική)

### **5.3 Προσφερόμενες υπηρεσίες**

Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι απόψεις των ασθενών σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα επιχειρείται η αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου (ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, διοικητικές υπηρεσίες), ο προσδιορισμός του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που τελικά έλαβε ο ασθενής από το νοσοκομείο, η αξιολόγηση των υποδομών του νοσοκομείου, καθώς η καταγραφή προβλημάτων ή ελλείψεων που παρατηρούνται ή εντοπίζονται σε αυτό.

#### **5.3.1 Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα**

Οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα του νοσοκομείου.

Για κάποιους η ικανοποίηση οφειλόταν στην καλή επικοινωνία με τον γιατρό.

*«... Προσωπικά είμαι πλήρως ικανοποιημένος γιατί κινητοποιήθηκε το αρμόδιο προσωπικό, αλλά και με το γιατρό υπήρχε καλή επικοινωνία στο τι θα κάνουμε».*

(Άνδρας, 41-50 ετών, ΤΕΠ)

Σε άλλους οφειλόταν στην αντιμετώπιση που έλαβαν από τους γιατρούς.

*«Είμαι πολύ ικανοποιημένος, μου χορηγήθηκαν όλα τα απαραίτητα φάρμακα... Οι γιατροί και το προσωπικό ήταν ευγενικοί και ενδιαφέρονταν για την κατάστασή μου».*

(Άνδρας, άνω των 60 ετών, Ορθοπαιδική)

Αντιθέτως, κάποιοι ασθενείς εμφανίζουν μέτρια ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο. Για κάποιους αυτό οφειλόταν στην απουσία κατάλληλων πληροφοριών:

*«Δεν είμαι απόλυτα ικανοποιημένη. Ελάχιστοι γιατροί έδιναν σωστές πληροφορίες και οδηγίες στους ασθενείς και κυρίως οι ειδικευόμενοι».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

*«... εντάξει μπορώ να πω ότι σου δείχνουν κάποιο ενδιαφέρον όταν πηγαίνεις, κάνεις εξετάσεις, κάνεις ακτινογραφίες αν χρειαστεί ... αλλά στο τέλος αν χρειαστεί σου δίνουν φάρμακα ή σου κάνουν εισαγωγή».*

(Γυναίκα, 31-40 ετών, ΤΕΠ)

Τρεις ασθενείς δηλώνουν καθόλου ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο, εστιάζοντας στην αντιμετώπιση των εκάστοτε περιστατικών.

*«... μετά την πρώτη εξέταση δεν ενδιαφέρονται για την κατάστασή σου, το ίδιο συμβαίνει και πριν από αυτή».*

(Γυναίκα, 18-30 ετών, ΤΕΠ)

*«... γιατί την ώρα του τοκετού ο ιατρός που με παρακολουθούσε δεν ενημερώθηκε ποτέ, ο ιατρός βάρδιας με τα χίλια ζόρια να έρθει να μου ρίξει μια ματιά, με αποτέλεσμα να γεννήσω με τον ειδικευόμενο ιατρό που ήταν ο μόνος που έκανε τη δουλειά του σωστά».*

(Γυναίκα, 41-50 ετών, Μαιευτική)

### **5.3.2 Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας**

Οι περισσότεροι ασθενείς αξιολογούν θετικά τη νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο. Όπως φαίνεται και από τις απαντήσεις τους, δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα, παρά τις ελλείψεις σε προσωπικό και υγειονομικό υλικό, αναγνωρίζοντας με ιδιαίτερους χαρακτηρισμούς σε κάποιες περιπτώσεις, το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ενδεικτικά αναφέρουν:

*«... Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν άψογο και φιλικό ...».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

*«... Νομίζω ότι οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές κάνουν ότι μπορούν στο νοσοκομείο».*

(Γυναίκα, 31-40 ετών, ΤΕΠ)

*«... όλα ήταν στην εντέλεια και οι νοσηλευτές ήταν φιλικοί και βοήθησαν να εξομαλυνθεί η κατάσταση».*

(Ανδρας, άνω των 60 ετών, Ορθοπαιδική)

*«Θα έλεγα υπό τις παρούσες συνθήκες που υπάρχουν, δηλαδή έλλειψη προσωπικού, είναι αρκετά καλή».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

*«... εξυπηρέτηση ως προς τη χορήγηση φαρμάκων, ενημέρωση των νοσηλευτών σε ερωτήσεις που τους απεύθυνε η οικογένειά μου και εγώ».*

(Ανδρας, 51-60 ετών, Καρδιολογική)

Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο, εστιάζοντας σε θέματα συμπεριφοράς, θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθώς και υλικοτεχνικής υποδομής.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*«... Θα ήθελα να ήταν πιο εξυπηρετικοί και να αντιμετωπίζουν τον ασθενή με πιο ωραίο τρόπο ...».*

(Γυναίκα, 41-50 ετών, Παθολογική)

*«... από τις χειρότερες. Όταν μπήκα είχα πόνο στο αυτί, όταν βγήκα από τα φάρμακα που μου έδωσαν έπαθα δηλητηρίαση».*

(Γυναίκα, 18-30 ετών, ΤΕΠ)

*«... δεν υπάρχουν βασικές πρώτες ύλες, όπως σεντόνια, γάζες, είδη υγιεινής, οπότε η νοσηλεία είναι χαμηλής ποιότητας».*

(Ανδρας, 18-30 ετών, Παθολογική)

### 5.3.3 Ποιότητα παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών

Σε γενικές γραμμές, οι εντυπώσεις από τις διοικητικές υπηρεσίες είναι καλές, όπως διαπιστώνεται από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών.

Ακολουθούν κάποιες χαρακτηριστικές απόψεις:

*«... λειτουργούν με τη σωστή ταχύτητα. Εξυπηρέτηση άμεσα ...».*

(Ανδρας, 41-50 ετών, Παθολογική)

*«Το διοικητικό προσωπικό είναι πολύ εξυπηρετικό. Ειδικότερα στο γραφείο κίνησης έγιναν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες χωρίς να χρειαστεί να πάω αλλού».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

*«... άκρως εξυπηρετικοί και κατατοπιστικοί. Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες έγιναν αμέσως και χωρίς καθυστέρηση».*

(Ανδρας, άνω των 60 ετών, Ορθοπαιδική)

### 5.4 Προσδοκίες ασθενών

Η πλειοψηφία των ασθενών δεν έμεινε ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, σχετικά με αυτό που προσδοκούσαν. Πολλοί από αυτούς εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους αναφορικά με τις ιατρικές υπηρεσίες, διαπιστώνοντας ελλείψεις και καθυστερήσεις, ενώ γίνεται λόγος και για ανάρμοστες συμπεριφορές.

Ενδεικτικά αναφέρουν:

*«... δεν είμαι ικανοποιημένη όσον αφορά το ιατρικό κομμάτι. Προωθήθηκε η περίπτωση μου επειδή ήμουν συγγενής γνωστού του γιατρού και ....».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

*«... δεν ικανοποίησαν τις προσδοκίες μου. Είναι μόνο για τις πρώτες βοήθειες. Θα σου κάνουν μια διάγνωση και αν αυτή είναι σωστή ... Αυτό οφείλεται στην έλλειψη γιατρών και ειδικότητων».*

(Γυναίκα, 51-60 ετών, Χειρουργική)

*«... δεν ικανοποίησαν τις προσδοκίες μου γιατί ενώ υπήρχαν ελλείψεις και μεγάλη καθυστέρηση, ενώ η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού και ειδικά των γιατρών ήταν απαράδεκτη».*

(Ανδρας, 18-30 ετών, Παθολογική)



Αντιθέτως, παρατηρείται ικανοποίηση κατά ένα μεγάλο ποσοστό σε κάποιους ασθενείς, οι οποίοι υποστηρίζουν:

*«... ναι, με κράτησαν προληπτικά για να δουν αν έχω αποφύγει τον κίνδυνο και με ενημέρωσαν για τα φάρμακα και τη διατροφή που πρέπει να ακολουθήσω για να αποφύγω τους κινδύνους».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, Καρδιολογική)

*«... κατά ένα μεγάλο ποσοστό. Για ένα δημόσιο νοσοκομείο πληροί τις προϋποθέσεις που μπορούν να το συμπεριλάβουν στα καλά νοσοκομεία της χώρας. Υπάρχουν όμως περιθώρια βελτίωσης».*

(Άνδρας, άνω των ετών, Ορθοπεδική)

*«Απόλυτα, από τη στιγμή που όλα εκτελέστηκαν σωστά και έσωσαν την υγεία μου αλλά και τη συχνή μέριμνά τους ενώ νοσηλεύομουν. Θέλω να τονίσω πως ο γιατρός σε πολλές περιπτώσεις στο ΤΕΠ εκτελεί καθήκοντα νοσοκόμας για να μην περιμένει ο κόσμος».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, ΤΕΠ)

## 5.5 Υποδομές

Αναφορικά με την αξιολόγηση των υποδομών του νοσοκομείου, οι απόψεις δίστανται. Μια ομάδα ασθενών αξιολογεί χαμηλά τις υποδομές του νοσοκομείου, παρατηρώντας σοβαρότατες ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, αλλά και στο κτιριακό συγκρότημα, θέτοντας ακόμη και θέμα υγιεινής.

Οι απαντήσεις είναι χαρακτηριστικές:

*«... οι υποδομές του νοσοκομείου κρίνονται ανεπαρκείς».*

(Γυναίκα, 41-50 ετών, Ορθοπεδική)

*«... δεν υπάρχουν και οι καλύτερες υποδομές, πρέπει να εκσυγχρονιστούν για να ανταποκρίνονται σε όλες τις ανάγκες των ασθενών».*

(Γυναίκα, 18-30 ετών, ΤΕΠ)

*«Υστερούν σε σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Τα δωμάτια ήταν επαρκή στη πτέρυγα που νοσηλεύομουν».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, Καρδιολογική)

Αντιθέτως, υπάρχει μια άλλη ομάδα ασθενών που δε διαπιστώνει προβλήματα, θεωρώντας ότι υπάρχει επάρκεια κλινών και καλός ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός

Δηλώνουν χαρακτηριστικά:

*«... στους χώρους που βρέθηκα περίσσευαν κιόλας κρεβάτια, υπήρχε καθαριότητα και ο εξοπλισμός πάρα πολύ καλός».*

(Άνδρας, 51-60 ετών, ΤΕΠ)

*«... όσον αφορά τα κρεβάτια και τον εξοπλισμό για ακτινογραφίες και τα συναφή νομίζω πως είναι σε καλό επίπεδο ...».*

(Άνδρας, 18-30 ετών, Παθολογική)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Συζήτηση – Συμπεράσματα - Εισηγήσεις

#### 6.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών, τεχνικών και μεθόδων εισαγωγής και βελτίωσης της ποιότητας στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας και συγκεκριμένα στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Τα αποτελέσματα της έρευνας στηρίζονται αποκλειστικά στην καταγραφή και αξιολόγηση των απόψεων των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου (ασθενείς), σε μια προσπάθεια να αναδειχθούν χρήσιμα στοιχεία που σχετίζονται με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου, αλλά και τα σημεία εκείνα που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και βελτίωσης

##### 6.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου που συμμετέχουν στην έρευνα, αποτελείται από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα τμήματα και τις κλινικές νοσηλείας του νοσοκομείου. Πρόκειται για ενήλικα άτομα Ελληνικής υπηκοότητας, γυναίκες και άνδρες, κυρίως έγγαμοι, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, τα οποία νοσηλεύτηκαν σε έξι συνολικά τμήματα του νοσοκομείου (Παθολογικό, Χειρουργικό, Ορθοπαιδικό, Μαιευτικό, Καρδιολογικό, ΤΕΠ) και στο παρελθόν είχαν χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

##### 6.1.2 Διαδικασίες εισαγωγής

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι σχεδόν πάντα μια κρίσιμη διαδικασία για τον ασθενή και τους οικείους του (Ιωσηφίδου, 2012; Karassavidou et al., 2009). Η αξιολόγηση των διαδικασιών εισαγωγής είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς πρόκειται για υπηρεσίες που αποτυπώνουν την «πρώτη εικόνα» στον ασθενή σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο. Πιθανές καθυστερήσεις σε αυτές τις διαδικασίες έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση άγχους

στον ασθενή, τον πιθανό εκνευρισμό αυτού και των οικείων του, με συνέπεια την ανάδειξη σημαντικών δυσκολιών όσον αφορά στη συνεργασία με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου (Niakas et al., 2004).

Αντιθέτως, ένα «ζεστό» περιβάλλον που αγκαλιάζει τον νεοεισερχόμενο στο νοσοκομείο, προδιαθέτει χωρίς αμφιβολία θετικά τους χρήστες για την επικείμενη συνεργασία (Νικολάου, 2011). Στη δημιουργία ενός τέτοιου περιβάλλοντος, συμβάλλει θετικά η ικανότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου που σχετίζονται με την άμεση υποδοχή του χρήστη των υπηρεσιών, η οποία δεν θα τον οδηγήσει σε σπατάλη χρόνου στην προσπάθεια «εύρεσης» της κατάλληλης υπηρεσίας. Επίσης, η συμπεριφορά των στελεχών υποδοχής καθορίζει καίρια τη συνολική στάση του ασθενή και των οικείων του, στις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου (Papanikolaou & Ntani, 2008).

Στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκαν τρεις διαστάσεις που συνιστούν τις διαδικασίες εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο: η ταχύτητα εξυπηρέτησης των χρηστών, η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου στη διαδικασία εισαγωγής, καθώς και οι διαδικασίες ενημέρωσης.

Όσον αφορά την ταχύτητα εξυπηρέτησης στη διαδικασία εισαγωγής, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν καλές εντυπώσεις, ωστόσο εκτιμούν ότι χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια από την πλευρά του νοσοκομείου έτσι ώστε να μειωθεί αισθητά ο χρόνος αναμονής για την εισαγωγή. Βασικά βήματα για τη βελτίωση αυτής της εικόνας του νοσοκομείου είναι η καταγραφή των διαδικασιών και του χρόνου εισαγωγής, η αναζήτηση των αιτιών που οδηγούν σε προβλήματα καθυστέρησης και τρόπων επίλυσης του κάθε προβλήματος ξεχωριστά, καθώς και η ενδεχόμενη ενίσχυση της ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με το χρόνο αναμονής (Ιωσηφίδου, 2012; Σουλιώτης και συν., 2002).

Η συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου και ειδικότερα του νοσηλευτικού προσωπικού αποδεικνύεται ότι αποτελεί ένα από τα δυνατότερα σημεία του νοσοκομείου, όσον αφορά στη διαδικασία εισαγωγής. Η πλειοψηφία των ασθενών δηλώνουν ικανοποίηση από τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού στις διαδικασίες εισαγωγής, γεγονός που καταδεικνύει ότι το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου καταβάλει σημαντικές προσπάθειες για την εξυπηρέτηση των ασθενών, χωρίς ωστόσο να μην αναγνωρίζονται τα περιθώρια βελτίωσης που υπάρχουν, όπως

για παράδειγμα στην ταχύτητα εξυπηρέτησης, που αποτέλεσε και την αιτία εμφάνισης κάποιων αρνητικών απόψεων στο σύνολο των ασθενών.

Αντιθέτως, η πλειοψηφία των ασθενών που αξιολόγησαν την ενημέρωση για τις διαδικασίες εισαγωγής στο νοσοκομείο δεν έχουν καλές εντυπώσεις. Το συγκεκριμένο εύρημα αποτελεί σοβαρή ένδειξη ότι υπάρχουν αρκετά περιθώρια βελτίωσης των υπηρεσιών στον τομέα της ενημέρωσης. Χρήσιμοι παράγοντες στον τομέα αυτό, σχετίζονται με το κατά πόσο ο ασθενής στο χώρο υποδοχής του νοσοκομείου γνωρίζει από την πρώτη στιγμή τις διαδικασίες που θα πρέπει να ακολουθήσει, την ύπαρξη σημείων ενημέρωσης που φαίνονται να υπάρχουν στο νοσοκομείο για την εξυπηρέτηση των χρηστών, την δυνατότητα επικοινωνίας του ασθενή με το προσωπικό του νοσοκομείου, καθώς και την επάρκεια προσωπικού που θα παρέχει τις δυνατότητες επικοινωνίας με τους ασθενείς για τη διευκόλυνσή τους.

### **6.1.3 Προσφερόμενες υπηρεσίες**

Το νοσοκομειακό προϊόν μπορεί να περιγραφεί ως το αποτέλεσμα μιας πολυπαραγοντικής διαδικασίας, στην οποία κάθε στάδιο έχει τη δική του συνεισφορά στο πλαίσιο του καθορισμού και της αξιολόγησης της αποδοτικότητας. Όπως υποστηρίζει ο Breyer (1987), αυτοί οι δείκτες της ενδονοσοκομειακής δραστηριότητας κατηγοριοποιούνται συνήθως βάσει του σταδίου της παραγωγικής διαδικασίας, το αποτέλεσμα του οποίου μετράται (Πολύζος και συν., 2005). Η παραγωγική χρήση των πόρων του νοσοκομείου προκαλεί αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών, διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό άριστες επιπτώσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Το τελικό νοσοκομειακό αποτέλεσμα (outcome) περιλαμβάνει τη βελτίωση ή τουλάχιστον τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του νοσηλευομένου, καθώς και τη δυνατότητα ικανοποίησης της ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες, στοιχείων τα οποία εν μέρει αποδίδονται μέσω των δεικτών χρησιμοποίησης του νοσοκομείου αλλά και μέσω των υποκειμενικών εκτιμήσεων του ασθενή (outcome evaluation). Στο πλαίσιο αυτό ζητήθηκε από τους ασθενείς, να προβούν στην αξιολόγηση συγκεκριμένων διαστάσεων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, όπως της ιατρικής φροντίδας, της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και των διοικητικών υπηρεσιών.

Η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας στο νοσοκομείο, σχετίζεται με τις διαστάσεις της ενημέρωσης και της αντιμετώπισης της ασθένειας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρείται ότι οι απαντήσεις των ασθενών εμφανίζουν όλους τους βαθμούς ικανοποίησης. Για τους ασθενείς που δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο, η ικανοποίηση αναφέρεται στην επαγγελματική ευσυνειδησία του ιατρικού προσωπικού, στην καλή επικοινωνία, καθώς και στον τρόπο συμπεριφοράς και αντιμετώπισης. Οι ασθενείς που εμφανίζουν μέτρια ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο, επικεντρώνονται στην μέτρια αξιολόγηση της ενημέρωσης και του ενδιαφέροντος που δείχνει το ιατρικό προσωπικό. Αντίστοιχα, οι ασθενείς που δηλώνουν χαμηλή ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, αξιολογούν χαμηλότερα την αντιμετώπιση της ασθένειας, με έμφαση στην έλλειψη εμπειρίας κάνοντας λόγο για ανειδίκευτους γιατρούς και χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής ευσυνειδησίας, ελλείψεις στον τομέα της ενημέρωσης, καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς και συντονισμού.

Το αποτέλεσμα αυτό θα πρέπει να οδηγήσει τη διοίκηση του νοσοκομείου σε εφαρμογή πολιτικών ενίσχυσης του τομέα της ενημέρωσης των ασθενών για την πορεία της νόσου, αλλά και για τη ζωή των ασθενών μετά από τη χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου (Λαζάρου, 2005; Crow et al., 2002; Dabholkar et al., 2000). Η μετα-νοσοκομειακή φροντίδα σε συνεργασία με τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί έναν τομέα ο οποίος θα πρέπει να βρεθεί στο επίκεντρο της αναπτυξιακής πολιτικής του νοσοκομείου. Η ανάγκη των ασθενών για αντιληπτές οδηγίες που σχετίζονται με τον τρόπο διαβίωσης μετά τη θεραπεία, αλλά και αναλυτική ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειας, αποτελούν στοιχεία που εμφανίζονται με αυξανόμενη συχνότητα (Iyer & Muney, 2004).

Αντίστοιχα, η νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο περιλαμβάνει τις διαστάσεις της άμεσης εξυπηρέτησης, της περιποίησης/φροντίδας, της συμπεριφοράς/ευγένειας και της κατανόησης/προθυμίας. Μέσα από αυτές τις διαστάσεις, η παρεχόμενη ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα που προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενή, αξιολογείται υποκειμενικά από τον ασθενή σύμφωνα και με τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης και δεοντολογίας (Ιωσηφίδου, 2012; Νικολάου, 2011; Μερκούρης, 1996; Κυριόπουλος και συν., 1993).

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο αξιολογείται θετικά από τους περισσότερους ασθενείς. Ωστόσο, παρουσιάζονται αρκετά περιθώρια βελτίωσης τα οποία σχετίζονται κυρίως με ενέργειες βελτίωσης του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως αυτές της πρόσληψης επιπλέον νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και καλύτερης υλικοτεχνικής υποδομής. Επιπλέον, η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου θα πρέπει να συνυπάρχει συνδυαστικά με την ικανοποίηση του προσωπικού, δεδομένου ότι οι νοσηλευτές είναι αυτοί που βρίσκονται σε συνεχή και καθημερινή επαφή με τους ασθενείς με αποτέλεσμα τυχόν μη ικανοποίησή τους από τον εργασιακό τους χώρο έχει άμεσο αντίκτυπο στον ασθενή, παρουσία αρνητικών συμπεριφορών και προβληματικών θεραπευτικών αντιμετώπισεων (Σουλιώτης και συν., 2002; Karassavidou et al., 2009).

Αναφορικά με τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι εντυπώσεις σε γενικές γραμμές είναι καλές, καθώς δεν παρατηρούνται προβλήματα εξυπηρέτησης, ενημέρωσης και καθυστερήσεων, τα οποία περιορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών. Οι μεμονωμένες αναφορές που έγιναν από κάποιους ασθενείς σχετικά με προβλήματα/περιορισμούς στην ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών, σχετίζονται με την έλλειψη προσωπικού και το ωράριο λειτουργίας.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου και κατ' επέκταση η συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου βασίζεται στις απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών από τις προσδοκώμενες υπηρεσίες και τις υπηρεσίες που τελικά λαμβάνει από αυτό, το ανθρώπινο δυναμικό (προσωπικό) του νοσοκομείου, τις υποδομές του, καθώς και τα προβλήματα ή ελλείψεις που παρατηρούνται ή εντοπίζονται σε αυτό.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι περισσότεροι ασθενείς δεν έμειναν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου σχετικά με αυτό που προσδοκούσαν. Πολλοί από αυτούς εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους αναφορικά με τις ιατρικές υπηρεσίες, διαπιστώνοντας ελλείψεις και καθυστερήσεις, ενώ γίνεται λόγος και για ανάρμοστες συμπεριφορές. Το συγκεκριμένο εύρημα οφείλεται ίσως στην έλλειψη σωστής προσέγγισης προς τους ασθενείς κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο, αλλά και στην πολιτική επικοινωνίας του νοσοκομείου στην κοινωνία γενικότερα. Αυτό που εμφανίζεται κυρίαρχο στην αντίληψη των ασθενών σχετίζεται με τον τρόπο προσέγγισής τους, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν

αναλυτική ενημέρωση των βασικών σημείων που σχετίζονται με τα προβλήματά τους. Η ικανοποίηση του ασθενούς έχει άμεση σχέση με το «πώς» ο χρήστης των υπηρεσιών θα αντιληφθεί το ενδιαφέρον που «δείχνει» το σύστημα περίθαλψης σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει (Niakas et al., 2004).

Εν κατακλείδι, όπως προκύπτει από την έρευνα, το ανθρώπινο δυναμικό ειδικά στις νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες αποτελεί ένα από τα δυνατά σημεία του νοσοκομείου, ενώ αντίθετα η απουσία επικοινωνίας που εμφανίζεται τις περισσότερες φορές καθώς και η ανάρμοστη συμπεριφορά είναι το αδύνατο σημείο στη διαμόρφωση της τελικής εικόνας από τους ασθενείς. Οι περισσότεροι εξ αυτών κάνουν λόγο για την έλλειψη προσωπικού, ενώ εστιάζουν στην ακατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, όπως ελλείψεις ιατρικού υλικού και φαρμάκων.

#### **6.1.4 Συγκριτική παρουσίαση μελετών**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι καμία από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί έως τώρα, τόσο στον διεθνή όσο και στον Ελλαδικό χώρο, δεν έχει αναδείξει την πλήρη ανταπόκριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσηλευτικών μονάδων στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών (Μαλακέλλη, 2016; Παπαδοπούλου, 2013; Papanikolaou & Zygiaris, 2012; Ιωσηφίδου 2012; Karassavidou et al., 2009; Λαζάρου, 2005; Iyer & Muncy, 2004; Lam, 1997; Tomes & Chee Peng, 1995; Youssef et al., 1995; Headley & Miller, 1993). Επισημαίνεται επίσης ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, οι προσδοκίες των ασθενών κυμαίνονταν σε πολύ υψηλά επίπεδα, ενώ το γενικό χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων δεν είναι μεγάλο, γεγονός το οποίο δεν επιβεβαιώνεται πλήρως από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Από την άλλη πλευρά, η μελέτη ερευνών που σχετίζονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα από την ικανοποίηση των ασθενών, διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματά τους δε συμφωνούν με τα αντίστοιχα της δικής μας έρευνας, καθώς το ποσοστό ικανοποίησής τους κυμαίνεται σε μέτρια έως αρκετά υψηλά επίπεδα κατά μέσο όρο (Νικολάου, 2011; Αλετράς και συν., 2009; Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008; Πολύζος και συν., 2005; Σουλιώτης και συν., 2003; Ραφτόπουλος, 2002; Σουλιώτης και συν., 2002; Μερκούρης, 1996; Κυριόπουλος και συν., 1993).



Ωστόσο, παρατηρείται συμφωνία στα ευρήματα που σχετίζονται με τα προβλήματα και τις ελλείψεις ποιότητας που υφίστανται στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. Σε γενικές γραμμές, τα προβλήματα ποιότητας που φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ελλάδα αναφέρονται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού), στους μεγάλους χρόνους αναμονής, στην έλλειψη υλικοτεχνικού υλικού και σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, στην ταχύτητα εξυπηρέτησης, στη συμπεριφορά του προσωπικού υγείας, στην ελλιπή ενημέρωση και πληροφόρηση των ασθενών, καθώς και στην καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου. Τα ανωτέρω προβλήματα αναδείχθηκαν στο ακέραιο και από την παρούσα μελέτη. Για το λόγο αυτό, οι διοικήσεις των νοσοκομείων επιβάλλεται να επικεντρωθούν και να προβούν σε ενέργειες ανάπτυξης των ανάλογων στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε διαστάσεις που σχετίζονται με την αξιοπιστία και την ανταπόκριση, έτσι ώστε να υπάρξει ουσιαστικό αποτέλεσμα στη βελτίωση της ποιότητας.

Λαμβάνοντας υπόψη την προαναφερόμενη συγκριτική παρουσίαση των μελετών, κρίνεται απαραίτητη η εξαγωγή ορισμένων βασικών συμπερασμάτων αναφορικά με την ποιότητα των μονάδων υγείας στην Ελλάδα, καθώς επίσης και των προβλημάτων και ελλείψεων ποιότητας που εντοπίζονται. Μολονότι παρουσιάζονται διαφορές στα στοιχεία ανά μονάδα υγείας και ανά περιοχή, εξαιτίας των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν, διαπιστώνεται ότι σε γενικά πλαίσια τα πιο σημαντικά σημεία είναι κοινά (Μαλακέλλη, 2016; Papanikolaou & Zygiaris, 2012; Karassavidou et al., 2009; Iyer & Muncy, 2004).

Τα προβλήματα ποιότητας που εντοπίζονται, αποτελούν απόρροια κυρίως της παλαιότητας των υποδομών στα περισσότερα ιδρύματα της χώρας, της ελλιπούς και προβληματικής χρηματοδότησής τους, των κρατικών μηχανισμών προσλήψεων προσωπικού υγείας αλλά και προμηθειών, καθώς και της ανεπαρκούς παρακίνησης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας. Καταλυτικός παράγων σε όλα αυτά, ήταν βεβαίως και η οικονομική ύφεση της χώρας, από το 2008 μέχρι και σήμερα, καθώς και οτιδήποτε αυτή συνεπάγεται (Μαλακέλλη, 2016; Παπαδοπούλου, 2013; Ιωσηφίδου 2012).

## 6.2 Περιορισμοί της μελέτης

Παρά το γεγονός ότι κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, παρατηρούνται κάποιοι περιορισμοί που διέπουν την παρούσα μελέτη και αναφέρονται στη μεθοδολογία και στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας.

Παρά το ότι τα δεδομένα στηρίζονται σε ημιδομημένη συνέντευξη η οποία επιτρέπει στον συμμετέχοντα να αναπτύξει τις σκέψεις και απόψεις του, οι ερωτήσεις εστίαζαν σε ορισμένους μόνο τομείς του υπό διερεύνηση θέματος

Παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο δείγμα δεν θα εξυπηρετούσε ούτε τους στόχους αλλά ούτε και τους σκοπούς μιας ποιοτικής έρευνας, τα αποτελέσματα που προέκυψαν δεν χρήζουν γενίκευσης στο σύνολο των νοσοκομείων της χώρας. Ενδεχομένως να μπορούσαν να γενικευθούν μόνο στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το οποίο αποτέλεσε και το πεδίο της μελέτης. Πιθανότητα, μια μεθοδολογία που θα συνδύαζε ποσοτική και ταυτόχρονα ποιοτική (σε βάθος συνέντευξη) έρευνα, να ανέδειχνε επιπλέον τομείς σχετικούς με τη θεματολογία της παρούσας μελέτης.

## 6.3 Συμπεράσματα

Η ποιότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου διαπιστώθηκε πως αποκλίνει των προσδοκιών των ασθενών, καθώς η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου είναι χαμηλότερη της προσδοκώμενης ποιότητας που ταιριάζει σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Ωστόσο, τα προβλήματα και οι ελλείψεις ποιότητας που διαγνώστηκαν μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται αυτά που απορρέουν από την πολιτική και τις αποφάσεις του κράτους σχετικά με τη δημόσια υγεία, ενώ στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται αυτά που εξαρτώνται από τη λειτουργία της διοίκησης του νοσοκομείου και αποτελούν ευθύνη της.

Η έλλειψη προσωπικού υγείας αναφέρεται στο σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας ως αποτέλεσμα της εκάστοτε πολιτικής προσλήψεων του κρατικού μηχανισμού, σύμφωνα με την οποία τα τελευταία χρόνια έχουν «παγώσει» οι διαδικασίες αυτές, στο πλαίσιο της απαίτησης των δανειστών για μείωση των δημόσιων δαπανών και των δαπανών υγείας. Επιπροσθέτως, οι σημαντικές ελλείψεις

ποιότητας που παρατηρήθηκαν στην υλικοτεχνική υποδομή, αποτελούν επίσης φαινόμενο που εμφανίζεται στο σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων ως απόρροια της χρηματοδότησης του κράτους, καθώς και της πολιτικής προμηθειών που ακολουθείται από τις αρμόδιες κεντρικές αρχές σχετικά με τα δημόσια νοσοκομεία και τη δημόσια υγεία γενικότερα.

Η εξέταση των προβλημάτων και των ελλείψεων που προκύπτουν από τους κεντρικούς μηχανισμούς και τις αρχές για τη δημόσια υγεία, δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας μελέτης για περαιτέρω ανάλυση. Αποτελεί όμως αφορμή ως πρόταση για τη διενέργεια μελλοντικών ερευνών οι οποίες θα αναφέρονται στη διαμόρφωση της κατάλληλης πολιτικής και στρατηγικής για να ρυθμιστούν τα θέματα που αφορούν τη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, το βαθμό αυτονομίας και ευελιξίας τους, τις προσλήψεις και τη γενικότερη διαχείριση του προσωπικού υγείας, τη λειτουργία προμηθειών αναλώσιμων υλικών αλλά και εξοπλισμού, έτσι ώστε να συνδέονται και να συμβαδίζουν με τη γενικότερη κυβερνητική πολιτική που ακολουθείται, με βασικό άξονα την εξοικονόμηση και τον εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών και ειδικότερα των δαπανών υγείας, αλλά παράλληλα τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία.

Αντιθέτως, τα προβλήματα που προκύπτουν από τη λειτουργία της διοίκησης των νοσοκομείων αναφέρονται κυρίως στην ανταποκρισιμότητα, στην αποδοτικότητα και στη συμπεριφορά του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο αποτελεί το πλέον πολυτιμότερο κεφάλαιο κάθε οργανισμού υγείας, πόσο μάλλον ενός νοσοκομείου που χαρακτηρίζεται ως εντάσεως εργασίας, με συνέπεια την καθοριστική συμβολή του προσωπικού για την επίτευξη των στόχων του. Για να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα, επιβάλλεται η υποβολή προτάσεων στα πλαίσια παροχής ισχυρών κινήτρων και υποκίνησης.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι οι διατάξεις του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Ν.2683/1999) που ρυθμίζουν τις σχέσεις εργασίας του προσωπικού, συνδέονται με μια σειρά γεγονότων όπως αυτά του προκαθορισμένου βασικού μισθού, της μονιμότητας, των ασφαλιστικών καλύψεων, του τυπικού χαρακτήρα των διάφορων επιδομάτων και των εκθέσεων αξιολόγησης, του δυσκίνητου συστήματος προαγωγών, της μη ενεργοποίησης στην πράξη των διατάξεων περί «ηθικών αμοιβών» και της εφαρμογής των πειθαρχικών ποινών σε ελάχιστες περιπτώσεις. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, παρατηρείται η μη αξιοποίηση και προβολή των

ικανότερων, η δημιουργία αισθημάτων απογοήτευσης, δυσαρέσκειας και αδικίας, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε μειωμένη αποδοτικότητα και σε φαινόμενα κακής και ανάρμοστης συμπεριφοράς προς συναδέλφους αλλά και ασθενείς. Είναι σαφές λοιπόν ότι μέσα σε αυτά τα πλαίσια, ο περιορισμός στη λειτουργία της διοίκησης είναι δεδομένος, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται και περιορισμός υποκινητικών πολιτικών και εφαρμογής κινήτρων από την πλευρά της.

Για το λόγο αυτό, η διοίκηση θα πρέπει προβεί στον εντοπισμό των κατάλληλων τεχνικών και μεθόδων, οι οποίες πρακτικά μπορούν να εφαρμοστούν στα πλαίσια τόσο του βαθμού ελευθερίας και αυτονομίας σχετικά με τη λήψη αποφάσεων, όσο και της πολιτικής του εξορθολογισμού και της μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας. Συνεπώς, θα πρέπει πρωταρχικά να εντοπίσει τις ανάγκες του προσωπικού υγείας αλλά και τους λόγους για τους οποίους οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιούνται. Έχοντας υπόψη τα συγκεκριμένα στάδια, τότε η διοίκηση θα είναι σε ετοιμότητα για να αναπτύξει και να εφαρμόσει τα κατάλληλα συστήματα υποκίνησης του προσωπικού υγείας του νοσοκομείου.

## 6.4 Εισηγήσεις

Οι εισηγήσεις της παρούσας μελέτης αναφέρονται στη δόμηση ενός σχεδίου παρεμβατικών μέτρων στα πλαίσια της παροχής κινήτρων και υποκίνησης (Lambrou et al., 2010; Kontodimopoulos et al., 2009; Labiris et al., 2008):

- Εφαρμογή συμμετοχικού τρόπου διοίκησης, μέσω της καθιέρωσης τακτικών συγκεντρώσεων με απώτερο σκοπό τον προγραμματισμού στόχων από κοινού.
- Δημιουργία ομάδων εργασίας με σκοπό την ενίσχυση της ομαδικότητας και της συνεργασίας (κυρίως σε διατμηματικό επίπεδο). Έτσι επιτυγχάνεται συνδυασμός γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειριών πολλών ατόμων, υφίσταται κοινή δέσμευση για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, ενώ παράλληλα ενισχύεται το ηθικό και η αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων, καθώς εμφανίζεται αλληλοϋποστήριξη και αναγνώριση μέσα στους κόλπους της ομάδας.
- Εφαρμογή κύκλων ποιότητας, για τη δημιουργία ομάδων λίγων ατόμων που συναντώνται εθελοντικά με στόχο να εντοπιστούν τα προβλήματα σχετικά με την εργασία τους, να ανακαλυφθούν τα αίτια, να αναπτυχθούν λύσεις και καινοτομίες.

- Εφαρμογή κίνητρων εμπλουτισμού της εργασίας με στόχο την πρόοδο και την ανάπτυξη του ατόμου.
- Οργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων τόσο για την σύναψη των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ του προσωπικού υγείας, όσο και για την επιβράβευση (με μη χρηματικά βραβεία) των εργαζομένων που επιδεικνύουν ιδιαίτερο έργο.
- Χρήση επαινετικών επιστολών από την διοίκηση για την καλή απόδοση κατά την υλοποίηση μιας επίπονης εργασίας.
- Οργάνωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε θέματα που σχετίζονται όχι μόνο με το αντικείμενο του προσωπικού υγείας, αλλά και σε θέματα που αφορούν την σχέση προσωπικού-ασθενή, την μεταξύ τους επικοινωνία, την συμπεριφορά του προσωπικού κ.ά.

Η διεθνής βιβλιογραφική ανασκόπηση καταδεικνύει ότι η εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής κινήτρων θα οδηγήσει στη βελτίωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου και κατ' επέκταση την ικανοποίηση των ασθενών (Μπακόλα και συν., 2015; Toode et al., 2014; Meissner & Radford, 2014; Shearer, 2012; Κουράκος και συν., 2012; Curtis & O' Connell, 2011). Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή εφαρμογή των ανωτέρω προτάσεων αποτελούν πρωταρχικά η αλλαγή κουλτούρας και νοοτροπίας του νοσοκομείου ως οργανισμός και κατόπιν η δέσμευση και η ενεργός συμμετοχή της διοίκησης, έτσι ώστε να δώσει αυτή πρώτη το παράδειγμα και να καθοδηγήσει και το υπόλοιπο προσωπικό, σύμφωνα με τις αρχές βελτίωσης της ποιότητας.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας - ΔΟΠ (Total Quality Management - TQM) έχει θεωρηθεί ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης (Οικονομοπούλου et al., 1995). Ακολουθώντας τα θεαματικά αποτελέσματά της χρήσης της ΔΟΠ στις επιχειρήσεις, η φιλοσοφία της έχει βαθμιαία περάσει στον τομέα της υγείας (Short & Rahim, 1995). Η ΔΟΠ ουσιαστικά αναφέρεται σε έναν νέο τρόπο διοίκησης, που επιφέρει στην εκάστοτε επιχείρηση/οργανισμό το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα με το οποίο θα επιτευχθεί η επιθυμητή ανάπτυξή της. Στην παρούσα σύγχρονη εποχή, ολοένα και περισσότερες επιχειρήσεις αλλά και οργανισμοί ενστερνίζονται τις αρχές και τις θεωρίες της, επιδιώκοντας την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία τους, καθώς και την επίτευξη των στόχων τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η ΔΟΠ περιλαμβάνει βασικές τεχνικές διαχείρισης, εφαρμοσμένες προσπάθειες βελτίωσης και εργαλεία ποιότητας τα οποία χρησιμοποιούνται με μεθοδικότητα, στοχεύοντας στην συνεχιζόμενη βελτίωση. Αναλύεται σε ένα ολοκληρωμένο και πρωτοποριακό σύστημα διοικητικών λειτουργιών και λειτουργικών δραστηριοτήτων, σχεδιασμένο να αφαιρεί τα περιττά και μη προβλέψιμα, να αποδίδει υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας με λιγότερες διαθέσιμες, καθώς και να ικανοποιεί περισσότερο τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών και χρηστών (Λιαμαρκόπουλος, 2003).

Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ αποτελούν έναν οδηγό κατεύθυνσης των ενδιαφερόμενων με απώτερο σκοπό την επίτευξη των στόχων που έχουν θέσει, μέσω της εφαρμογής ενός συστήματος διοίκησης με βάση τη ΔΟΠ. Αυτές οι βασικές αρχές είναι οι εξής (Δερβιτσιώτης, 2005; Klefsjo, 2002; James, 1998; Bryde, 1993; Σπανός 1993):

- Δέσμευση, καθοδήγηση και ενεργός συμμετοχή από τη διοίκηση
- Εφαρμογή σε έκταση
- Υπευθυνότητα σε βάθος
- Εστίαση στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών
- Πρόληψη και όχι θεραπεία
- Συνεχής εκπαίδευση στη χρήση εργαλείων και μεθόδων
- Έλεγχος ανταγωνιστικότητας
- Συνεχής βελτίωση ποιότητας

Συγκεκριμένα, η ΔΟΠ μπορεί να λειτουργήσει ως:(α) εργαλείο εφαρμογής ορθολογικών διαδικασιών, με την αποδοχή και την υποστήριξη τη διοίκησης και των εργαζομένων, διασφαλίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών, (β) διαχειριστής για την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των πόρων με έλεγχο του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, (γ) εχέγγυο καλής και ποιοτικής λειτουργίας ανταποκρινόμενο στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου και (δ) αξιόπιστο μέσο για τη διασφάλιση διαχειριστικών δραστηριοτήτων έναντι των ασφαλιστικών οργανισμών και της πολιτείας (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Η διαρκής παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή/χρήστη καθίσταται απαραίτητη, όπως ορίζουν οι αρχές της ΔΟΠ. Για το λόγο αυτό, προτείνεται η ανάπτυξη ενός τρόπου διοίκησης ο οποίος θα βασίζεται σε διεργασίες, για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης της λειτουργίας του νοσοκομείου, μέσω της παρακολούθησης και της ανάλυσης μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Η έρευνα των αντιλήψεων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο, προσανατολίζει με τέτοιο τρόπο τη διοίκησή του έτσι ώστε να μπορεί να βελτιώσει εκείνα τα σημεία που αναδείχθηκαν μέσα από αυτή, για να επιτύχει τελικά τη βελτίωση συνολικά της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Με την εφαρμογή ενός συστήματος ΔΟΠ, το νοσοκομείο επιτυγχάνει (Thakkar et al., 2006; Klefsjo, 2002; Joel, 1999):

- Προσαρμογή της πολιτικής και της στρατηγικής του στις τρέχουσες και στις προβλεπόμενες μελλοντικές ανάγκες
- Διοίκηση με βάση πραγματικά γεγονότα και καταγεγραμμένες διεργασίες
- Συνεχή βελτίωση βάσει μετρήσιμων αποτελεσμάτων
- Εστίαση των προσπαθειών του προσωπικού του νοσοκομείου στις απαιτήσεις και προσδοκίες των ασθενών
- Συνεχή ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου
- Αποτελεσματικότητα στην επίτευξη του κοινωνικού έργου

## ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

James P. (1998). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, μια εισαγωγή*. Μετάφραση ομάδα μεταφραστών, Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος

Sullivan E.J., Decker P.J. (2009). *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. (μτφρ) Δρ. Μπελλάλη Θάλεια του πρωτότυπου Effective Leadership and Management in Nursing. 6<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Αβραμίδης Η., Καλυβά Ε. (2006). *Μέθοδοι Έρευνας στην Ειδική Αγωγή: Θεωρία και Εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Αδαμαντίδου Τ. (2004). *Παράγοντες που Προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας*. Επιθεώρηση Εργασίας, Τεύχος 89, σελ.29-34

Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Τόμος Δ', Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ

Αλετράς Β., Μπασιούρη Φ., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ., Νιάκας Δ. (2009). *Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών του ιδιοτήτων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 26, τεύχος 1, σελ. 79-89

Βαρουφάκης Γ. (1997). *Αρχαία Ελλάδα και Ποιότητα*. Εκδόσεις Αίολος

Βούζας Φ. (2002). *Αξιοποίηση ανθρώπινου δυναμικού, στρατηγικός παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας: a contingency approach*. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Τεύχος 108-109: 285-301

Γκαράγκος Ι. (2006). *Κόστος Ποιότητας*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Διοίκηση Επιχειρήσεων, Θεσσαλονίκη

Δερβιτσιώτης Κ. (2001). *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Interbooks

Δερβιτσιώτης Κ. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Εκδόσεις Οικονομική Βιβλιοθήκη, 2η έκδοση, Αθήνα



Δίκαιος Κ., Κουτουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ

Ζαβλανός Μ. (2006). *Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα*. Αθήνα: Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης

Ζαφειρόπουλος Κ. (2005). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Θεοδώρου Μ. (1992). *Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας*. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τόμος 3, Τεύχος 1, σελ. 41-47

Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Τόμος Γ, Νομικό Πλαίσιο του Υγειονομικού Τομέα. Πάτρα: ΕΑΠ

Ιωσηφίδης Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Ιωσηφίδης Θ., Σπυριδάκης Μ. (2006). *Ποιοτική κοινωνική έρευνα, Μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Ιωσηφίδου Σ. (2012). *Οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων σε αυτούς υπηρεσιών υγείας και ο ρόλος τους στη διαμόρφωση στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η περίπτωση των ασθενών των Εξωτερικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης. Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία, τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Πάτρα: ΕΑΠ*

Κέφης Β. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας: Θεωρία και Πρότυπα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Κουράκος Μ., Καυκιά Θ., Ρεκλείτη Μ., Ζυγά Σ., Κοτρώτσου Ε., Γκούβα Μ. (2012). *Μελέτη Ικανοποίησης από την Εργασία των Φροντιστών Υγείας – Νοσηλευτών Παθολογικών Κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1): 61-69

Κυριαζή Ν. (1999). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κυριόπουλος Ι., Δράκου Ι., Κτένας Ε., Γεωργούση Ε. (1993). *Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα*. Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 4, τεύχος 5, σελ. 44-64

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου

Λαζάρου Π. (2005). *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα: Τμήμα Νοσηλευτικής

Λελίδης Α., Κάργας Α., Γιαννικόπουλος, Κ. (2005). *TQM: Μέθοδος επιχειρησιακής και τεχνολογικής διοίκησης*. Εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Επικοινωνιών και Μ.Μ.Ε., Αθήνα

Λιαρόπουλος Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Λιαρόπουλος Λ., Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο. (2006). *Ο τομέας Υγείας στην Ελλάδα την Τελευταία Εικοσαετία*. Κεφάλαιο στο: Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντι-Δελιβάνη, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Θεσσαλονίκη

Λογοθέτης Ν. (1993). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Interbooks

Μαλακέλλη Κ. (2016). *Η ανίχνευση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών του Management ολικής ποιότητας σε δημόσιο νοσοκομείο: Η περίπτωση του νοσοκομείου Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Μ.Δ.Ε.), Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. (2012). *Οικονομική Κρίση. Ο Τρόπος Επίδρασης στην Υγεία των Πολιτών και στα Συστήματα Υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού – Τριμηνιαίο Επιστημονικό Ηλεκτρονικό Περιοδικό του Τμήματος Νοσηλευτική Α'. Τεχνολογικό Ίδρυμα Αθηνών, Τόμος 11ος, Τεύχος 1ο, σελ. 202-212

Μαντζούκας Σ. (2007). *Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση*. Ανασκόπηση, Νοσηλευτική 46(1):88-98

Μερκούρης Α. (1996). *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Μπακόλα Ε., Ζυγά Σ., Πανουτσόπουλος Γ., Αλικάρη Β. (2015). *Παρακίνηση νοσηλευτών και νοσηλευτική ηγεσία*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 7, Τεύχος 2: 58-64

Μπόχωρης Γ. (2003). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και διαχείριση περιβάλλοντος*. Τόμος Α΄, Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ

Νιάκης Δ. (1993). *Management στις Υπηρεσίες Υγείας και η Εξασφάλιση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών*. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, σελ. 3-12

Νικολάου Ε. (2011). *Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας*. Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία, τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Νόμος 2889/2001. «*Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Άλλες Διατάξεις*». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, τεύχος Α΄, ΦΕΚ 37, σελ. 1079-1106

Νόμος 2920/2001. «*Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και Άλλες Διατάξεις*». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Α΄, ΦΕΚ 131, σελ. 2117-2118

Νόμος 3172/2003. «*Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Άλλες Διατάξεις*». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, τεύχος Α΄, ΦΕΚ 197, σελ. 3811-3834

Νόμος 3329/2005. «*Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Άλλες Διατάξεις*». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Α΄, Αρ. Φύλλου 81, σελ. 883-909

Παπαγεωργίου Γ. (1998). *Μέθοδοι στην κοινωνιολογική έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω

Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2008). *Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 25, τεύχος 1, σελ. 73-82

Παπαδοπούλου Σ. (2013). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις μονάδες υγείας και διάγνωση προβλημάτων ποιότητας: Η περίπτωση του Γ.Ν. Παπαγεωργίου*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Θεσσαλονίκη

Παπακωστίδης Α., Τσουκαλάς, Ν. (2012). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η Αξιολόγησή της*. Αρχαία Ελληνική Ιατρική, Τόμος 29, Τεύχος 4, σελ. 480-488

Παπανικολάου Β. (2007). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Πεχτελίδου Α.Δ. (2014). *Η εφαρμογή της Ποιότητας στις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και η Πληροφόρηση του Ανθρώπινου Δυναμικού σε Θέματα Ποιότητας*. Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι. (2005). *Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε Νοσοκομεία στην Αττική*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 22, τεύχος 3, σελ. 284-295

Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ. (2003). *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Δελτίον Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Τόμος 48, Τεύχος 2, σελ. 84-94

Σαραφίδης Π., Σταφυλάς Π. (2005). *Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα Πριν και Μετά το Νόμο 2889/2001*. Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 16, Τεύχος 92, σελ.27-32

Σαχίνη-Καρδάση Α. (2004). *Μεθοδολογία έρευνας εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. 3η έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

Σκιττίδης Φ. (2000). *Οργάνωση και Διοίκηση Παραγωγής*. Αθήνα: Εκδόσεις Σύγχρονη Εκδοτική

Σούλης Σ. (1998). *Οικονομική της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ

Σουλιώτης Κ., Δουλγεράς Α., Κοντός Δ., Οικονόμου Χ. (2002). *Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών*. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόμος 14, τεύχος 3, σελ. 114-118

Σουλιώτης Κ., Παπανικολάου Β., Κυριόπουλος Γ. (2003). *Κριτική ανασκόπηση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα Θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο*. Νοσοκομειακά χρονικά, τόμος 22, τεύχος 4, σελ. 253-260

Σπανός Ν. (1993). *Ολική Ποιότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Γαλαίος

Τούντας Γ. (2003). *Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 20, Τεύχος 5, σελ. 532-546

Τούντας Γ. και συν. (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: 1996-2006*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα

Τσιώτρας Γ. (2002). *Βελτίωση Ποιότητας*. Β' έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Β. Μπένου

Τσούγκα Μ. (2004). *Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 86, σελ 41-44

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005). *Ετήσια έκθεση για την υγεία: «Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους»*, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2007). *«Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2007-2013»*. Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). *«Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012»*. Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010). *«Εγκύκλιος Γ.Π. οικ. 123566: Έναρξη εφαρμογής δράσεων ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας»*. Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010). *«Εγκύκλιος Γ.Π. οικ. 162857: Σχετικά με τη δημιουργία δικτύου ποιότητας»*. Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010). «Εγκύκλιος Γ.Π. οικ. 140077: Συγκρότηση επιτροπών ποιότητας στα νοσοκομεία ΕΣΥ με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω». Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). «Εγκύκλιος Γ.Π. οικ. 11980: Συγκρότηση επιτροπών ποιότητα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω, καθώς και λοιπών νοσοκομείων». Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2013). «Εγκύκλιος Γ.Π. οικ. 30518: Καθορισμός στρατηγικών στόχων του Υπουργείου Υγείας, έτος 2013». Αθήνα

Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 112159/10-12-2012 (2012). «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου», Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Δεύτερο, Αρ. Φύλλου 3284, σελ. 48995-49004

Φ.90380/25916/3294. (2011) *Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)*. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Δεύτερο, Αρ. Φύλλου 2456, σελ. 35013-35048

Φίλιας Β. (1993). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg

## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Abbot L. (1955). *Quality and Competition*. New York: Columbia University Press
- Andreassen T.W. (2000). *Antecedents to satisfaction with service recovery*. European Journal of Marketing, Vol. 34, No. 1-2, p.p. 156-175
- Berkley B.J., Gupta A. (1994). *Improving service quality with information technology*. International Journal of Information Management, Vol. 14, pp. 109-121
- Bhuiyan N., Baghel A. (2005). *An overview of continuous improvement: from the past to the present*. Management Decision, 43(5): 761-771
- Bowling A. (2000). *Research methods in health: Investigating health and health services*. Philadelphia: Open University Press
- Brink J.P., Wood J.M. (1998). *Advanced design in nursing research*. 2nd ed, London: Sage Publ
- Broderick A.J., Vachirapornpuk S. (2002). *Service quality in internet banking: the importance of customer role*. Marketing Intelligence & Planning, Vol. 20, No. 6, pp. 327-335
- Brogowicz A.A., Delene L.M., Lyth D.M. (1990). *A synthesized service quality model with managerial implications*. International Journal of Service Industry Management, Vol. 1, No. 1, pp. 27-44
- Bryde D. J. (1993). *Techniques underpinning modern project management with TQM principles*. The TQM Magazine, Vol. 9, No. 3, pp. 231-238
- Bull A. (1994). *Specifying Quality in Health Care*. Journal of Management in Medicine, MCB University Press, Vol. 8, No 2, pp. 5-8
- Capodagli B., Jackson L. (1998). *The Disney Way; harnessing the Management Secrets of Disney in your company*. New York: MrGraw-Hill
- Champagne F., Langley A., Denis J.L., Contandriopoulos A.P., Cazale L., Rivard M. (1997). *Resource constraints and strategic change in a public hospital system*. Health Services Management Research, 10(3): 146-62

- Chang Y., Labovitz G., Rosansky V. (1993). *Making Quality Work: A leadership guide for the results - driven manager*. USA: Harper Collins Publishers
- Chase R., Aquilano N. (2004). *Production and Operation Management*. London: IRWIN
- Cohen L., Manion L. (1992). *Research methods in education*. 3rd edition, London: Routledge
- Cronin J.J., Taylor S.A. (1992). *Measuring service quality: a reexamination and extension*. Journal of Marketing, Vol. 6, July, pp. 55-68
- Crosby P. (1979). *Quality is free*. New York: McGraw-Hill
- Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H. (2002). *The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technology Assessment, Vol. 6, No. 32, p.p. 1-244
- Curtis E., O' Connell R. (2011). *Essential leadership skills for motivating and developing staff*. Nurse Management (Harrow), 18(5):32-5
- Dabholkar P.A. (1996). *Consumer evaluations of new technology-based self-service operations: an investigation of alternative models*. International Journal of Research in Marketing, Vol. 13, No. 1, pp. 29-51
- Dabholkar P.A., Shepherd C.D., Thorpe D.I. (2000). *A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study*. Journal of Retailing, Vol. 76, No. 2, pp. 131-139
- Dale B.G, Plunkett J. (1999). *Quality Costing*. 3rd edition, USA: Gower
- Dale B.G. (1996). *Sustaining a process of continuous improvement: Definition and key factors*. The TQM Magazine, 8(2): 49-51
- Dale B.G., McQuater R. (1998). *Managing Business Improvement and Quality: Implementing Key Tools and Techniques*. Oxford: Blachwell Business
- Deming W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center of Advanced Engineering Study, Cambridge, Massachusetts



- Donabedian A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan: Health Administration Press
- Donabedian A. (1990). *The Seven Pillars of Quality*. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Vol. 114, No 11
- Donabedian A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: University Press
- Evans D.B., Edejer T.T., Lauer J., Frenk J., Murray C.J. (2001). *Measuring quality: from the system to the provider*. International Journal of Quality in Health Care, December, 13(6): 439-446
- Evans J., Lindsay W. (1999). *The Management and Control of Quality*. South-Western College Publishing, 4th edition, Cincinnati
- Feigenbaum A. (1983). *Total Quality Control*. 3<sup>rd</sup> edition, New York: McGraw-Hill
- Feigenbaum V.A. (1951). *Total Quality Control: Engineering and Management*. New York: McGraw-Hill
- Frost F.A., Kumar M. (2000). *INTSERVQUAL: an internal adaptation of the GAP model in a large service organization*. Journal of Services Marketing, Vol. 14, No. 5, pp. 358-77
- Fryer J.K., Anthony J., Douglas A. (2007). *Critical Success Factors of Continuous Improvement in the public Sector*. A Literature Review and Some Key Findings. The TQM Magazine, Vol. 19, No 5, pp. 497-517
- Garvin D.A. (1988). *Managing Quality: the strategic and competitive edge*. New York: The Free Press
- Geraedts H., Montenarie R., Rijk, P. (2001). *The benefits of total quality management*. Computerized Medical Imaging and Graphics, Vol. 25, p.p. 217-220
- Gilmore H.L. (1974). *Product Conformance Cost*. Quality Progress, June, pp. 16-19
- Gronroos C. (1984). *A service quality model and its marketing implications*. European Journal of Marketing, Vol. 18, No. 4, p.p. 36-44

Gummesson E. (1991). *Truths and myths in service quality*. Journal for Quality and participation, Vol. 14, No. 4, p.p. 28-33

Haywood-Farmer J. (1988). *A conceptual model of service quality*. *International Journal of Operations & Production Management*. Vol. 8, No. 6, pp. 19-29

Headley D.E., Miller S.J. (1993). *Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior*. Journal of Health Care Marketing, Vol.13, No. 4, p.p. 32-41

Holloway I., Wheeler S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Sciences

Huberman M.A., Miles B.M. (1998). *Data management and analysis method*. In: Denzin KN, Lincoln SY (eds) *Collecting and interpreting qualitative materials*, Thousand Oaks, Sage Publ:179–210

International Organization for Standardization (ISO). (1992). *ISO 9000 International Standards for Quality Management*. 2nd Edition, ISO, Geneva

Ishikawa K. (1982). *Guide to quality control*. White Plains, New York: Kraus International Publications

Iyer R., Muncy J.A. (2004). *Who do you trust?* Marketing Health Services, Vol. 24, No. 2, pp. 26-30

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2000). *Lexicon Dictionary of healthcare systems, organizations, and acronyms for the era of reform*. Chicago

Juran J.M. (1973). *Managerial Breakthrough: A new concept of the manager's job*. New York: McGraw-Hill

Juran J.M. (1973). *Quality Planning and Analysis*, McGraw-Hill Publishing Company, LTT, New Delhi

Karassavidou E., Glaveli N., Papadopoulos C. (2009). *Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients*. Measuring Business Excellence, Vol.13, No.1, pp.34-46

Klefsjo B. (2002). *Total Quality Management*. Encyclopedia of Information Systems, Elsevier, Vol. 4, pp. 455-478

Knowles G. (2011). *Managing Quality in the 21st Century: Principles and Practice*. Bookboon.com

Kontodimopoulos N., Paleologou V., Niakas, D. (2009). *Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals*. BMC Health Services Research, BioMed Central Ltd

Labiris G., Gitona K., Drosou V., Niakas D. (2008). *A Proposed Instrument for the Assessment of Job Satisfaction in Greek Mental NHS Hospitals*. Journal of Medical Systems, Volume 32, Number 4, pp. 333-341

Laffel G., Blumenthal D. (1989). *The case for using industrial quality management science in health care organizations*. JAMA, Nov 24; 262(20): 2869-2873

Lam S.S.K.(1997). *SERVQUAL: a tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong*, Total Quality Management, Vol.8, No.4, pp.145-152

Lamprou P., Kontodimopoulos N., Niakas D. (2010). *Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital*. Human Resources for Health; 8: 26, BioMed Central Ltd

Lewis R.C., Booms B.H. (1983). *The marketing aspects of quality. Emerging perspectives of service marketing*, American Marketing Association, p.p. 99-107

Markos S., Sridevi, M.S. (2010). *Employee engagement: The key to improving performance*. International Journal of Business and Management, 5(12): 89-96

Mattsson J. (1992). *A service quality model based on ideal value standard*. International Journal of Service Industry Management, Vol. 3, No. 3, pp. 18-33

May A.K. (1994). *Interview techniques in qualitative research: concerns and challenges*. In: Morse MJ (ed) Critical issues in qualitative research methods, Newbury Park, Sage Publ, 1994:188–201

McBride P., Wilson G., Bell D. (1998). *Managing Quality*. The Institute of Management

- McQuater R.E., Scurr C.H., Dale B.G., Hillman P.G. (1995). *Using quality tools and techniques successfully*. The TQM Magazine, Vol. 7, No. 6, pp. 37-42
- Meissner E., Radford K. (2014). *Importance and performance of managerial skills in the Australian aged care sector - a middle managers' perspective*. Journal of Nursing Management
- Morse M.J. (2003). *Qual Health Res.* 13:891-892
- Morse M.J., Field A.P. (1996). *Nursing research: The application of qualitative approach*. London: Chapman & Hall
- Nelson A.R. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*. London: Sterling
- O' Leary D. (1991). *CQI-a step beyond QA*. Qual Rev Bull, 17 (1): 4-5
- Oakland J.S. (1989). *Total Quality Management*. Butterworth-Heinemann, Oxford
- Oh H. (1999). *Service quality, customer satisfaction and customer value: a holistic perspective*. International Journal of Hospitality Management, Vol. 18, pp. 67-82
- Ovretviet J. (2004). *Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 17(7): 368-376
- Papanikolaou V., Ntani, S. (2008). *Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care*. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 21, No. 6, p.p. 548-561
- Papanikolaou V., Zygiaris S. (2012). *Service quality perceptions in primary health centers in Greece*. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations
- Parahoo K. (2006). *Nursing research: Principles, process and issues*. 2nd edition, Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for future Research*. American Marketing Association, The journal of Marketing, Vol. 49, No. 4, pp. 41-50

- Patton M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd edition, California: Newbury Park, Sage
- Petersen B., Hopkins J. (1999). *Total Quality Management and the Deming Approach to Quality Management*. *Journal of management History*. 5(8):468-488
- Philip G., Hazlett S.A. (1997). *The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model*. *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 14, No. 3, pp. 260-286
- Piercy N.F. (1995). "What do you do to get customer focus in an organization?" *Marketing Intelligence and Planning*, 13(6): 4-11
- Polit F.D., Hungler P.B. (1999). *Nursing research: Principles and methods*, Philadelphia. Lippincott
- Reeves C., Bednar D. (1994). *Defining Quality Alternatives and Implications*. *The Academy of Management Review*, Vol. 19, No 3, pp. 419-445
- Santos J. (2003). *E-service quality: a model of virtual service quality dimensions*. *Managing Service Quality*, Vol. 13, No. 3, pp. 233-246
- Scarnati J.T., Scarnati J.B. (2002). *Empowerment: the key to quality*. *The TQM Magazine*, 14(2): 110-119
- Schmele S.A. (1996). *Quality Management in Nursing and Healthcare*. New York: Delmar Publishers
- Seth N., Deshmukh S.G., Vrat P. (2005). *Service Quality Models: A Review*. *International Journal of Quality and Reliability Management*. Vol. 22, No 9, pp. 913-949
- Shearer D.A. (2012). *Management styles and motivation*. *Radiology Management* 34(5):47-52
- Short P.J., Rahim M.A. (1995). *Total quality management in hospitals*. *Total Quality Management*, 6(3): 255-264

- Soteriou A.C., Stavrinides Y. (2000). *An internal customer service quality data envelope analysis model for bank branches*. International Journal of Bank Marketing, Vol. 18, No. 5, pp. 246-252
- Spreng R.A., Mackoy R.D. (1996). *An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction*. Journal of retailing, Vol. 72, pp. 201-214
- Stamatis D.H. (1996). *Total Quality Management in Health Care: Implementation Strategies for Optimum Results*. USA: Times Mirror
- Sun H., Hui I.K., Tam A.Y.K., Frick J. (2000). *Employee involvement and quality management*. The TQM Magazine, 12(5): 350-354
- Sweeney J.C., Soutar G.N., Johnson L.W. (1997). *Retail service quality and perceived value*. Journal of Consumer Services, Vol. 4, No. 1, pp. 39-48
- Tari J.J., Sabater V. (2003). *Quality tools and techniques: Are they necessary for quality management?* International Journal of Production Economics, Vol. 92, No. 4, pp. 267-280
- Teas K.R. (1993). *Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality*. Journal of Marketing, Vol. 57, pp. 18-34
- Temponi C. (2005). *Continuous improvement framework: implications for academia*. Quality Assurance in Education, 13(1): 17-36
- Tesch R. (1990). *Qualitative research: Analysis, types and software tools*. New York: Falmer
- Thakkar J., Deshmukh S.G., Sahastree A. (2006). *Total Quality Management (TQM) in self-financed technical institutions: a quality function deployment (QFD) and force field analysis approach*. Quality Assurance in Education, vol.14, p.p. 54-74
- Theodorakioglou Y., Tsiotras G. (2000). *The Need for the Introduction of Quality Management into Greek Healthcare*. Total Quality Management Journal, Vol 11, No.8: 1153-1165
- Thompson A. (1993). *Inpatients' Options of the Quality of Acute Hospital Care: Discrimination as the Key to Measurement Validity*. In: Fitzpatrick, R. Hopkins,

A. Measurement of Patients' Satisfaction with their Care. Royal College of Physicians of London

Thompson C. (1999). *Qualitative research into nursing decision making: Factors for consideration in theoretical sampling*. Qual Health Res 1999, 9:815–828

Thompson R.E. (1980). *Next Steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals*. Mohr and Associates Inc, Thompson

Tobin L. M. (1990). *The New Quality Landscape: Total Quality Management*. Journal of System Management, Vol. 41, no. 11, pp.10-14

Tomes A., Chee Peng S. (1995). *Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire*. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 8, No. 3, pp. 25-33

Toode K., Routasalo P., Helminen M., Suominen T. (2014). *Hospital nurses work motivation*. Scandinavian Journal of Caring Sciences .Doi: 10.1111/scs.12155 [Epub ahead of print]

Wellington J. (2000). *Educational Research. Contemporary issues and Practical Approaches*. London: Continuum

Wensing M., Grol R., Smits A. (1994). *Quality Judgments by Patients on General Practice Care: A Literature Analysis*. Social Science and Medicine. Vol. 38, pp. 45-53

WHO (1993). *Continuous Quality Development. A Proposal National Policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

WHO (2000). *The World Health Report. Health Systems: improving performance*. World Health Organization, Geneva

Witcher B. J. (1990). *Total Marketing: Total Quality and the Marketing Concept*. Quarterly Review of Marketing, Vol. 15, No. 2, pp. 1-6

Youssef F., Nel D., Boraird T. (1995). *Service quality in NHS hospitals*. Journal of Management in Medicine, Vol. 9, No. 1, p.p. 66-74

Zeithaml V., Parasuraman A., Berry L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perception and Expectations*. New York: The Free Press

Zhu F.X., Wymer W.J., Chen I. (2002). *IT-based services and service quality in consumer banking*. *International Journal of Service Industry Management*, Vol.13, No.1, pp. 69-90



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Επιστημονικό Συμβούλιο  
Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ  
Αριθ. Πρωτ. 14  
Ημερομηνία 15/5/2017

Απόσπασμα πρακτικών Ε.Σ.  
6ης Συνεδρίασης 10/04/2017

6<sup>η</sup> Συνεδρίαση 10/04/2017  
Θέμα 4<sup>ο</sup>: «Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας»

Το Ε.Σ. λαμβάνοντας υπόψη την αρ. πρωτ. 6233/16-3-2017 αίτηση του Οικονόμου Νικόλαου, Μεταπτυχιακού Φοιτητή Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου για άδεια συλλογής δεδομένων με χρήση ερωτηματολογίου για διεξαγωγή έρευνας στο Νοσοκομείο μας

**Ομόφωνα εγκρίνει**

Την άδεια συλλογής δεδομένων για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, με θέμα «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας».

Ο Πρόεδρος Ε.Σ.

ΛΙΑΚΟΥΡΑΣ ΑΝ.  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ  
ΛΙΑΚΟΥΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ  
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΥ  
Α.Μ. ΤΕΛΕΩΣ 1027 - ΑΔΙΚΑ 3105502418

Για την ακρίβεια  
Η Γραμματέας

Β. Λιάκη

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

Οικονόμου Νικόλαος  
ΠΕ Διοικητικού Οικονομικού  
Μεταπτυχιακός Φοιτητής  
Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου  
Εξαμίλια Κορινθίας, ΤΚ 20 100  
Τηλ. 6945 245136

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ  
ΚΟΡΙΝΘΟΥ

**ΘΕΜΑ: “Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας”**

Αξιότιμα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου,

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα: *«Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας: Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου»*. Επιβλέπων καθηγητής είναι η Δρ. Επιφανίου Ελένη, Ψυχολόγος Υγείας (CPsychol) και ακαδημαϊκός υπεύθυνος η κ. Καϊτελίδου Δάφνη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Για τη συλλογή των δεδομένων της διπλωματικής μου εργασίας θα πραγματοποιηθεί μια συγχρονική μελέτη με χρήση εξειδικευμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο θα απευθύνεται σε χρήστες υπηρεσιών (ασθενείς) του νοσοκομείου σας. Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συλλογή δεδομένων για τη διεξαγωγή της έρευνας στο χώρο του νοσοκομείου σας.

Επισημαίνω ότι για τη συγκεκριμένη μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο και τους συμμετέχοντες. Διαβεβαιώνεται ότι θα διασφαλισθεί η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών δεδομένων των ατόμων που θα δεχθούν να συμμετέχουν στην έρευνα, καθώς και ότι θα τηρηθούν οι γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας όπως αρμόζει.

Επισυνάπτω σύντομο πρωτόκολλο της μελέτης το οποίο περιλαμβάνει την μεθοδολογία της έρευνας (σκοπός, επιμέρους στόχοι, ερευνητικά ερωτήματα, μέθοδος-εργαλείο συλλογής δεδομένων, συμμετέχοντες, χρονοδιάγραμμα και θέματα δεοντολογίας), το ερωτηματολόγιο, το πληροφοριακό έντυπο συμμετεχόντων, το ενημερωτικό δελτίο και το έντυπο συγκατάθεσης συμμετέχοντα.

Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες, παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε με τον αιτούντα Οικονόμου Νικόλαο (27410 36190, 6945 245136).

Με εκτίμηση

Οικονόμου Νικόλαος

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ποιότητας έχει προκαλέσει πολλές διαμάχες στην προσπάθεια κατανόησης και αποσαφήνισης ποικίλων φαινομένων, με αποτέλεσμα την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες (Οικονομοπούλου και συν., 1999; Οικονομοπούλου, 1991; Onretveit, 1990; Black, 1990). Ωστόσο, ο ορισμός που χρησιμοποιείται ευρύτατα είναι ο εξής: «η ποιότητα να ικανοποιεί ή να υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lidsay, 2002). Ο Donabedian, ως πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας, καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης και όρισε την ποιότητα ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, σκεπτόμενοι όλα τα οφέλη και τις απώλειες που πρόκειται να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης» (Harteloh, 2004; Θεοδωρακιόγλου & Τσιότρας, 2000). Σήμερα, αν και η συμβολή του Donabedian στη βελτίωση της ποιότητας είναι υψηλή, ο κλασσικός ορισμός του τείνει να θεωρηθεί στατικός και κατευθύνεται, όπως και στο τομέα των επιχειρήσεων, προς μια συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Μεταξύ των διαφορετικών ποιοτικών προσεγγίσεων, έχει παρατηρηθεί μια σαφής προτίμηση, σε καθολικό επίπεδο, για υιοθέτηση των αρχών διασφάλισης της ποιότητας στο τομέα της υγείας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας - ΔΟΠ (Total Quality Management - TQM) έχει θεωρηθεί ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης (Οικονομοπούλου et al., 1995). Ακολουθώντας τα θεαματικά αποτελέσματά της χρήσης της ΔΟΠ στις επιχειρήσεις, η φιλοσοφία της έχει βαθμιαία περάσει στον τομέα της υγείας (Short & Rahim, 1995). Ωστόσο, λόγω της έντονης κρίσης που παρουσιάζεται στον συγκεκριμένο τομέα, έχει παρατηρηθεί ότι η φιλοσοφία της ΔΟΠ έχει εφαρμοστεί σε μικρό βαθμό στον χώρο των νοσοκομείων συγκριτικά με αυτόν των επιχειρήσεων.

Ο δημόσιος τομέας αποτελεί αδιαμφισβήτητα τη διάσταση εκείνη που απαιτεί την ύπαρξη δομών και μηχανισμών που να εξασφαλίζουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών. Η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας καθίσταται επιτακτικότερη στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στα δημόσια νοσοκομεία εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας, το οποίο εντάσσεται κατά βάση στα δημόσια αγαθά (Δίκαιος και συν., 1999). Συνεπώς, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα αποτελεί παγκοσμίως κυρίαρχο ζήτημα, καθώς πρόκειται για ένα θέμα με πολλές διαστάσεις όπως δεοντολογικές, επιστημονικές, οικονομικές, τεχνικές και διαχειριστικές, το οποίο απασχολεί τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας, τις διοικήσεις των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων, τους ακαδημαϊκούς, τις κυβερνήσεις καθώς και τους πολίτες και την κοινωνία γενικότερα.

Επιπλέον, το θέμα της ΔΟΠ στα δημόσια νοσοκομεία διατηρεί έντονο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον εξαιτίας των πολλών ιδιαιτεροτήτων τους συγκριτικά με τους υπόλοιπους οργανισμούς και επιχειρήσεις, οι οποίες προκύπτουν τόσο από το είδος και τη δραστηριότητά τους, όσο και από τη νομική τους μορφή (Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου). Οι ιδιαιτερότητες αυτές συνοψίζονται στον τρόπο οργάνωσης, δομής διοίκησης και λειτουργίας, στην αυξημένη κρατική παρέμβαση, στην αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος τις αποφάσεις σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στην ένταση της εργασίας ως κύριο χαρακτηριστικό των μονάδων υγείας, στο ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τη μεγάλη ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας, στο διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στον τομέα της υγείας, στην κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας, στο συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην έντονη και καθολική απαίτηση της κοινωνίας για ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Δίκαιος και συν. 1999, Λιαρόπουλος, 2007).

Στη σημερινή εποχή, τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν μια διπλή πρόκληση: την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για παροχή ολοένα και πιο ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών, καθώς και τη μείωση του διαρκώς αυξανόμενου κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας. Σημείο κλειδί για την επιτυχή αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων αποτελεί η ΔΟΠ και η υιοθέτηση των αρχών, των τεχνικών και των μεθόδων (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999), καθώς μπορεί να λειτουργήσει ως: (α) εργαλείο για την εφαρμογή ορθολογικών διαδικασιών, με την αποδοχή και την υποστήριξη τόσο της διοίκησης όσο και των εργαζομένων, διασφαλίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την

ικανοποίηση των χρηστών, (β) μέσο για την εφαρμογή αποτελεσματικότερης διαχείρισης ώστε παράλληλα με την ικανοποίηση των χρηστών να διασφαλίζεται η άριστη δυνατή αξιοποίηση των πόρων με έλεγχο του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας και (γ) εχέγγυο καλής λειτουργίας προς το κοινωνικό σύνολο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την πολιτεία (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003). Εξάλλου, λαμβάνοντας υπόψη τη θεωρία σχετικά με το κόστος της ποιότητας, η καλή ποιότητα έχει άμεση επίδραση στο κόστος, ή με άλλα λόγια η καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συμβάλει σημαντικά στη μείωση του κόστους, ενώ αντίθετα η κακή ποιότητα κοστίζει ακριβά.

Τα νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετους και πολύπλοκους οργανισμούς, που λειτουργούν σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στο οποίο πρέπει κάθε φορά να προσαρμόζονται, προκειμένου να ανταποκρίνονται στην απαίτηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η διάκριση των οργανισμών αυτών, με βάση τη νομική τους μορφή κατέχει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο λειτουργίας τους, στη θέσπιση των σκοπών με τους οποίους δικαιολογούν την ύπαρξή τους και στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η άσκηση του management. Αναφορικά με τους σκοπούς που διέπουν τη λειτουργία τους, οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν ως μοναδικό στόχο τη μεγιστοποίηση των κερδών μέσω της αύξησης των πωλήσεων, στην οποία κυρίαρχο ρόλο έχει η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ώστε να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες και απαιτήσεις του πελάτη, λειτουργώντας στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς όντας ελεγχόμενη από της δυνάμεις αυτής. Αντίθετα, οι στόχοι των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πιο ακαθόριστοι και αναφέρονται γενικά στην ισότητα και τη δικαιοσύνη στη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ υφίσταται κρατικός έλεγχος που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε πολιτικές δυνάμεις.

Ως συνέπεια των παραπάνω, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας εξυπηρετεί με διαφορετικό τρόπο την κάθε είδους μονάδα υγείας, ενώ διαφαίνεται να είναι κρίσιμης και επιτακτικής σημασίας και στις δύο περιπτώσεις. Στις ιδιωτικές μονάδες υγείας, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας δεν παρουσιάζει ουσιαστικά διαφορές με αυτή που ασκείται σε κάθε είδους ιδιωτική εταιρεία παροχής υπηρεσιών εκμεταλλευόμενη όλα εκείνα τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από την δομή, το καθεστώς λειτουργίας και γενικά όλους τους κανόνες που διέπουν την έννοια της ελεύθερης αγοράς. Αντίθετα, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας στις δημόσιες μονάδες υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον λόγω

του ιδιαίτερου καθεστώτος στο οποίο λειτουργούν και το οποίο θέτει αρκετά εμπόδια και δυσκολίες για την αποτελεσματική άσκηση της.

Η σημασία της ΔΟΠ και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στις δημόσιες μονάδες υγείας, εκτός των άλλων, αναφέρεται κυρίως στη βέλτιστη ανταπόκριση στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των πολιτών-πελατών, καθώς και στην ορθολογικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων προκειμένου να επιτευχθεί αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και κατά επέκταση μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία ειδικά σε περιόδους ύφεσης είναι κρίσιμης σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία της εκάστοτε μονάδας, καθώς υφίσταται εκ των πραγμάτων η αναγκαστική περικοπή των δαπανών υγείας. Με άλλα λόγια τα κίνητρα που ωθούν τους δημόσιους οργανισμούς υγείας και ειδικότερα τα δημόσια νοσοκομεία (που αποτελούν το μεγαλύτερο υποσύστημα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας) στην εφαρμογή της ΔΟΠ μπορούν να καταγραφούν ως το αποτέλεσμα της πίεσης των πολιτών-ασθενών, μια ευκαιρία μείωσης των δαπανών υγείας ή μια απαίτηση από τις αυξανόμενες πιέσεις του προϋπολογισμού, ανάγκη για αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των δημοσίων υπαλλήλων που απασχολούνται στους οργανισμούς αυτούς, το ενδιαφέρον των τοπικών αρχών αλλά και της εκάστοτε κυβέρνησης για αποτελεσματικότερη διοίκηση, καθώς και η πορεία των διεθνών τάσεων που αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση.

Ωστόσο, παρά όλους αυτούς τους παράγοντες που καθιστούν την εφαρμογή της ΔΟΠ αναγκαία, παρατηρείται ο ρυθμός καθιέρωσης των πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας να είναι αργός έως και ανύπαρκτος σε ορισμένες περιπτώσεις. Αυτό οφείλεται τόσο σε παράγοντες που απορρέουν από το καθεστώς λειτουργίας των δημόσιων μονάδων υγείας όσο και σε παράγοντες που σχετίζονται με την ΔΟΠ ως οργανωσιακή αλλαγή. Από τη μια, τα εμπόδια και οι δυσκολίες που εμφανίζονται λόγω της νομικής μορφής των οργανισμών αυτών και του καθεστώτος λειτουργίας τους, αναφέρονται στην έλλειψη ελευθερίας να ενεργούν αυθαίρετα, στην αυξημένη γραφειοκρατία, στο ότι παραδοσιακά οι αποφάσεις των διοικούντων βασίζονταν στην ανάλογη νομοθεσία, στους περιορισμένους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, ειδικά σε περιόδους ύφεσης όπως αυτή που διανύεται από το 2008 έως και σήμερα, καθώς και στη δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία του προσωπικού αλλά και των ανώτερων και ανώτατων στελεχών από τη άποψη ότι έχουν την πολιτική στήριξη. Από την άλλη, η άσκηση της ΔΟΠ προϋποθέτει τη μετάβαση από μια κατάσταση πραγμάτων σε μια άλλη και επομένως αποτελεί μια οργανωσιακή αλλαγή που απαιτεί την προσαρμογή και την επανατοποθέτηση ενός ατόμου ή μιας ομάδας σε ένα νέο περιβάλλον, γεγονός που οδηγεί σε



ποικίλες αντιδράσεις, προβλήματα και εμπόδια για την αποτελεσματική άσκησή της. Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στην έλλειψη της εκπαίδευσης, στην αδυναμία για ομαδική συνεργασία, στην έλλειψη πίστης στην αξία της διαδικασίας, στην έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση αλλά και από τους ειδικούς, στα αντικρουόμενα συμφέροντα, στην έλλειψη συμμετοχής του προσωπικού, στην έλλειψη ηγεσίας, στην έλλειψη των διαδικασιών υποκίνησης του προσωπικού κ.α.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, η βιβλιογραφία καταγράφει μια λίστα σημαντικών παραγόντων επιτυχούς άσκησης ΔΟΠ σε δημόσιους οργανισμούς όπως τα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν ώστε να ξεπεραστούν οι τυχόν δυσκολίες και προβλήματα και τελικά να προκύψει μια επιτυχημένη εφαρμογή της ΔΟΠ. Έτσι, σύμφωνα με τον Fryer et al. (2007) οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στη δέσμευση της ηγεσίας, στην ικανότητα διοίκησης των πελατών, των προμηθευτών και των διαδικασιών, στην ομαδική εργασία, στην επικοινωνία, στη συνεχή αποτίμηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση της ποιότητας, στην συνεχιζόμενη κατάρτιση και εκπαίδευση, στην ενδυνάμωση των εργαζομένων, στην ύπαρξη σκοπών και αντικειμενικών στόχων, στην αναγνώριση και το σύστημα ανταμοιβών, στην αποτελεσματική χρήση της τεχνολογίας, στην αλλαγή κουλτούρας, στη συνειδητοποίηση της κοινωνική ευθύνη, στην αναγνώριση του ρόλου του τμήματος ποιότητας, καθώς και στην κατανόηση των αρχών και της φιλοσοφίας της ΔΟΠ.

Η μέτρηση της ποιότητας και κατά επέκταση ο εντοπισμός των προβλημάτων ποιότητας δεν έχει παγιωθεί ως αναπόσπαστο στοιχείο της ΔΟΠ στην πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων, σε αντίθεση με το διεθνή χώρο. Συνεπώς, η σημασία της συγκεκριμένης έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι θα συνδράμει τη Διοίκηση του νοσοκομείου και τους επαγγελματίες υγείας στην αναγνώριση της υφιστάμενης κατάστασης αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, στον εντοπισμό των προβλημάτων ποιότητας των υπηρεσιών αυτών, καθώς και στο έργο της αναζήτησης λύσεων στα προβλήματα ποιότητας που εντοπίστηκαν, προκειμένου τελικά να επιτευχθεί η βελτίωση-αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ως ένας εκ των υφιστάμενων σκοπών και στόχων των νοσοκομείων ως οργανισμών.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών, τεχνικών και μεθόδων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Ειδικότερα, οι στόχοι που η έρευνα αποσκοπεί να επιτύχει είναι:

- Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, στηριζόμενη στις απόψεις των χρηστών (ασθενών)
- Η διάγνωση των προβλημάτων και των ελλείψεων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου, καθώς και στις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές)

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται με βάση τους παραπάνω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης και είναι τα εξής:

- α) Ποιες είναι οι απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου;
- β) Πώς λαμβάνονται και αξιολογούνται από τους χρήστες οι παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου;
- γ) Ποια είναι τα προβλήματα και οι ελλείψεις ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου, καθώς και στις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες;

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι ποιοτική και στόχος της είναι να διερευνήσει συγκεκριμένα ερωτήματα. Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας με τη χρήση της συνέντευξης ως εργαλείο συλλογής πληροφοριών θεωρήθηκε η καταλληλότερη, δεδομένου ότι η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί», ερωτήματα που απασχολούν και τη συγκεκριμένη έρευνα (Ιωσηφίδης, 2003). Επίσης, η μελέτη βάθους που συνεπάγεται η ποιοτική έρευνα οδηγεί στη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλαπλές πτυχές των υπό έρευνα περιπτώσεων, διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό και τη

διαδικασία ανάπτυξης και αποσαφήνισης εννοιολογικών κατηγοριών (Κυριαζή, 1999). Στόχος της ποιοτικής διερεύνησης δεν αποτελεί απλά η περιγραφή μιας στάσης ή μιας συμπεριφοράς, αλλά η ολιστική κατανόηση. Η ποιοτική έρευνα διερευνά την εμπειρία των ατόμων και τα υποκειμενικά νοήματα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο (context) στο οποίο εγγράφεται. Χαρακτηριστικά της ποιοτικής προσέγγισης είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, η ανάλυση λόγου ή/και κειμένων.

Η συλλογή των δεδομένων επιλέχτηκε να γίνει με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου και με την τεχνική της προσωπικής ημι-δομημένης συνέντευξης (face to face interview). Η συνέντευξη αποτελεί βασικό εργαλείο ποιοτικής έρευνας, το οποίο παρέχει στον ερευνητή πολλές δυνατότητες διερεύνησης των θεμάτων που τον απασχολούν. Επιπλέον, μπορεί να εμβαθύνει και να φθάσει σε σημεία, στα οποία άλλα εργαλεία είναι δύσκολο να προσεγγίσουν, αποτελώντας εκείνο το εργαλείο, το οποίο επιτρέπει στον ερευνητή να διερευνήσει σκέψεις, αξίες, προκαταλήψεις, στάσεις, συναισθήματα, εμπειρίες, απόψεις και αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων ελεύθερα και σε βάθος (Αβραμίδης & Καλυβά, 2006; Ιωσηφίδης, 2003; Wellington, 2000). Η ποιοτική ημι-δομημένη συνέντευξη είναι ένα ευέλικτο και δυναμικό εργαλείο, το οποίο είναι μη κατευθυντικό, μη αυστηρά δομημένο και τυποποιημένο, με ερωτήσεις που επιδέχονται ανοιχτού τύπου απαντήσεις. Η συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο έχει σαν στόχο ο ερευνητής να κατανοήσει την προοπτική και στάση του ερωτώμενου για το προς διερεύνηση θέμα και να ακούσει τις εμπειρίες του μέσα από τα δικά του λόγια.

Η επιλογή του δείγματος της μελέτης θα πραγματοποιηθεί με σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling), καθώς θα πρέπει να αποτελείται από άτομα τα οποία έχουν κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση και διαθέτουν εμπειρία προκειμένου να μπορούν να αποδώσουν σε βάθος απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερευνητή. Για την ποιοτική έρευνα το δείγμα θα αποτελείται από ασθενείς, δε χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο (εκτιμάται να είναι μεταξύ 12-15 ατόμων), ωστόσο πρέπει να είναι κατάλληλο, να διαθέτει τη γνώση και τη θέληση για τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι συνεντεύξεις θα πραγματοποιηθούν εντός του νοσοκομείου κατόπιν προσυμφωνημένου και προκαθορισμένου ραντεβού με τους συνεντευξιαζόμενους.

### **Εργαλεία συλλογής δεδομένων**

Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί ένα ερωτηματολόγιο, με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου (open ended questions), το οποίο θα απευθύνεται στους χρήστες των υπηρεσιών (ασθενείς) του νοσοκομείου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δεκαεπτά (17) ερωτήσεις, οι οποίες είναι χωρισμένες σε τρεις (3) ενότητες:

1. Δημογραφικά Στοιχεία (8 ερωτήσεις)
2. Διαδικασίες εισαγωγής (3 ερωτήσεις)
3. Προσφερόμενες υπηρεσίες (6 ερωτήσεις)

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου έγινε από τον βασικό ερευνητή, υπό την επίβλεψη του επόπτη της εργασίας, και στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και σε ερωτήσεις από εργαλεία προηγούμενων ερευνών, ποιοτικών και ποσοτικών (Μαλακέλλη, 2016; Παπαδοπούλου, 2013; Σταυρόπουλος, 2009; Μπέκας, 2005; Βαστάρδη, 2005; Μακρυδημήτρης & Υφαντόπουλος, 2004).

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων θα συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ερευνητή, στο πλαίσιο των συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες. Οι ερωτήσεις που υποβάλλονται στους ερωτώμενους ζητούν την ελεύθερη και απρόσκοπτη έκφραση της γνώμης τους. Για τη συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου απαιτείται χρόνος τριάντα (30) λεπτών, κατά προσέγγιση. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο *Παράρτημα* του Πρωτοκόλλου.

### **Συμμετέχοντες - Χρονοδιάγραμμα**

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου με τη συμμετοχή ατόμων που αποτελούν χρήστες των υπηρεσιών (ασθενείς) του νοσοκομείου.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο θα κατατεθεί προς έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και αφού γίνει δεκτό το αίτημα και χορηγηθεί η άδεια, θα πραγματοποιηθεί έρευνα πεδίου για χρονικό διάστημα δεκαπέντε (15) ημερών.

Η συλλογή των δεδομένων αναμένεται να ξεκινήσει στα μέσα Μαρτίου του 2017 και να ολοκληρωθεί έως το τέλος του ίδιου μηνός.

## ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Δεν θα γίνει καμία αναφορά στα άτομα που θα συμμετάσχουν στην έρευνα σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή της παρουσίας της. Η συμμετοχή θα είναι εθελοντική και δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων.

Η συμμετοχή των ασθενών στη μελέτη θα γίνει μετά από την προφορική και εξατομικευμένη γραπτή ενημέρωση, μέσω του πληροφοριακού έντυπου συμμετεχόντων. Επίσης οι συμμετέχοντες θα λαμβάνουν ένα ενημερωτικό φυλλάδιο το οποίο θα τους ενημερώνει για την έρευνα. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση θα δίδεται μέσω της υπογραφής του έντυπου συγκατάθεσης. Το πληροφοριακό έντυπο συμμετεχόντων, το ενημερωτικό δελτίο και το έντυπο συγκατάθεσης συμμετέχοντα παρουσιάζονται στο *Παράρτημα* του Πρωτοκόλλου.

Θα τηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, ενώ τα τελικά αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στην ακαδημαϊκή κοινότητα, για επιστημονικούς λόγους.

Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ ΕΛΕΝΗ

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ**

- Black, N. (1990). *Quality assurance of medical care*. Journal of Public Health Medicine, 12, pp. 97-104
- Evans, R.J. & Lindsay, M.W. (2002). *The Management and Control of Quality*. 5th South-Western, New York
- Fryer, J.K., Anthony, J., Douglas, A. (2007). *Critical Success Factors of Continuous Improvement in the public Sector. A Literature Review and Some Key Findings*. The TQM Magazine, vol. 19, no 5, p.p. 497-517
- Harteloh, P. (2004). *Understanding the quality concept in health care*. Accred, Quality Assurance, Vol. 9, pp.92-95
- Ovretveit, J. (1990). *What is quality in health services?* Health Services Management, 86, pp. 131-133
- Theodorakiogloy, Y., Tsiotras, G. (2000). *The need for the introduction of quality management into the Greek Healthcare*. Total quality management, Vol., 11, No 8, pp. 1153-1165
- Wellington, J. (2000). *Educational Research. Contemporary issues and Practical Approaches*. London: Continuum
- Αβραμίδης, Η., Καλυβά, Ε. (2006). *Μέθοδοι Έρευνας στην Ειδική Αγωγή: Θεωρία και Εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση
- Αλεξιάδης, Α., Σιγάλας, Ι. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και Προκλήσεις: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Τόμος Δ', Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα
- Βαστάρδη, Μ. (2005). *Ποσοτικές μέθοδοι ποιότητας υπηρεσιών υγείας*. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πειραιάς
- Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική

- Κυριαζή, Ν. (1999). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Μακρυδημήτρης, Α., Υφαντόπουλος, Ι. (2004). *Έρευνα για τη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και του παιδιατρικού νοσοκομείου Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού*. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Παιδιατρικό Νοσοκομείο Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού, Αθήνα
- Μαλακέλλη, Κ. (2016). *Η ανίχνευση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών του Management ολικής ποιότητας σε δημόσιο νοσοκομείο: Η περίπτωση του νοσοκομείου Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Μ.Δ.Ε.), Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος
- Μπέκας, Π. (2005). *Διερεύνηση επιπτώσεων εφαρμογής Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας κατά ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 στον ελληνικό δημόσιο τομέα της Υγείας*. Τελική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Αθήνα
- Οικονομοπούλου, Χ. (1991). *Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας στα Ελληνικά Νοσοκομεία*. Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος, pp. 29-34
- Οικονομοπούλου, Χ., Αναγνώστου-Κακαρά, Ε., Λιαρόπουλος, Λ. (1999). *Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί*. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Vol. 44 N.1, pp.61-69
- Οικονομοπούλου, Χ., Πολύζος, Ν., Μεράκου, Κ., Σούλης, Σ. (1995). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα*. Επιθεώρηση Υγείας, 6(1) 32
- Παπαδοπούλου, Σ. (2013). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις μονάδες υγείας και διάγνωση προβλημάτων ποιότητας: Η περίπτωση του Γ.Ν. Παπαγεωργίου*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Θεσσαλονίκη

Ραφτόπουλος, Β., Οικονομοπούλου, Χ. (2003). *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Τόμος 48, Τεύχος 2, σελ. 84-94



# **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

## **ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ΔΟΠ) ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ**

**ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2017**

---

## A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

---

### 1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

---

### 2. ΦΥΛΟ

Άνδρας

Γυναίκα

### 3. ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)

18 έως 30

31 έως 40

41 έως 50

51 έως 60

άνω των 60

### 4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

### 5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Βασική Εκπαίδευση

Πτυχίο Α.Ε.Ι.

Πτυχίο Τ.Ε.Ι.

Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό

### 6. ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ/ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

Ελληνική

Άλλη

### 7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Παθολογική

Μαιευτική

Χειρουργική

Καρδιολογική

Ουρολογική

ΜΕΘ

Ορθοπαιδική

ΤΕΠ

### 8. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Ναι

Όχι

---

## B. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

---

9. Ποιες είναι οι εμπειρίες σας αναφορικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης στη διαδικασία εισαγωγής (π.χ. χρόνος εισαγωγής, ενημέρωση χρόνου αναμονής, ύπαρξη προβλημάτων καθυστέρησης);

---

---

---

---

---

---

---

10. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου στη διαδικασία εισαγωγής;

---

---

---

---

---

---

---

11. Πώς κρίνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου σχετικά με τον τομέα της ενημέρωσης (π.χ. χώρος υποδοχής, ύπαρξη σημείων ενημέρωσης, δυνατότητα επικοινωνίας με προσωπικό του νοσοκομείου);

---

---

---

---

---

---

---

---

## Γ. ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

---

12. Είστε ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο;

---

---

---

---

---

13. Πώς αξιολογείτε τη νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο;

---

---

---

---

---

14. Ποιες είναι οι εντυπώσεις σας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου;

---

---

---

---

---

15. Οι υπηρεσίες του νοσοκομείου ικανοποίησαν τις προσδοκίες σας;

---

---

---

---

---

**16. Ποια η γνώμη σας για τις υποδομές του νοσοκομείου (π.χ. επάρκεια κλινών, σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κ.ά.);**

---

---

---

---

---

**17. Παρατηρήσατε κάποια προβλήματα ή ελλείψεις;**

---

---

---

---

---

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Καλείστε να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα που αφορά τη «*Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας: Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου*». Για να αποφασίσετε κατά πόσο θα συμμετάσχετε ή όχι, είναι σημαντικό να κατανοήσετε τους λόγους για τους οποίους γίνεται η συγκεκριμένη έρευνα και τι θα περιλαμβάνει. Παρακαλώ όπως αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας, ώστε να διαβάσετε τις πληροφορίες που ακολουθούν. Εάν θέλετε, μιλήστε με άλλους για αυτή την έρευνα. Η συμμετοχή σας έχει ιδιαίτερη σημασία αφού μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τη διαμόρφωση προτάσεων σχετικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων ποιότητας που θα εντοπιστούν, έτσι ώστε να επέλθει βελτίωση στη διαχειριστική διαδικασία και κατά επέκταση αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

### **Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας;**

Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, καθώς και η διάγνωση των προβλημάτων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου και στις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές).

### **Γιατί μου έχει ζητηθεί να συμμετάσχω;**

Σας έχει ζητηθεί να συμμετάσχετε καθώς μπορείτε να δώσετε σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες εισαγωγής και τις προσφερόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου.

### **Πρέπει να συμμετάσχω;**

Όχι, η απόφαση για τη συμμετοχή σας ή όχι εξαρτάται αποκλειστικά από εσάς. Εάν αποφασίσετε να λάβετε μέρος, θα σας δοθεί το παρόν ενημερωτικό έντυπο και θα σας ζητηθεί να υπογράψετε έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή σε επιστημονική έρευνα. Σε περίπτωση που επιθυμείτε να αποχωρήσετε, έχετε κάθε δικαίωμα να το πράξετε, σε οποιοδήποτε χρόνο και χωρίς να δώσετε τον λόγο της απόφασής σας. Η απόφασή σας να μην συμμετάσχετε ή να αποχωρήσετε από την έρευνα δεν θα επηρεάσει αρνητικά, την φροντίδα που πιθανόν να λαμβάνετε.

### **Τι θα συμβεί εάν λάβω μέρος στην έρευνα;**

Εάν λάβετε μέρος, θα σας ληφθεί συνέντευξη σε χρόνο και τόπο που εσείς το επιθυμείτε. Η συνέντευξη δεν θα διαρκέσει περισσότερο από τριάντα (30) λεπτά.

Το έντυπο συγκατάθεσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σκοπούς επικοινωνίας μαζί σας σε περίπτωση που επιθυμείτε να λάβετε γνώση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

### **Ποια είναι τα πιθανά οφέλη από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;**

Μπορεί ή μπορεί και όχι, να λάβετε άμεσα οφέλη από την συμμετοχή σας στην έρευνα. Παρόλα αυτά, οι πληροφορίες που θα ληφθούν από τη διενέργεια αυτής της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για μια εις βάθος μελέτη σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, τον εντοπισμό των προβλημάτων ποιότητας των υπηρεσιών αυτών, συμβάλλοντος στο έργο της αναζήτησης λύσεων στα προβλήματα ποιότητας που εντοπίστηκαν, ούτως ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση-αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομείων.

### **Ποια είναι τα πιθανά μειονεκτήματα και οι κίνδυνοι από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;**

Οι συμμετέχοντες μπορεί να επηρεαστούν συναισθηματικά και να νοιώσουν αναστάτωση κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, καθώς μπορεί να ανακαλέσουν διαδικασίες και αρνητικά συναισθήματα που προέκυψαν από την χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου ή/και την παραμονή του στο νοσοκομείου.

### **Τι θα γίνει όταν η έρευνα ολοκληρωθεί;**

Όταν η έρευνα ολοκληρωθεί, τα αποτελέσματα θα αναλυθούν με τη χρήση ποιοτικών μεθόδων ανάλυσης.

### **Η συμμετοχή μου στην έρευνα θα διατηρηθεί εμπιστευτική;**

Όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα διατηρηθούν εμπιστευτικές και θα φυλαχθούν σε ασφαλές μέρος για δύο χρόνια. Υπάρχει αυστηρή νομοθεσία που διασφαλίζει τα προσωπικά σας δεδομένα και την ανωνυμία σας, σε όλη τη διάρκεια της έρευνας. Το όνομά σας θα διαγραφεί από τα δεδομένα ώστε να μην είστε αναγνωρίσιμοι (θα γίνει κωδικοποίηση). Το μόνο άτομο που θα έχει πρόσβαση στα δεδομένα θα είναι ο ερευνητής. Όμως, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι θα μπορείτε να αποσυρθείτε από την διαδικασία της έρευνας πριν την ανάλυση των δεδομένων. Εάν επιθυμείτε να αποσυρθείτε μετά την ανάλυση των δεδομένων, τότε σας ενημερώνουμε ότι οι απαντήσεις σας δεν μπορούν να ακυρωθούν. Όλες οι πληροφορίες σχετικά με εσάς θα παραμείνουν πλήρως εμπιστευτικές. Η απομαγνητοφώνηση της συνέντευξής σας θα διατηρήσει τον κωδικό εμπιστευτικότητας.

### **Τι θα γίνει με τα αποτελέσματα της έρευνας;**

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά και θα παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα είναι επίσης διαθέσιμες στους συμμετέχοντες στην έρευνα, σε περίπτωση που επιθυμούν να λάβουν γνώση των αποτελεσμάτων της.

### **Ποιος διοργανώνει την έρευνα και γιατί;**

Η έρευνα διενεργείται μέσα στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

### **Ποιος επιβλέπει την έρευνα;**

Την έρευνα επιβλέπει η Δρ. Ελένη Επιφανίου, Ψυχολόγος Υγείας, ενώ ζητήθηκε άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου για τη διεξαγωγή της έρευνας.

**Εάν έχετε οποιεσδήποτε περαιτέρω ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα, παρακαλώ όπως επικοινωνείτε με τον ερευνητή Οικονόμου Νικόλαο (6945 235136).**

**Σας ευχαριστώ για το χρόνο που αφιερώσατε προς ανάγνωση αυτού του πληροφοριακού εντύπου.**



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

Αριθμός Αναφοράς:

Όνομα συμμετέχοντα ή μοναδικός αναγνωριστικός αριθμός:

Τίτλος Έρευνας: *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας:*

*Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου*

Όνομα Ερευνητή: *Οικονόμου Νικόλαος*

---

**Να συμπληρωθεί από τον συμμετέχοντα: Παρακαλώ τσεκάρετε κάθε κουτί**

1. Επιβεβαιώνω ότι διάβασα και κατανόησα το έντυπο ενημέρωσης της πιο πάνω έρευνας. Είχα την ευκαιρία να εξετάσω τις πληροφορίες, να κάνω ερωτήσεις και αυτές απαντήθηκαν ικανοποιητικά.
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να αναφέρω τον λόγο.
3. Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να συμμετέχω στην πιο πάνω έρευνα.

---

Υπογραφή Συμμετέχοντα

Ημερομηνία

---

Όνομα ατόμου που λαμβάνει τη συγκατάθεση

Ημερομηνία

*\* Όταν συμπληρωθεί, 1 αντίγραφο στον συμμετέχοντα & 1 αντίγραφο στο αρχείο του ερευνητή*

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

## Οργανόγραμμα Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου

