

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**"Εφαρμογή καλών πρακτικών για τη βελτίωση της  
ποιότητας στην Μονάδα Υγείας-ΠΕΔΥ Έδεσσας"**

**Βλαδίκια Αικατερίνη**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**Τσιότρας Γεώργιος**

**Θεσσαλονίκη**

**Απρίλιος, 2016**

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**"Εφαρμογή καλών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας στην  
Μονάδα Υγείας -ΠΕΔΥ Έδεσσας"**

Βλαδίκια Αικατερίνη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Τσιότρας Γεώργιος

Θεσσαλονίκη

Απρίλιος, 2016

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
SUMMARY	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	9
1.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	10
1.2 Η σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	15
1.2.1 Ποιότητα στο χώρο της υγείας και ασφάλεια ασθενών	15
1.2.2 Ποιότητα στο χώρο της υγείας και οργανωσιακή επίδοση μονάδων υγείας	17
1.2.3 Ποιότητα στο χώρο της υγείας και ικανοποίηση ασθενών	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.1 Το ΠΕΔΥ Έδεσσας στο πλαίσιο της ΠΦΥ	22
2.2 Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του ΠΕΔΥ Έδεσσας	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	29
3.1 Μέθοδος της έρευνας	30
3.2 Μεθοδολογικό εργαλείο	30
3.3 Δείγμα της έρευνας	32
3.4 Διεξαγωγή της έρευνας	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	34
4.1 Περιγραφική στατιστική	35
4.2 Επαγωγική στατιστική	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	62
5.1 Συμπεράσματα της έρευνας	63
5.2 Προτάσεις πρακτικής εφαρμογής	68
5.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72

## ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας στις μονάδες υγείας _____	27
Πίνακας 2. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο στο ΠΕΔΥ Έδεσσας υπάρχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών _____	44
Πίνακας 3. Συχνότητες και ποσοστά απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το αν χρησιμοποιούν δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας _____	46
Πίνακας 4. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με την ύπαρξη συγκεκριμένων παραμέτρων στο ΠΕΔΥ Έδεσσας _____	49
Πίνακας 5. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το βαθμό συμφωνίας / διαφωνίας τους σχετικά με παραμέτρους που αφορούν το ΠΕΔΥ Έδεσσας. _____	51
Πίνακας 6. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το βαθμό στον οποίον θεωρούν ότι θα πρέπει να υπάρξουν βελτιώσεις στο ΠΕΔΥ Έδεσσας _____	53
Πίνακας 7. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το βαθμό στον οποίον θεωρούν ότι συγκεκριμένες πρακτικές θα συμβάλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας _____	55
Πίνακας 8. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με τη σημαντικότητα παραγόντων ως προς τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας _____	56
Πίνακας 9. Διαφοροποίηση απόψεων ερωτηθέντων με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά _____	57

## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων _____	35
Γράφημα 2. Ηλικία ερωτηθέντων _____	36

Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων _____	37
Γράφημα 4. Ειδικότητα ερωτηθέντων _____	38
Γράφημα 5. Καθεστώς απασχόλησης ερωτηθέντων _____	39
Γράφημα 6. Έτη προϋπηρεσίας ερωτηθέντων _____	40
Γράφημα 7. Βαθμός στον οποίο οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν _____	45

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διατριβή θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν στη διαδικασία εκπόνησής της.

Αρχικά θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή αυτής της διατριβής. κ. Τσιότρα Δ. Γεώργιο, Καθηγητή του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας Θεσσαλονίκης και του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" του ΑΠΚΥ, για την καθοδήγηση και τη βοήθεια του κατά τη συγγραφή της διατριβής μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διευθυντή της Μονάδας ΠΕΔΥ Εδέσσης κ. Λαμπρόπουλο Αθανάσιο για την έγκριση διεξαγωγής της έρευνάς μου καθώς και τους εργαζόμενους του ΠΕΔΥ Εδέσσης που διέθεσαν το χρόνο τους στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνάς μου.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς τον σύντροφο της ζωής μου Δήμο για την συνεχή συμπαράσταση, την υπομονή και την πίστη του σε εμένα καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες είναι προσδιοριστικός παράγοντας της προαγωγής της υγείας των πολιτών, της βελτίωσης των μονάδων υγείας, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το καλύτερο μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας της υγείας και μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας στις μονάδες υγείας και πιο συγκεκριμένα στο ΠΕΔΥ Έδεσσας, το οποίο έχει επιλεγεί ως μελέτη περίπτωσης.

**Μεθοδολογία:** Για τους σκοπούς αυτής της έρευνας θα χρησιμοποιηθεί η πρωτογενής και η δευτερογενής έρευνα. Η πρωτογενής έρευνα θα στηριχθεί σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που θα σχεδιαστεί από την ερευνήτρια με βάση προηγούμενες μελέτες και έρευνες και θα διανεμηθεί στους εργαζομένους του ΠΕΔΥ Έδεσσας, ενώ η δευτερογενής έρευνα θα στηριχθεί στη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας.

**Αποτελέσματα:** Η σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έγκειται στο ότι η υγεία είναι το πιο πολύτιμο αγαθό, αλλά και δικαίωμα, του ανθρώπου. Παρόλα αυτά, το ΠΕΔΥ Έδεσσας αντιμετωπίζει προβλήματα σε κρίσιμες περιοχές οργάνωσης και λειτουργίας του. Επίσης, χρησιμοποιούνται ορισμένοι δείκτες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά ο αριθμός τους δεν είναι επαρκής. Τέλος, σε μέτριο βαθμό υπάρχει ευαισθητοποίηση εργαζομένων σε θέματα ποιότητας.

**Συμπεράσματα:** Κρίνεται σημαντική η ευαισθητοποίηση και ενεργός συμμετοχή και δέσμευση των εργαζομένων προς την κατεύθυνση της βελτίωσης και διασφάλισης της ποιότητας, καθώς και η υιοθέτηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας από τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας.

**Λέξεις-κλειδιά:** υπηρεσίες υγείας, ποιότητα, ικανοποίηση ασθενών, καλές πρακτικές, ΠΕΔΥ Έδεσσας

# SUMMARY

**Background:** The quality of health services provided to citizens is a determinant factor of health promotion to citizens, of health facilities improvement, and patient satisfaction. Patient satisfaction is the best measure for evaluating the quality of health and can lead to improved health services.

**Aim:** The aim of this research is to explore good practices for improving quality in health units and more specifically in Edessa Healthcare Unit, which has been selected as a case study.

**Methods:** For the purposes of this study both primary and secondary research will be used. The primary research will be based on a structured questionnaire designed by the researcher based on previous studies and it will be distributed to employees of Edessa Healthcare Unit, while secondary research will be based on the study of the available literature.

**Results:** The importance and need for quality in health care stems from the fact that health is precious and a human right. However, Edessa Healthcare Unit faces problems in key areas of organisation and operation. Moreover, some quality indicators of health services are also used, but their number is not sufficient. Finally, there is moderately awareness of employees on quality issues.

**Conclusions:** The raise of employees' awareness, their active participation and commitment towards quality improvement and assurance, as well as the adoption of TQM from this health unit, are necessary.

**Keywords:** health, quality, patient satisfaction, good practices, Edessa Healthcare Unit



# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## Θεωρητικό υπόβαθρο

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες είναι προσδιοριστικός παράγοντας της προαγωγής της υγείας των πολιτών, της βελτίωσης των μονάδων υγείας, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών. Η ποιότητα ορίζεται ως «η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές, είναι η ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Πολύζος και συν., 2007, σελ. 11). Σύμφωνα με τη Λαζάρου (2005, σελ. 20), «η ποιότητα στο χώρο της υγείας αντανακλά τους σκοπούς και τις αξίες ενός συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, της κοινωνίας και της κυβέρνησης, στα πλαίσια των οποίων αυτό λειτουργεί». Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2002, σελ. 21), το διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον στο χώρο μίας μονάδας υγείας «απαιτεί διαδικασίες ανάλυσης και σύνθεσης ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να είναι επικεντρωμένες στον πελάτη [...] η ποιότητα πρέπει να υποδηλώνεται από το ότι οι υπηρεσίες είναι οι κατάλληλες, παρέχονται με το σωστό τρόπο και επιτυγχάνουν το στόχο τους». Συνεπώς, στόχος των μονάδων υγείας οφείλει να είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Σύμφωνα με τους Μποστανίτη και Τσαλίδου (2010, σελ. 16) «ποιότητα είναι το μέγιστο δυνατό επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, εστιαζόμενο στην ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του, έτσι ώστε να ενσωματώνεται η αποτελεσματικότητα αλλά και το κόστος των υπηρεσιών». Ο Λιαρόπουλος (2010, σελ. 105) υποστηρίζει ότι, «ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα υγείας και εναρμονίζονται με την τρέχουσα ιατρική γνώση». Η ποιότητα στο χώρο της υγείας σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Λαζάρου & Οικονομοπούλου, 2007), την αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου των ατόμων και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Λιαρόπουλος, 2010), τη σχέση κόστους-οφέλους (Ζιάμπα και συν., 2010),

αλλά κυρίως με την ικανοποίηση των ασθενών και τη βελτίωση της υγείας τους (Καλογεροπούλου, 2011; Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014; Lekidou et al., 2007).

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το καλύτερο μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας της υγείας και μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (de Almeida et al., 2015). Η ικανοποίηση «μπορεί να οριστεί ως μια τελική κατάσταση ή ως ένα αποτέλεσμα της εμπειρίας κατανάλωσης ή χρήσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Επίσης, μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία με έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες αντίληψης και αξιολόγησης που την επηρεάζουν». (Πολύζος και συν., 2007, σελ. 11). Η ανάγκη για την έρευνα της ικανοποίησης των ασθενών απορρέει από δύο λόγους, σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2002, σελ. 11): «ο πρώτος είναι ότι οι ασθενείς αποτελούν καταναλωτές υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι έρευνες που αφορούν καταναλωτές είναι βασικές για την αύξηση της αποδοτικότητας, αλλά και για τη βελτίωση μιας υπηρεσίας και ο δεύτερος ότι ο τομέας της φροντίδας υγείας είναι στο μεγάλο του μέρος χρηματοδοτούμενος από το Κράτος».

Για τη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι απαραίτητο να εισαχθούν μέθοδοι και δείκτες για την μέτρηση της ποιότητας, όπως είναι ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός της μονάδας υγείας και οι γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας (Ζιάμπα και συν., 2010, Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012), αλλά και να μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών (Λιαρόπουλος, 2010). Παράλληλα, επισημαίνεται πως, η εισαγωγή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας, η διοίκηση ολικής ποιότητας και η πιστοποίηση μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας (Αγγελοπούλου και συν., 2005, Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012, Shaw et al., 2010).

## **Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας στις μονάδες υγείας και πιο συγκεκριμένα στο ΠΕΔΥ Έδεσσας, το οποίο έχει επιλεγεί ως μελέτη περίπτωσης. Οι επιμέρους στόχοι αυτής της έρευνας είναι οι κάτωθι:

1. Ανάλυση της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

2. Διερεύνηση της σημαντικότητας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας
3. Προσδιορισμός καλών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας στο ΠΕΔΥ Έδεσσας

## **Βασικά ερευνητικά ερωτήματα**

Τα βασικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας τα οποία θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε έχουν ως εξής:

1. Πώς ορίζεται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας;
2. Ποια είναι η σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας;
3. Πώς κρίνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το ΠΕΔΥ Έδεσσας;
4. Ποιες θα μπορούσαν να είναι οι καλές πρακτικές για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει το ΠΕΔΥ Έδεσσας;

## **Προτεινόμενη μεθοδολογία**

Για τους σκοπούς αυτής της έρευνας θα χρησιμοποιηθεί η πρωτογενής και η δευτερογενής έρευνα (Creswell, 2002). Η πρωτογενής έρευνα θα στηριχθεί σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που θα σχεδιαστεί από την ερευνήτρια με βάση προηγούμενες μελέτες και έρευνες και θα διανεμηθεί στους εργαζομένους του ΠΕΔΥ Έδεσσας, ενώ η δευτερογενής έρευνα θα στηριχθεί στη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφία σχετικά με την έννοια της ποιότητας στις μονάδες υγείας και τις καλές πρακτικές που μπορούν να εισαχθούν για την αναβάθμιση της ποιότητας στο ΠΕΔΥ Έδεσσας.

## **Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας**

Η αναγκαιότητα και η σπουδαιότητα της έρευνας αυτής πηγάζει αρχικά από το γεγονός ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους πολίτες συνδέεται άμεσα με την ικανοποίησή τους από αυτές τις υπηρεσίες (Λιαρόπουλος, 2010). Επιπρόσθετα, η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα της μέτρησης της αποτελεσματικότητας της ομάδας υγείας σε όρους θεραπείας, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην εφαρμογή πρακτικών για την αναβάθμιση αυτής της ποιότητας, με στόχο τη βελτίωση του συστήματος υγείας

και της προαγωγής της υγείας των πολιτών (Friesner et al., 2009). Τέλος, η αναγκαιότητα αυτής της έρευνας απορρέει από το γεγονός ότι η βελτίωση της ποιότητας στοχεύει επίσης και στον έλεγχο του κόστους της υγείας (Winter, 2008).

## **Δομή της εργασίας**

Το πρώτο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα αναλύει τη σημασία και την αναγκαιότητα της έμφασης που δίνεται στην ποιότητα στο χώρο της υγείας. Το δεύτερο αναφέρεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο ΠΕΔΥ Έδεσσας στο πλαίσιο της ΠΦΥ και στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του ΠΕΔΥ Έδεσσας. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μέθοδο της έρευνας, παρουσιάζοντας την μεθοδολογική προσέγγιση, το μεθοδολογικό εργαλείο, το δείγμα, τη δεοντολογία, αλλά και τη διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ το πέμπτο συνοψίζει τα συμπεράσματα της έρευνας και κάνει προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

## 1.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Εξαιτίας της υποκειμενικής της φύσης και των μη απτών χαρακτηριστικών της, η ποιότητα είναι πολύ δύσκολο να οριστεί, όπως υποστηρίζουν διάφοροι ερευνητές (π.χ. Buttell et al., 2008, Kapoor, 2011, Mosadeghrad, 2014). Οι ορισμοί που έχουν κατά καιρούς δοθεί διαφέρουν ανάλογα με την οπτική υπό την οποία κάποιος αναλύει την ποιότητα και το περιεχόμενο που δίνεται. Συνεπώς, η ποιότητα έχει οριστεί ως αξία, αριστεία, συμμόρφωση με συγκεκριμένες προϋποθέσεις, συμμόρφωση με τις απαιτήσεις, ανταπόκριση ή / και υπέρβαση των προσδοκιών και των αναγκών των καταναλωτών (Mosadeghrad, 2014).

Ο Τσιότρας (2002, σελ. 15) αναφέρει πως ποιότητα είναι: «τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη», τα χαρακτηριστικά του προϊόντος και το βαθμό στον οποίον αυτά τα χαρακτηριστικά ικανοποιούν συγκεκριμένες προδιαγραφές και συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις του πελάτη, καθώς και «ο πιο σύγχρονος, ενδεδειγμένος, ευέλικτος και αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης μίας επιχείρησης».

Το Institute of Medicine το 1990 έδωσε τον εξής ορισμό για την ποιότητα στην υγεία: η ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίον οι υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων και είναι σύμφωνες με την επαγγελματική γνώση (Buttell et al., 2008, Kapoor, 2011). Σύμφωνα με έναν άλλον ορισμό, η ποιότητα στην υγεία ορίζεται ως η παροχή φροντίδας που υπερβαίνει τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών και επιτυγχάνει τα πιο υψηλά κατά το δυνατόν κλινικά αποτελέσματα με βάση τους διαθέσιμους πόρους, αλλά και τα υφιστάμενα πρότυπα, και η οποία είναι σύμφωνη με την τρέχουσα ιατρική γνώση (Mosadeghrad, 2014). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ότι «η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα», ενώ το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας καθόρισε ότι «πρέπει να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο» (Παυλάκης, 2007, σελ. 4). Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για

άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση» (Τούντας, 2008).

Ένας ορισμός που δίνεται και που μάλλον φαίνεται να συνδυάζει τους δύο προαναφερθέντες, είναι ο ορισμός των Buttell et al. (2008), σύμφωνα με τον οποίον η ποιότητα στην υγεία αποτελείται από το βαθμό στον οποίον οι υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων (αρχές ποιότητας), είναι σύμφωνες με την επαγγελματική γνώση (ικανότητες των επαγγελματιών υγείας) και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας (διάσταση της αγοράς). Τέλος, σύμφωνα με έναν ακόμη παρόμοιο ορισμό, η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός συμμόρφωσης σε προκαθορισμένα πρότυπα που βασίζονται στην τρέχουσα γνώση και πρακτικές (Καρού, 2011).

Ο Τσιότρας (2002) διακρίνει τα εξής χαρακτηριστικά: α) τα λειτουργικά χαρακτηριστικά, β) την αξιοπιστία και την ανθεκτικότητα, γ) τη συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, δ) τη διάρκεια ζωής και την επισκευασιμότητα, ε) την εξυπηρέτηση πριν και μετά την πώληση, στ) την αισθητική και εμφάνιση, ζ) την υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας.

Παρομοίως, διάφοροι μελετητές αναφέρουν διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Για τον Τούντα (2008), η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας σχετίζεται «με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους». Οι Ζιάμπα και συν. (2010) αναφέρουν πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται όχι μόνο με την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στο πώς αντιμετωπίζεται το πρόβλημα του ασθενούς. Παρομοίως, οι Παπακωστίδη και Τσουκαλάς (2012, σελ. 480), «η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την τεχνική αρτιότητα, καθώς επίσης την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή, στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης φροντίδας».

Σύμφωνα με τον Παυλάκη (2007), η ποιότητα στο χώρο τα υγείας αναλύεται από τη μεριά τόσο του καταναλωτή όσο και του παραγωγού. Πιο συγκεκριμένα, από τη

μεριά του πελάτη-ασθενή σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή με βάση τις προσδοκίες τους, ενώ από την πλευρά του παραγωγού σχετίζεται με το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και κατά πόσο αυτός ο σχεδιασμός ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των ασθενών-καταναλωτών.

Στο ίδιο πλαίσιο, η Τσούγκα (2004, σελ. 41) αναφέρει πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αναλύεται από την πλευρά των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Από την πλευρά των ασθενών, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας «καθορίζεται περισσότερο εξατομικευμένα και συνδέεται με την ικανοποίηση των αναγκών του αλλά και των προσδοκιών του», ενώ τέλος για το κοινωνικό περιβάλλον «η ποιότητα συνδέεται με το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού». Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας η ποιότητα «συνδέεται με τις συνθήκες εργασίας, το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν και τον τρόπο επικοινωνίας».

Ως αποδέκτες, οι ασθενείς είναι η μόνη πηγή πληροφοριών σχετικά με το αν αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό. Οι εμπειρίες τους μπορεί να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα είδη των αλλαγών που απαιτούνται για να κλείσει το χάσμα μεταξύ της φροντίδας που παρέχεται και της φροντίδας που θα έπρεπε να παρέχεται. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ποιότητα, υπό το πρίσμα της προσβασιμότητας, του αν είναι οικονομικά προσιτή η υγειονομική περίθαλψη, την ταχύτητα παράδοσης, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, αλλά και αν αντιμετωπίζεται με συμπάθεια, σεβασμό, και ανησυχία. Από την άλλη, οι πάροχοι φροντίδας αντιλαμβάνονται την ποιότητα με βάση τις παραμέτρους για την παροχή περίθαλψης, σύμφωνα με τις καθιερωμένες πρακτικές, τη διαθεσιμότητα των πόρων, την αυτο-ικανοποίηση με τα αποτελέσματα και την απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων. Επίσης, υπάρχει και μία ακόμα κατηγορία που περιλαμβάνει εκείνους που σχεδιάζουν και οργανώνουν την φροντίδα υγείας και οι οποίοι είναι υπεύθυνοι απέναντι στην κοινωνία για τα κονδύλια που δαπανούν για την υγειονομική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, αντιλαμβάνονται την ποιότητα σε όρους εξασφάλισης της ασφάλειας του κοινού και την αποφυγή άσκοπης ή / και μη βέλτιστης φροντίδας. Την ίδια στιγμή η κατηγορία αυτή των ανθρώπων προσπαθεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις τόσο των αποδεκτών όσο και των παρόχων της περίθαλψης σε αποδεκτά οικονομικά όρους (Karoor, 2011).



Οι Ζάμπια και συν. (2010) επισημαίνουν, πως διάφοροι παράγοντες εμπλέκονται στην έννοια της ποιότητας της υγείας, όπως είναι η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η αποτελεσματικότητα των ιατρικών πράξεων, ο επαγγελματισμός των επαγγελματιών υγείας, η επικοινωνία ασθενών και επαγγελματιών υγείας στη βάση της ειλικρίνειας, των σχέσεων εμπιστοσύνης και του σεβασμού, αλλά και στα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Παρομοίως, η Τσούγκα (2004) αναφέρει πως η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, την υγιεινή και την ασφάλεια εντός των μονάδων υγείας, τις διαθέσιμες κλίνες, την καθαριότητα των χώρων στις μονάδες υγείας, η ποιότητα και ο έλεγχος των τροφίμων, η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, καθώς και η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών. Ο Κρητικός (2005) αναφέρει και εκείνος πως η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την ανταπόκριση, την αξιοπιστία και την ακρίβεια των επαγγελματιών υγείας, καθώς και την ασφάλεια και τη μοναδικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τον Παπαθανασίου (2007, σελ. 67), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διακρίνεται από τα εξής τρία στοιχεία: α) την ικανοποίηση των ασθενών, β) την «επιστημονική καταλληλότητα των παροχών με το μεγαλύτερο δυνατό περιορισμό του ιατρογενούς κινδύνου» και τέλος γ) την διαχείριση των πόρων με αποδοτικό και ορθολογικό τρόπο.

Εκτός των παραπάνω, ο Λιαρόπουλος (2010) αναφέρει πως η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με τα εξής: την ανταπόκριση στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και συνεπώς στην ικανοποίηση των ασθενών, στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, στη σχέση μεταξύ του κόστους των υπηρεσιών υγείας και του αποτελέσματος, καθώς και στις αρχές της ισοτιμίας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Επίσης, οι Μποστανίτης και Τσαλίδου (2010) αναφέρονται στην αποδοτικότητα και την επάρκεια όσον αφορά στην ποιότητα στο χώρο της υγείας.

Ο Karoor (2010) αναφέρει πως η ποιότητα σχετίζεται με τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Η δομή αντιπροσωπεύει τις εγκαταστάσεις και το ανθρώπινο δυναμικό ενώ οι διαδικασίες αντιπροσωπεύουν τις διάφορες κλινικές, καθώς και τις υποστηρικτικές και διοικητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παρόχων και των παραληπτών των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας των ασθενών, όπως για παράδειγμα ανακούφιση από τα συμπτώματα ή θεραπεία μιας ασθένειας. Η μειωμένη νοσηρότητα ή / και τη θνησιμότητα, η πρόληψη της ασθένειας ή ατυχήματος, καθώς και η ικανοποίηση εργαζομένων και ασθενών είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα που αντιπροσωπεύουν τα αποτελέσματα.

Άλλωστε, υποστηρίζεται από τη Λαζάρου (2005, σελ. 12) πως, «η εκτίμηση της έκβασης της φροντίδας αποτελεί έναν ασφαλή και ακριβή τρόπο για την επιλογή των κατάλληλων δεικτών, τη συστηματική συλλογή των αναγκαίων δεδομένων, την επεξεργασία τους, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας, την ταυτοποίηση των απαραίτητων αλλαγών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρωτοκόλλων και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων». Η διαπίστωση αυτή, εκτός από το ότι αναγνωρίζει τα αποτελέσματα και την έκβαση της φροντίδας ως κύριο συστατικό στοιχείο της ποιότητας στο χώρο της υγείας, δίνει έμφαση και στην εκτίμηση αυτής της έκβασης, κάτι που σχετίζεται με την αντίληψη των ασθενών σχετικά με τα αποτελέσματα και την ικανοποίηση αυτών. Το ζήτημα αυτό θα αναλυθεί περαιτέρω σε επόμενη ενότητα.

Τέλος, ο Donabedian όρισε την ποιότητα στην υγεία ως η εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, κατά τρόπο τέτοιο που μεγιστοποιεί το όφελος για την υγεία, χωρίς αντίστοιχα να αυξάνει τον κίνδυνο. Στη συνέχεια διέκρινε τρεις διαστάσεις για την ποιότητα: α) την τεχνική ποιότητα, η οποία σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας στην παραγωγή επιθυμητών οφελών, β) τη διαπροσωπική ποιότητα, η οποία αναφέρεται στο βαθμό ανταπόκρισης στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών και τέλος γ) τις παροχές, οι οποίες περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά όπως η άνεση του φυσικού περιβάλλοντος και τα χαρακτηριστικά του οργανισμού παροχής υπηρεσιών (Mosadeghrad, 2014). Αντίστοιχα, η Λαζάρου (2005, σελ. 19) διακρίνει τρεις διαστάσεις της ποιότητας: «α) το όφελος υγείας που προσδιορίζεται από την προσθήκη χρόνων στη ζωή και ζωής

στα χρόνια, β) η επικέντρωση στον άνθρωπο, που θα πρέπει να εμφορεί ως ιδέα τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γ) η αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων».

Από τα παραπάνω μπορεί κανείς να κατανοήσει πως η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι πολυδιάστατη, υποκειμενική και κυρίως πολύπλοκη. Για το λόγο αυτό οι διάφοροι μελετητές αναφέρονται στην ποιότητα με διαφορετικούς ορισμούς και διακρίνουν διαφορετικές διαστάσεις αυτής. Συνολικά, η ποιότητα στην υγεία περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως: διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, προσιτές τιμές, αποδοχή, καταλληλότητα, επάρκεια, επικαιρότητα, εμπιστευτικότητα, προσοχή, φροντίδα, υπευθυνότητα, λογοδοσία, ακρίβεια, αξιοπιστία, πληρότητα, συνέχεια, ισότητα, ανέσεις και εγκαταστάσεις. Με βάση τα όσα παρουσιάστηκαν παραπάνω κατανοούμε ότι η ποιότητα δεν είναι ένα απλό διαχειριστικό ή / και τεχνικό θέμα, αλλά είναι μάλλον μία ολιστική προσέγγιση που ενσωματώνει την αποδοτικότητα της φροντίδας υγείας, την ίση πιθανότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας όλων των ατόμων, αλλά και την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας (Lekidou et al., 2007). Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαία, καθώς έχει τεράστια σημασία για την ασφάλεια των ασθενών και την ικανοποίησή τους, όπως αναλύεται στην επόμενη ενότητα.

## **1.2 Η σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

### **1.2.1 Ποιότητα στο χώρο της υγείας και ασφάλεια ασθενών**

Τα προβλήματα ποιότητας στο χώρο της υγείας αναφέρονται σε μία ευρεία συζήτηση σχετικά με την υπο-χρησιμοποίηση υπηρεσιών (περίπου 180.000 άνθρωποι εκτιμάται ότι πεθαίνουν κάθε χρόνο γιατί δεν λαμβάνουν αποτελεσματικές θεραπείες) ή υπερ-χρησιμοποίηση ορισμένων υπηρεσιών (πολλοί άνθρωποι λαμβάνουν υπηρεσίες που δεν χρειάζονται, με αποτέλεσμα από τη μία πλευρά να θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή τους και από την άλλη να αυξάνουν το κόστος παροχής υπηρεσιών), καθώς και την κακή διαχείριση ορισμένων άλλων, ενώ παράλληλα συμπεριλαμβάνουν ένα μη αποδεκτό επίπεδο λαθών (αρκετοί άνθρωποι πεθαίνουν λόγω ιατρικών λαθών ή έχουν

ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να φτάσουν μέχρι και σε μόνιμα προβλήματα). Επίσης, το γεγονός ότι σε ορισμένα συστήματα υγείας η παροχή των υπηρεσιών υγείας δε συμβαδίζει με την πρόοδο της ιατρικής γνώσης και της τεχνολογίας, σε συνδυασμό και με το ότι ορισμένες ομάδες πληθυσμού (π.χ. συγκεκριμένες εθνικότητες) ενδέχεται να αποκλείονται από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί ένα ακόμα πρόβλημα της ποιότητας στο χώρο της υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υπάρχουν δύο παράγοντες που συνηγορούν υπέρ της επικέντρωσης στην ποιότητα και τη βελτίωση αυτής στον χώρο της υγείας. Ο πρώτος είναι ότι, ακόμη και όταν τα συστήματα υγείας έχουν αναπτυχθεί ικανοποιητικά και διαθέτουν πόρους, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η ποιότητα παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα, με τα αναμενόμενα αποτελέσματα να μην επιτυγχάνονται πάντα και με μεγάλες διαφορές στα πρότυπα της παροχής υγείας εντός και μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι, όταν τα συστήματα υγείας - ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες - έχουν ανάγκη από τη βελτιστοποίηση της χρήσης των πόρων και την επέκταση της κάλυψης του πληθυσμού, η διαδικασία βελτίωσης και κλιμάκωσης χρειάζεται να βασίζεται σε υγιείς τοπικές στρατηγικές για την ποιότητα, έτσι ώστε τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα να επιτυγχάνονται από νέες επενδύσεις (World Health Organization, 2006).

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας σχετίζεται πρωτίστως με την ασφάλεια των ασθενών. Κατά τη θεραπεία, οι ασθενείς έχουν την ελπίδα και την εμπιστοσύνη ότι υπάρξει ο κατάλληλος χειρισμός και η φροντίδα όσον αφορά στα προβλήματα που αφορούν την υγεία τους. Ωστόσο, εκτιμάται ότι στα κράτη μέλη της Ε.Ε. ένα ποσοστό μεταξύ 8% και 12% των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομεία υποφέρουν από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη λήψη παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (CDC) εκτιμά ότι λοιμώξεις που συνδέονται με την υγειονομική φροντίδα συμβαίνουν στο 5% των νοσηλευόμενων ασθενών. Αυτό θα ισοδυναμούσε με 4,1 εκατομμύρια ασθενείς ετησίως στην Ε.Ε. Επίσης, εκτιμάται ότι 37.000 θάνατοι προκαλούνται κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα των εν λόγω μολύνσεων (TNS Opinion & Social, 2010).

Το κοινό έχει πλέον επίγνωση του ρόλου της ποιότητας στον τομέα της υγείας και συνεχώς αναζητά υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Οι αποτυχίες και τα λάθη στον τομέα της υγείας είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην εξέλιξη της συνείδησης του πληθυσμού σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλεια των ασθενών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόδοση της ποιότητας, αλλά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ποιότητα και η ασφάλεια δεν είναι το ίδιο πράγμα. Η ασφάλεια των ασθενών είναι ένα υποσύνολο της μεγαλύτερης, πολύ πιο σύνθετης και πολυδιάστατης έννοιας της ποιότητας. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι οι αποτυχίες στον χώρο της υγείας και μάλιστα σε ασθενείς με μεγάλη δημοσιότητα ήταν ο καταλυτικός εκείνος παράγοντας που προκάλεσε μια συζήτηση σχετικά με την αξιολόγηση των ζητημάτων ασφάλειας των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη (Buttell et al., 2008).

### **1.2.2 Ποιότητα στο χώρο της υγείας και οργανωσιακή επίδοση μονάδων υγείας**

Εκτός από την ασφάλεια των ασθενών, όμως, η ποιότητα συνδέεται και με την ανταγωνιστικότητα, την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και την κερδοφορία των οργανισμών υγείας (Γσιότρας, 2002, Zineldin, 2006). Καθώς τα άτομα συνεχώς αναζητούν προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, οι οργανισμοί και οι εταιρείες θεώρησαν την ποιότητα ως ένα απαραίτητο συστατικό στοιχείο οποιασδήποτε υπηρεσίας και διαδικασίας παραγωγής. Η ποιότητα, συνεπώς, είναι ένα στρατηγικό εργαλείο διαφοροποίησης, το οποίο συμβάλλει στην απόκτηση και διατήρηση ενός ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Η βελτίωση της ποιότητας μέσα από τη βελτίωση των λειτουργιών και των διαδικασιών συμβάλλει στη μείωση των καθυστερήσεων, σε χαμηλότερο κόστος, σε υψηλότερο μερίδιο αγοράς, σε μία περισσότερο θετική εικόνα του οργανισμού, στην αυξημένη παραγωγικότητα και ως εκ τούτου σε αυξημένη κερδοφορία (Mosadeghrad, 2014).

### **1.2.3 Ποιότητα στο χώρο της υγείας και ικανοποίηση ασθενών**

Τα παραπάνω μπορούν να γίνουν περισσότερο αντιληπτά μέσα από τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της ποιότητας στο χώρο της υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών. Καθώς η ικανοποίηση των ασθενών βασίζεται στις προσδοκίες τους και στην πραγματική αντίληψή τους επί των παρεχόμενων υπηρεσιών (Καλογεροπούλου,

2011, Lekidou et al., 2007), η διαφορά αυτή που αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αντανακλά τη δυνατότητα των μονάδων υγείας να προσφέρουν υπηρεσίες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου, 2011, de Almeida et al., 2015). Σύμφωνα με τους Αντεριώτη και Αντωνίου (2014, σελ. 63), «μια βασική συστατική αρχή των θεωριών βελτίωσης της ποιότητας είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματά τους με κρίσεις καταναλωτών, στοχεύοντας να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης». Άλλωστε, η ικανοποίηση των ασθενών συνίσταται στην παροχή προϊόντων και υπηρεσιών που εκπληρώνουν τις ανάγκες τους (Ραφτόπουλος, 2002).

Συνολικά, η ικανοποίηση των ασθενών είναι μία ψυχολογική - συναισθηματική κατάσταση, η οποία εμφανίζεται μετά από την κατανάλωση συγκεκριμένων υπηρεσιών και απορρέει από τη διαφορά που υπάρχει μεταξύ της εκτίμησης / αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας που παρασχέθηκαν στον ασθενή, δηλαδή την αντίληψή του περί των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και των προσδοκιών που έχει από τις υπηρεσίες αυτές πριν από την κατανάλωσή τους (de Almeida et al., 2015). Επιπρόσθετα, η έμφαση που δίνεται στην μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών απορρέει και από το ότι «οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας» (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, σελ. 64). Συνεπώς, ένα αυξημένο επίπεδο ικανοποίησης συνεπάγεται υψηλότερο επίπεδο συναίνεσης με την θεραπευτική παρέμβαση, που με τη σειρά του οδηγεί σε υψηλότερα κλινικά αποτελέσματα. Το ίδιο επισημαίνεται και από τον Ραφτόπουλο (2002, σελ. 11), σύμφωνα με τον οποίον «η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί ίσως τον δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση και διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με το γιατρό τους».

Παρόλο που οι ασθενείς δεν έχουν την ικανότητα, τουλάχιστον όχι όλοι, να αξιολογήσουν απευθείας την τεχνική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, χρησιμοποιούν ποιοτικά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με το σύστημα υγείας. Έτσι, οι ασθενείς προσδιορίζουν την ποιότητα ενός συστήματος υγείας σε όρους

αξιοπιστίας, ανταπόκρισης, επικοινωνίας και φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι δίνουν έμφαση περισσότερο σε ανθρώπινες ιδιότητες και όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό στις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας. Παρόλα αυτά, ενώ για παράδειγμα δεν μπορεί η ικανοποίηση των ασθενών να μετρηθεί και να αξιολογηθεί με βάση το πόσες φορές αυτός ο ασθενής θα επιστρέψει στο νοσοκομείο, είναι πιθανό να μετρηθεί και να αξιολογηθεί με το πόσες φορές θα επιστρέψει για λόγους που σχετίζονται με ένα ιατρικό πρόβλημα που αντιμετώπισε στο παρελθόν (Lekidou et al., 2007).

Συνεπώς, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας στο χώρο της υγείας που σημαίνει ότι ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας οδηγεί σε αυξημένο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Τα αποτελέσματα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να οδηγήσουν σε βελτίωση της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, στη λήψη αποφάσεων, στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών, στην αναβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος, καθώς επίσης και στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Κατά συνέπεια, «μια επιτυχής στρατηγική βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ο προσδιορισμός και η εξέταση των προσδοκιών των ασθενών, παρέχοντάς τους προτεραιότητα παράλληλα με την αξιολόγηση των κλινικών και των διοικητικών διαδικασιών που εκτελούνται στο νοσοκομειακό περιβάλλον» (Καλογεροπούλου, 2011, σελ. 668).

Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί, ωστόσο, είναι ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελείται από ποικίλους παράγοντες, όπως τα κοινωνικά και ψυχογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, καθώς και τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των μονάδων υγείας, καθώς η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έχει διάφορες διαστάσεις, όπως καταδείχθηκε στην προηγούμενη ενότητα. Επί παραδείγματι, σε έρευνά του, ο Zineldin (2006) βρήκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετιζόταν με συγκεκριμένες διαστάσεις της ποιότητας των νοσοκομειακών μονάδων σε Αίγυπτο και Ιορδανία που εξέτασαν, όπως ήταν η προσβασιμότητα, οι εγκαταστάσεις, οι διαδικασίες και η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Αντίστοιχα, η μελέτη των Lekidou et al. (2007) βρήκε ότι

διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επιδρούν στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

## 2.1 Το ΠΕΔΥ Έδεσσας στο πλαίσιο της ΠΦΥ

Το 1983 ψηφίστηκε ο Ν. 1397/1983 περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο «τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη ης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), την αγωγή και προαγωγή της υγείας» (Ελληνας, 2009, σελ. 17). Όπως αναφέρεται στο άρθρο 1 του Ν. 1397/1983, «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού» (Ν. 1397/1983). Ο νόμος αυτός βασίζεται στις αρχές της ισότητας των πολιτών και στην απρόσκοπτη παροχή υγείας σε όλους τους πολίτες, αναγνωρίζοντας την υγεία ως κοινωνικό αγαθό. Επομένως, κρίθηκε ως κατάλληλη – αν όχι και απαραίτητη – η χρηματοδότησή του από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν. 3235 / 2004 (ΦΕΚ 53/18.02.2004), αλλά και το Σχέδιο Νόμου του 2008 «Για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται «το σύστημα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Στο ίδιο άρθρο του Ν. 3235 / 2004 στην παράγραφο 3 αναφέρεται ότι: «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:

- α) τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα
- β) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και τον σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας
- γ) τον οικογενειακό προγραμματισμό
- δ) τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού
- ε) την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική
- στ) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης

ζ) την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο

η) τις υπηρεσίες κοινωνική φροντίδας»

Οι αρχές στις οποίες αποσκοπεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και που αναφέρονται στην παράγραφο 5 του άρθρου 1 του Ν. 3235 / 2004 είναι οι εξής:

«α) της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,

β) της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,

γ) της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου,

δ) του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,

ε) της διαχείρισης ιατρο – ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητά τους

στ) της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα της υγείας»

Όπως αναφέρεται στην παράγραφο 1 του άρθρου 18 του Ν. 3918/2011, τα δυνατά σημεία της ΠΦΥ είναι ότι με τον νόμο αυτό επιτυγχάνονται:

1. «ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας»
2. «η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων»
3. «ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς

δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται»

Όπως αναφέρεται στο «Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», άρθρο 4, παράγραφος 1, «οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται από τους δημόσιους και τους ιδιωτικούς φορείς, που ορίζονται στο παρόν άρθρο». Στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου ορίζεται ότι οι δημόσιοι φορείς που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι οι εξής:

1. τα κέντρα υγείας
2. τα περιφερειακά πολυϊατρεία
3. οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης
4. οι πρωτοβάθμιες μονάδες ψυχικής υγείας
5. οι κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας υγείας
6. τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών
7. τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
8. τα αντικαπνιστικά κέντρα
9. η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, οι μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης
10. οι μονάδες του ΕΣΥ και οι εποπτευόμενες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μονάδες, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## **2.2 Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του**

### **ΠΕΔΥ Έδεσσας**

Η βελτίωση της ποιότητας σε έναν οργανισμό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την υιοθέτηση των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί να οριστεί ως η «υιοθέτηση μιας συνολικής προσέγγισης της ποιότητας η οποία επιτυγχάνεται με τη δέσμευση, στο ανώτατο επίπεδο, για τη βελτίωση της ποιότητας, με τη διευθέτηση όλων των δραστηριοτήτων με τρόπο ώστε

να διασφαλίζεται ότι το προϊόν ή η υπηρεσία σχεδιάζεται, υλοποιείται και παραδίδεται με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες και τις προσδοκίες του τελικού αποδέκτη, με τον οικονομικότερο τρόπο και με τη συνειδητοποιημένη συμμετοχή κάθε μέλους του οργανισμού. Πρόκειται ουσιαστικά για μια προσέγγιση διοικητικής αντίληψης και πρακτικής η οποία εστιάζεται στην ανάπτυξη μιας ιδεολογίας, μιας φιλοσοφίας, μεθόδων και ενεργειών που αποβλέπουν στην απόλυτη ικανοποίηση των πελατών μέσω των συνεχών βελτιώσεων» (Πρινιανάκη & Λούπα, 2001, σελ. 8).

Ουσιαστικά, η ΔΟΠ διασφαλίζει ότι ένας οργανισμός θα χαρακτηρίζεται από αυξημένη ανταγωνιστικότητα, χαμηλότερα ποσοστά απουσίας από τον χώρο εργασίας, μείωση των ατυχημάτων και των λαθών στον χώρο εργασίας, ελαχιστοποίηση των απωλειών, τήρηση νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου, αποτελεσματική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθορισμό των ελάχιστων πόρων για την παροχή υπηρεσιών, βελτίωση των υλικών που χρησιμοποιούνται, βελτίωση των συνθηκών εργασίας αυξάνοντας τη συνεργασία μεταξύ όλων των εργαζομένων, ικανοποίηση των πελατών (ασθενών) και των εργαζομένων, αλλά και διαρκή βελτίωση της ποιότητας μέσα από τη βελτίωση των λειτουργιών, των διαδικασιών, της ροής πληροφορίας και της λήψης αποφάσεων, καθώς και την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί από τον οργανισμό (Peratec, 1994, Chandrupatla, 2009, Ambuli & AnanthaPadmanabhan, 2012).

Το στάδιο πριν από τη βελτίωση της ποιότητας είναι η διασφάλιση της ποιότητας (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012). Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012, σελ. 482), η έννοια της διασφάλισης ποιότητας «περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Αφορά, δηλαδή, στις αναγκαίες, οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας».

Η σημασία της ποιότητας έχει οδηγήσει στη διασφάλιση αυτής (Franceschini et al. 2006). Για τη διασφάλιση της ποιότητας στις μονάδες υγείας έχει δημιουργηθεί το πρότυπο ISO 9001. Σύμφωνα με τους Αγγελοπούλου και συν. (2005), το πρότυπο αυτό συμβάλλει στην αυξημένη επικοινωνία και εμπιστοσύνη μεταξύ των ασθενών

και των επαγγελματιών υγείας, στην αυξημένη συνεργασία όλων των φορέων που λαμβάνουν μέρος στην παροχή της ΠΦΥ, ενώ παράλληλα δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο σκοπό της μονάδας υγείας μέσα από την αποστολή και το όραμα αυτής. Επιπρόσθετα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης (CEN) εξέδωσε την επικαιροποιημένη έκδοση του προτύπου EN 15224:2012 Health care services - Quality management systems - Requirements based on EN ISO 9001:2008, που αποτελεί το πρότυπο για τις μονάδες υγείας, όπως το ΠΕΔΥ Έδεσσας.

Η εφαρμογή ενός συστήματος ISO οδηγεί σε βελτιωμένη οργανωτική κουλτούρα, ενισχυμένη ομαδική εργασία και συνεργασία, μείωση των ατυχημάτων, προβλημάτων και λαθών, καθώς και αύξηση της οργανωσιακής απόδοσης (Srivastav, 2010). Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι καταναλωτές είναι πιο πιθανό να καταναλώνουν προϊόντα και υπηρεσίες που έχουν πιστοποιηθεί (Yeung & Yee, 2003, Yeung et al, 2010) και είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν υψηλότερη τιμή για τα προϊόντα που έχουν διασφάλιση ποιότητας (Lim et al, 2013), με αποτέλεσμα την αύξηση των πωλήσεων των εταιρειών και την αύξηση της φήμης και της αξιοπιστίας τους (Häversjö, 2000). Επιπλέον, η εφαρμογή του ISO συμβάλλει στην περιβαλλοντική διαχείριση των δραστηριοτήτων του οργανισμού, παρέχοντας βελτιωμένες διαδικασίες παραγωγής και προστασία του περιβάλλοντος (de Vries et al., 2012), βελτιωμένες διαδικασίες διαχείρισης της εφοδιαστικής αλυσίδας (Manning et al., 2006a) και γενικά βελτιωμένη λειτουργία και απόδοση του οργανισμού (Manning et al., 2006b). Τέλος, η εφαρμογή ενός συστήματος ISO οδηγεί σε ικανοποίηση των εργαζομένων, των πελατών του οργανισμού, δηλαδή των ασθενών, βελτιωμένες σχέσεις με προμηθευτές, ικανοποίηση εργαζομένων και πελατών (ασθενών), βελτίωση της εσωτερικής επικοινωνίας, προσδιορισμός μη κατάλληλων και απαραίτητων διαδικασιών, αυστηρότερος και πιο σαφής καταμερισμός εργασιών, αναγνώριση της αξίας των εργαζομένων μέσα από την επιβράβευσή τους και την συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων (CERCO WG on Quality, 2000).

Η διαχείριση και διασφάλιση της ποιότητας σε μία μονάδα υγείας μπορεί να επιτευχθεί επίσης μέσα από την εισαγωγή ενός συστήματος διασφάλισης για την ποιότητα. Το σύστημα αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, στην εξοικονόμηση πόρων, στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων και των εργαζομένων στη μονάδα υγείας, καλύτερη λειτουργία και

οργάνωση της μονάδας υγείας, καθώς και πιο αποτελεσματική σχέση της μονάδας υγείας με τους προμηθευτές (Γκίκα, 2007, Γκαβέλα, 2012).

Σημαντική, ωστόσο, είναι και η μέτρηση της ποιότητας της υγείας, προκειμένου να προσδιοριστούν οι τομείς στους οποίους χρειάζεται βελτίωση. Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012), υπάρχουν διάφοροι δείκτες της μέτρησης της ποιότητας από μέρους μίας μονάδας υγείας. Οι δείκτες αυτοί, οι οποίοι απεικονίζονται στον πιο κάτω πίνακα, διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: α) δείκτες δομής, β) δείκτες διαδικασιών, γ) δείκτες αποτελέσματος.

Πίνακας 1. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας στις μονάδες υγείας

<b>Δείκτες δομής</b>
Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών
Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος
<b>Δείκτες διαδικασιών</b>
Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος
Κατάσταση αναμονής (για ριζικές ή για ανακουφιστικές θεραπείες του καρκίνου)
Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του
Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου (multidisciplinary approach)/σύνολο ασθενών/έτος
Αριθμός των πλάνων ακτινοθεραπείας που βασίστηκαν στο σύστημα σχεδιασμού με CT/συνολικό αριθμό θεραπειών/έτος
Αριθμός των σύμμορφων (conformed) πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών
Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal) films
Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ώρα
Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance)
<b>Δείκτες αποτελέσματος</b>
Διάστημα ελεύθερο νόσου
Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων

Πηγή: Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012, σελ. 485

Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που θα πρέπει να ισχύουν, ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση της ποιότητας σε μία μονάδα υγείας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Γκαβέλα, 2012, Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012, Dahlgaard et al., 2005), οι παράγοντες αυτοί είναι: α) δέσμευση της ηγεσίας, β) συμμετοχή όλων των εργαζομένων στη μονάδα υγείας, γ) έμφαση στους ασθενείς, στους εργαζομένους, αλλά και τους προμηθευτές, δ) σωστή διαχείριση της πληροφορίας, ε) στρατηγικός σχεδιασμός με μακροπρόθεσμο ορίζοντα, στ) υποκίνηση και επιβράβευση εργαζομένων, ζ) μείωση του άγχους των εργαζομένων, η) θέσπιση στόχων για την πολιτική της βελτίωσης της ποιότητας και κοινοποίηση αυτών στους εργαζομένους για την αύξηση της συμμετοχής τους στη διαδικασία.



# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **3.1 Μέθοδος της έρευνας**

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για αυτήν την έρευνα είναι η ποσοτική. Η ποσοτική μέθοδος μπορεί να οριστεί ως η αριθμητική αναπαράσταση των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί, με σκοπό την περιγραφή και εξήγηση των φαινομένων που αντανακλούν τα δεδομένα (Sukamolson, χ.χ.). Αυτό σημαίνει ότι η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει, μέσα από τη στατιστική ανάλυση, την ποσοτικοποίηση των απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα και την παρουσίασή τους με αριθμητική μορφή. Αυτό επιτρέπει την ομαδοποίηση των δεδομένων και την καλύτερη ανάλυση και ερμηνεία (Muijs, 2010). Γενικά, «σκοπός της Ποσοτικής ανάλυσης είναι να ανακαλύψει τις αιτίες της αλλαγής των κοινωνικών φαινομένων μέσω αντικειμενικής μέτρησης και αριθμητικής ανάλυσης» (Παπαγεωργίου, 2014, σελ. 2).

Ένας ακόμη λόγος για τον οποίον επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος έρευνας είναι ότι διέπεται από υψηλού βαθμού αντικειμενικότητα του ερευνητή, σε σύγκριση με την ποιοτική έρευνα (Hoy, 2010). Επίσης, η ποσοτική έρευνα επιτρέπει τη διεξαγωγή συσχετίσεων, προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο συγκεκριμένες μεταβλητές επιδρούν σε άλλες (Blessing & Chakrabarti, 2009). Άλλωστε και η Κυριαζή (2009, σελ. 49) αναφέρει πως, «η ποσοτική έρευνα εκθέτει τα θετικιστικά της στοιχεία στην αναγκαιότητα μέτρησης και εμπειρικής υπόστασης των θεωρητικών εννοιών, στη σημασία ανεύρεσης αιτιωδών συνδέσεων των μεταβλητών, καθώς και στην έμφαση στις εμπειρικές γενικεύσεις και συνεπώς στις κανονικότητες των κοινωνικών φαινομένων».

### **3.2 Μεθοδολογικό εργαλείο**

Το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Ο κύριος λόγος για τον οποίον επιλέχθηκε είναι ότι αποτελεί το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τη μέτρηση των απόψεων των συμμετεχόντων σε μία έρευνα (Creswell, 2011, Harris & Brown, 2010, Muijs, 2010). Παράλληλα, το ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε ένα μεγάλο αριθμό υποκειμένων την ίδια χρονική στιγμή, με χαμηλό (έως μηδενικό) κόστος (Singh, 2007, Harris & Brown, 2010).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς αυτής της έρευνας σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια, στη βάση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, δηλαδή στη βάση των ευρημάτων προηγούμενων μελετών, και με σκοπό να δώσει απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Δύο ενότητες απαρτίζουν αυτό το ερωτηματολόγιο. Η πρώτη ενότητα (ερωτήσεις 1-6) αφορούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, ειδικότητα, καθεστώς απασχόλησης, έτη προϋπηρεσίας. Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από τις ερωτήσεις 7-16. Οι ερωτήσεις αυτές μελετούν την έννοια και τη σημαντικότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (ερωτήσεις 7 και 8), δίνοντας απάντηση στο πρώτο και δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αντίστοιχα. Επίσης, μέσα από αυτές τις ερωτήσεις διερευνάται η άποψη των εργαζομένων σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από το ΠΕΔΥ Έδεσσας (ερωτήσεις 9, 10, 12, 13), που αντιστοιχούν στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα. Τέλος, υπάρχουν και ερωτήσεις στις οποίες οι ερωτηθέντες καταθέτουν τις απαντήσεις τους σχετικά με τους δείκτες μέτρησης της ποιότητας που χρησιμοποιούνται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας (ερώτηση 11), αλλά και την άποψή τους σχετικά με πρακτικές που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας (ερωτήσεις 14, 15, 16).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από κλειστές ερωτήσεις, καθώς «εξαιρετικά δομημένες, κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, διότι μπορούν να παράγουν συχνότητες απαντήσεων που επιδέχονται στατιστικούς χειρισμούς και ανάλυση. Επίσης, δίνουν τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ ομάδων του δείγματος» (Cohen et al., 2007). Παράλληλα, προκειμένου να διερευνηθούν οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και την σημαντικότητα αυτής της ποιότητας, έχουν προστεθεί και δύο ανοικτές ερωτήσεις. Οι ανοικτές ερωτήσεις δε θέτουν περιορισμούς ως προς τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, καθώς οι τελευταίοι δεν είναι υποχρεωμένοι να διαλέξουν μεταξύ προκαθορισμένων από την ερευνήτρια απαντήσεων, αλλά είναι ελεύθεροι να εκφράσουν την άποψή τους (Cohen et al., 2007).

Επιπρόσθετα, έχουν χρησιμοποιηθεί ερωτήσεις της πενταβάθμιας κλίμακας Likert (ερωτήσεις 9, 10, 12-16), η οποία υποστηρίζεται από τον Robson (2006) ότι αποτελεί

ένα κατάλληλο μέτρο της μέτρησης των απόψεων των υποκειμένων της έρευνας. Εκτός από ερωτήσεις με την κλίμακα Likert, έχουν χρησιμοποιηθεί ερωτήσεις διαζευκτικού τύπου (ερωτήσεις 1, 5, 11), καθώς και ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με δυνατότητα μίας απάντησης (ερωτήσεις 2, 3, 4, 6).

### **3.3 Δείγμα της έρευνας**

Σύμφωνα με τον Creswell (2011, σελ. 179), το δείγμα «είναι μια υποομάδα του πληθυσμού-στόχου που ο ερευνητής σχεδιάζει να μελετήσει για να κάνει γενικεύσεις που θα αφορούν με τον πληθυσμό-στόχο». Για την επιλογή του δείγματος θα πρέπει να οριστεί αφενός η προσβασιμότητα σε αυτόν και αφετέρου το μέγεθός του (Cohen et al., 2007, Farrokhi & Mahmoudi-Hamidabad, 2012).

Αναφορικά με την προσβασιμότητα, η ερευνήτρια εργάζεται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας και ως εκ τούτου είχε άμεση και εύκολη πρόσβαση στους εργαζομένους του. Άλλωστε, αυτός ήταν και ο κύριος λόγος για τον οποίον επιλέχθηκε ως μελέτη περίπτωσης το ΠΕΔΥ Έδεσσας. Αναφορικά με το δείγμα της έρευνας, δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος αριθμός. Για παράδειγμα, οι ο Sibanda (2009) και οι Cohen et al. (2007) αναφέρουν πως το δείγμα εξαρτάται από το σκοπό της έρευνας, τους συμμετέχοντες στους οποίους απευθύνεται και δεν υπάρχει συγκεκριμένος αριθμός συμμετεχόντων. Ο Javeau (2000) και ο Delice (2010) επισημαίνουν πως στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας, το δείγμα θα πρέπει να είναι περισσότερα από 30 άτομα.

Στην παρούσα έρευνα, το δείγμα αποτελείται από 31 εργαζομένους στο ΠΕΔΥ Έδεσσας, από το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό που εργάζεται στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας.

### **3.4 Διεξαγωγή της έρευνας**

Αρχικά, διασφαλίστηκε η συγκατάθεση του διευθυντή του ΠΕΔΥ Έδεσσας ως προς τη διεξαγωγή της έρευνας. Η ερευνήτρια ήρθε σε προσωπική επαφή με το διευθυντή της μονάδας, κατά την οποία του εξέθεσε το σκοπό της έρευνας, το πανεπιστήμιο και το τμήμα στο πλαίσιο του οποίου διεξάγεται η έρευνα, τον εθελοντικό χαρακτήρα της

συμμετοχής των εργαζομένων, ενώ του παρουσίασε και το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Στη συνέχεια, απευθύνθηκε στους εργαζομένους στο ΠΕΔΥ Έδεσσας.

Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας διασφαλίστηκε η ενήμερη συγκατάθεση των συμμετεχόντων που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της δεοντολογίας της έρευνας, η οποία συνδέεται με την ανωνυμία των συμμετεχόντων, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, αλλά και την αντικειμενικότητα του ερευνητή (Barnbaum, 2001, Miller et al., 2012). Προς αυτόν τον σκοπό, η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες ότι δεν θα χρησιμοποιηθούν για την έρευνα προσωπικά στοιχεία (όνομα, τηλέφωνο, διεύθυνση), αλλά και ότι θα τηρηθεί πλήρης εμπιστευτικότητα και ανωνυμία των στοιχείων εκείνων που αναφέρονται στο δημογραφικό προφίλ τους. Επιπρόσθετα, η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες για το σκοπό της έρευνας, το πανεπιστήμιο και το τμήμα στο πλαίσιο του οποίου διεξάγεται η έρευνα, ότι δεν θα προκληθεί κάποιου είδους βλάβη ή άγχος στους συμμετέχοντες, ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, αλλά και ότι δε διέπεται από σύγκρουση συμφερόντων, αλλά η ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων θα γίνει ομαδικά και με αντικειμενικότητα.

Επίσης, πριν την στατιστική ανάλυση, εξετάστηκε η εσωτερική αξιοπιστία των δεδομένων με τη χρήση του Cronbach's  $\alpha$  (Gliem & Gliem, 2003). Ο δείκτης βρέθηκε ότι είναι ίσος με 0,962, που σημαίνει ότι τα δεδομένα διέπονται από υψηλού βαθμού εσωτερική αξιοπιστία.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 (Blessing & Chakrabarti, 2009, Argurous, 2011), με τη χρήση περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Η περιγραφική στατιστική περιλαμβάνει γραφήματα (ραδβογράμματα) συχνοτήτων, καθώς και πίνακες με περιγραφικά μέτρα των απόψεων των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα μέσο όρο και τυπικές αποκλίσεις. Η επαγωγική στατιστική έγινε με τη χρήση μη παραμετρικών τεστ (Kruskal Wallis, Mann Whitney), καθώς τα δεδομένα βρέθηκε ότι δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.

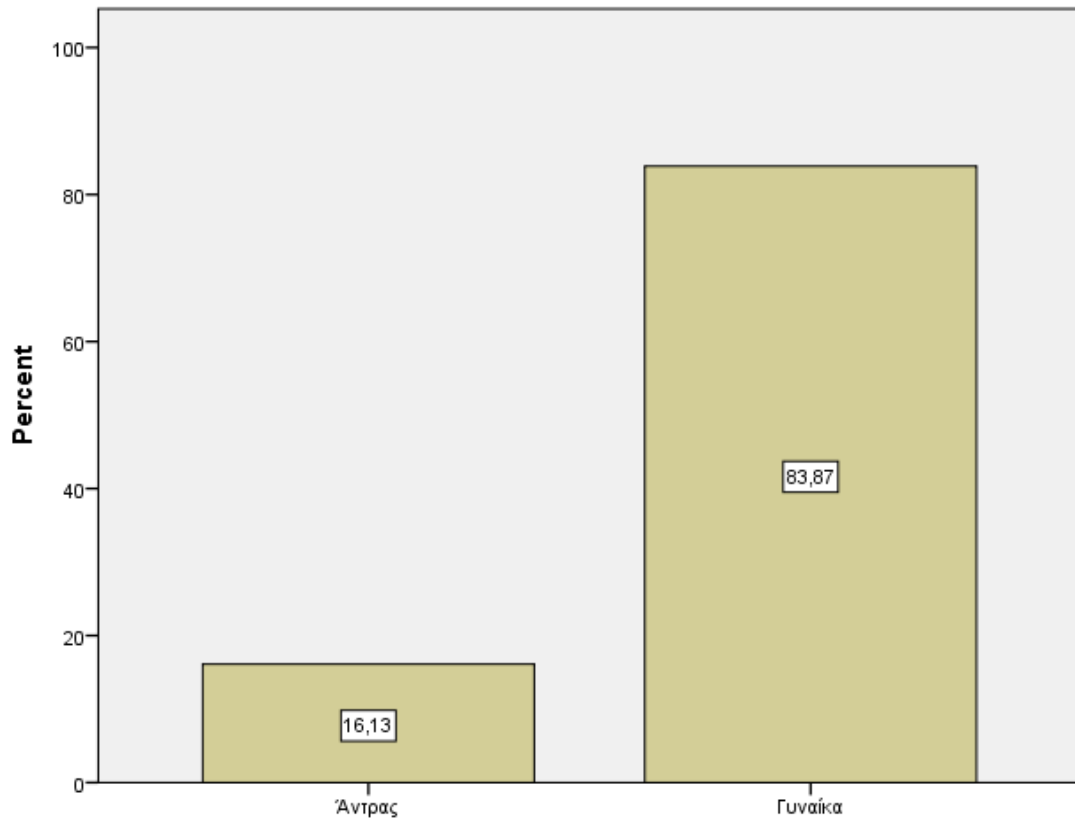
## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

## 4.1 Περιγραφική στατιστική

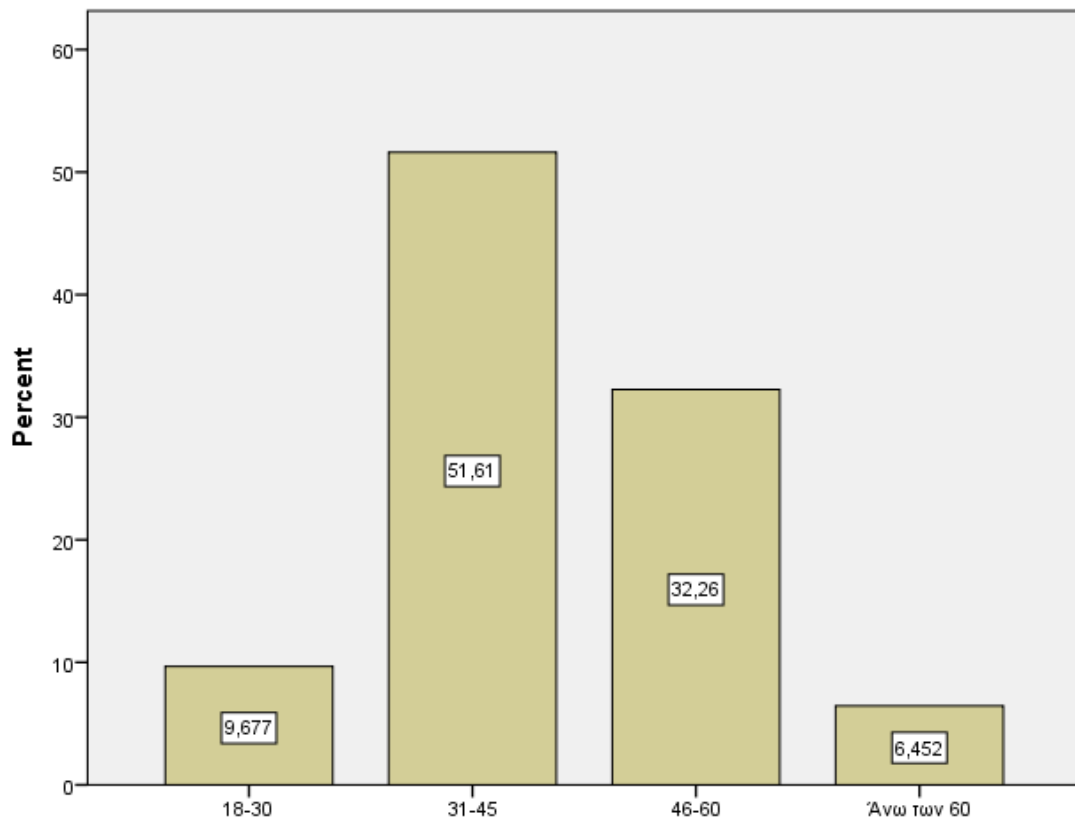
### Ενότητα I. Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι 5 (16,1%) είναι άντρες και οι 26 (83,9%) είναι γυναίκες.



Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων

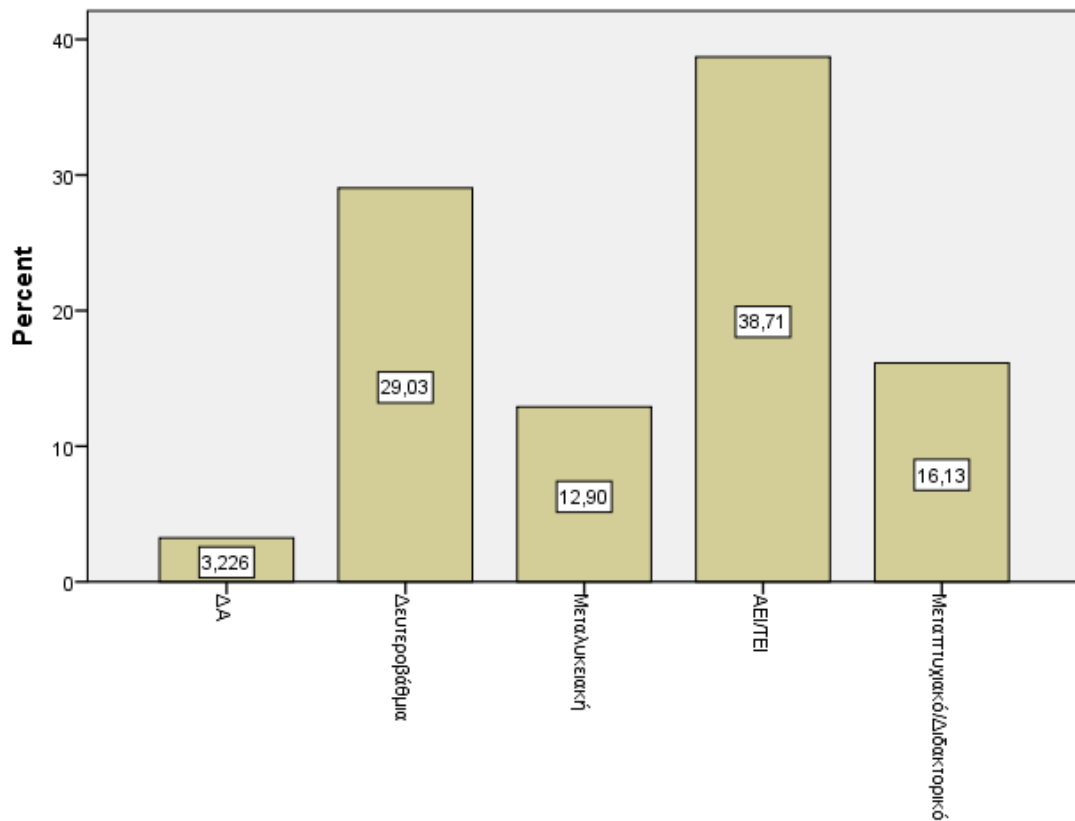
Αναφορικά με την ηλικία, οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα (N=16, 51,6%) είναι 31-45 ετών. Ακολουθούν όσοι είναι 46-60 ετών (N=10, 32,3%). Λιγότεροι είναι οι συμμετέχοντες ηλικίας 18-30 ετών (N=3, 9,7%) και ακόμα λιγότεροι όσοι είναι οι άνω των 60 ετών (N=2, 6,5%).



Γράφημα 2. Ηλικία ερωτηθέντων

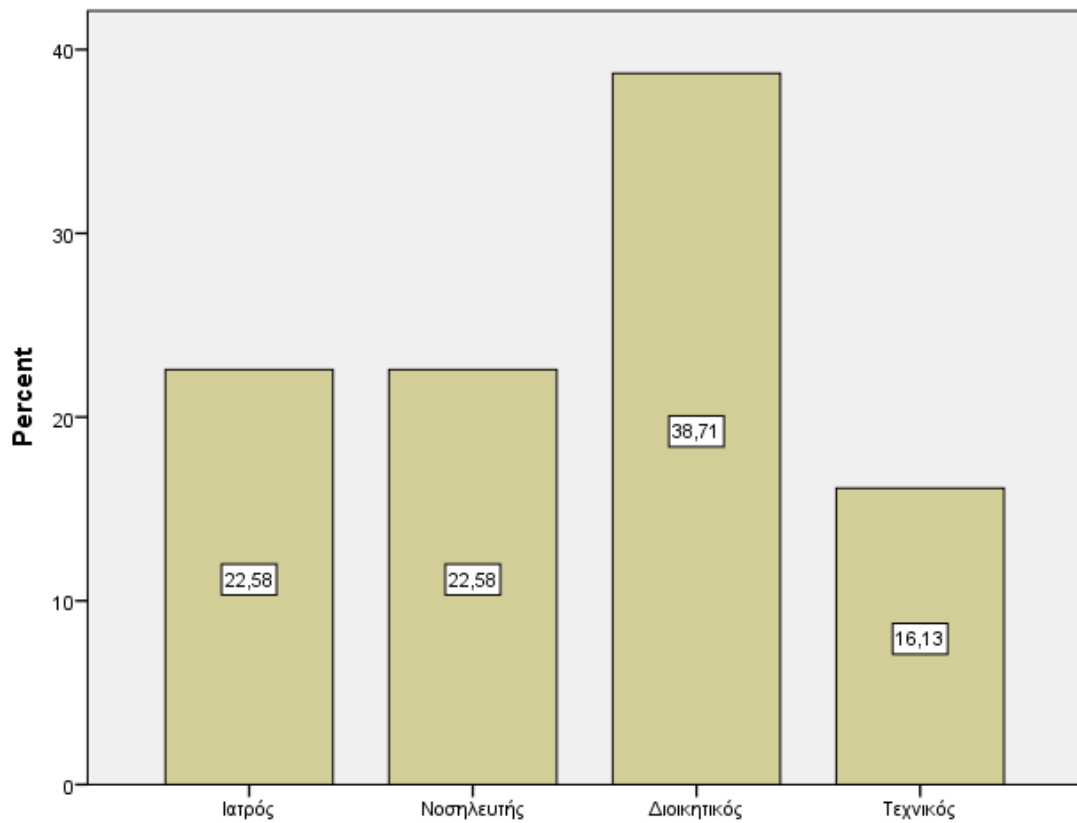
Από το παρακάτω γράφημα παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (N=12, 38,7%), ενώ ακολουθούν όσοι είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (N=9, 29%). Λιγότεροι είναι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού / διδακτορικού (N=5, 16,1%), αλλά και όσοι είναι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (N=4, 12,9%).





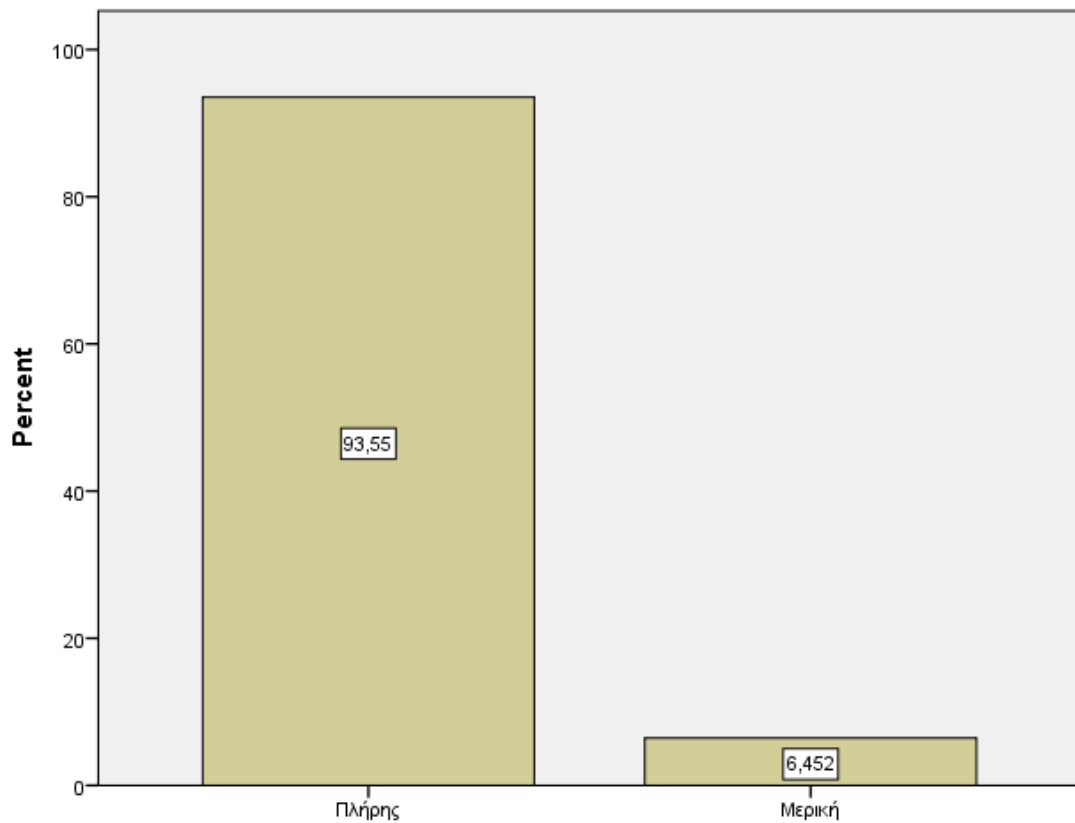
Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων

Όσον αφορά στην ειδικότητα, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι διοικητικοί υπάλληλοι (N=12, 38,7%). Ισάριθμοι είναι οι ιατροί και οι νοσηλευτές που συμμετείχαν (N=7, 22,6%). Οι υπόλοιποι ερωτηθέντες είναι τεχνικοί υπάλληλοι (N=5, 16,1%).



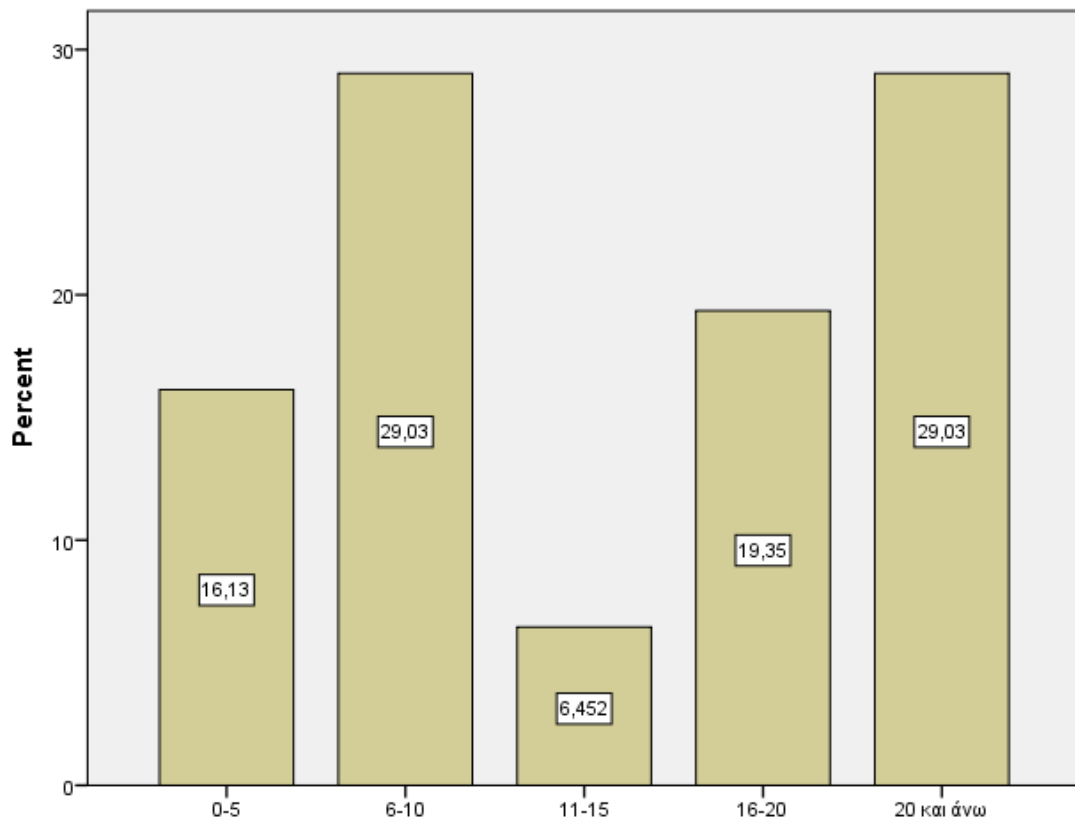
Γράφημα 4. Ειδικότητα ερωτηθέντων

Αναφορικά με την απασχόληση των ερωτηθέντων, όλοι εκτός από δύο άτομα (6,5%) ανέφεραν πως εργάζονται με καθεστώς πλήρους απασχόλησης (N=29, 93,5%).



Γράφημα 5. Καθεστώς απασχόλησης ερωτηθέντων

Τέλος, στο παρακάτω γράφημα απεικονίζεται η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η πλειοψηφία (N=9, 29%) έχει είτε 6-10 έτη προϋπηρεσίας, είτε άνω των 20. Ακολουθούν όσοι έχουν 16-20 έτη προϋπηρεσίας (N=6, 19,4%), όσοι έχουν μέχρι πέντε έτη (N=5, 16,1%) και τέλος όσοι έχουν 11-15 (N=2, 6,5%).



Γράφημα 6. Έτη προϋπηρεσίας ερωτηθέντων

## Ενότητα II. Απόψεις ερωτηθέντων για την ποιότητα στο ΠΕΔΥ Έδεσσας

Αρχικά ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να εκφράσουν το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Οι απαντήσεις τους κατέδειξαν τα εξής στοιχεία:

- Τήρηση ωραρίου ραντεβού, άμεση εξυπηρέτηση ασθενούς, εύκολη πρόσβαση, καθαριότητα, ευγένεια, σωστή συμπεριφορά του προσωπικού, ενημέρωση των ασθενών
- Η σωστή και αποτελεσματική προσφορά υπηρεσιών υγείας
- Να παρέχεται σωστή και έγκαιρη διάγνωση στα προβλήματα υγείας των ασθενών
- Να μπορούν οι ασθενείς να βρίσκουν θεραπεία και λύση στα προβλήματα υγείας τους
- Επαρκής αριθμός ειδικοτήτων ιατρών
- Επαρκής αριθμός βοηθητικού και διοικητικού προσωπικού
- Επαρκής τεχνολογικός εξοπλισμός, νέες τεχνολογίες

- «Να υπάρχουν ιατροί να συνεργάζονται για τον ασθενή. Να τον βλέπουν σαν άνθρωπο και όχι ως χρήμα»
- «Υψηλού επιπέδου παροχές με το μικρότερο δυνατό κόστος, δυνατότητα πλήρους προληπτικού ελέγχου, σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας»
- «Πλήρη ιατροφαρμακευτική κάλυψη, ισότιμη πρόσβαση και εύκολη, κοντινή πρόσβαση, προσωπικό γιατρό, συμμετοχή στις δαπάνες αναλογική του εισοδήματός μου, προληπτικές εξετάσεις»
- «Να υπάρχουν τουλάχιστον οι "βασικές" ειδικότητες ιατρών (π.χ. παθολόγος, παιδίατρος, καρδιολόγος) ώστε να εξυπηρετούνται οι ασθενείς στα πιο "συνηθισμένα" τους προβλήματα και να αποφεύγεται ο συνωστισμός και οι πολύωρες καθυστερήσεις στους χώρους εξέτασης (π.χ. να τηρείται το ωράριο εργασίας από πλευράς του ιατρικού προσωπικού, κυρίως τους γιατρούς)»
- «Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που καλύπτουν τις βασικές ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών και του προσωπικού σε χώρους υπηρεσιών υγείας»
- «Να περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα την αποδοτικότητα, την τεχνική αρτιότητα καθώς και την ασφάλεια με επίκεντρο τον ασθενή»

Συνολικά, η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συνοψίζεται στις απαντήσεις που έδωσαν τέσσερις ερωτηθέντες:

A) «Η παροχή υπηρεσιών υγείας στον κατάλληλο χρόνο με σκοπό την βελτίωση της υγείας του ασθενή χρησιμοποιώντας αποδοτικά την υπάρχουσα ιατρο-τεχνολογική γνώση»

B) «Να υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών (επάρκεια ιατρών-νοσηλευτών, φαρμάκων, υλικών)»

Γ) «Αποτελεσματική προσφορά υπηρεσιών υγείας με στόχο την βελτίωση της υγείας του ασθενούς»

Δ) «Η προσφορά υπηρεσιών υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών»  
 Σύμφωνα με την απάντηση που έδωσε ένας από τους ερωτηθέντες, η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι «γρήγορη αντιμετώπιση όλων των περιστατικών, σύγχρονα μηχανήματα και εξοπλισμός, επαρκές προσωπικό για γρήγορη εξυπηρέτηση ασθενών, συγχρονισμός όλων των διοικητικών υπηρεσιών προς όφελος των ασθενών»

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν τους λόγους για τους οποίους θεωρούν πως η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι σημαντική. Όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν πως ο κύριος λόγος είναι γιατί «η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό στην ζωή» και γιατί «η υγείας μας είναι ανεκτίμητη».

Ορισμένες ενδεικτικές απαντήσεις των ερωτηθέντων περιλαμβάνουν τα εξής:

- «Για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την προστασία της ζωής του»
- «Γιατί χωρίς ποιότητα επηρεάζεται η υγεία και η ζωή των ασθενών»
- «Διότι πραγματεύεται το σημαντικότερο αγαθό του ανθρώπου που είναι η υγεία του και η βελτίωση των συνθηκών ζωής τους»
- «Γιατί έχει να κάνει με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και οντότητα»
- «Ο τομέας της υγείας είναι νευραλγικός τομέας, η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό για τον άνθρωπο»
- «Γιατί στον ευαίσθητο αυτό τομέα, η ποιότητα δεν είναι πολυτέλεια, αλλά προϋπόθεση αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας που και πανανθρώπινο δικαίωμα αποτελούν, αλλά θα εξασφαλίζουν μείωση και καλύτερο επίπεδο υγείας»

Επιπλέον απαντήσεις είναι οι κάτωθι:

- «Χαμηλού επιπέδου ποιότητας στον τομέα της υγείας συνεπάγεται χαμηλού επιπέδου ποιότητας υγείας των ίδιων των ασθενών, μεγαλύτερη ταλαιπωρία από πλευράς τους προκειμένου να εξυπηρετηθούν καθώς και μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση για τους ίδιους και μακροχρόνια και για το ίδιο το κράτος»
- «Βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Δεν αγχώνεται ο κόσμος για την αναζήτηση ιατρού»
- «Για να υπάρχει καλύτερη και γρήγορη διάγνωση της νόσου»
- «Γιατί αλλιώς δεν λειτουργεί το κράτος»
- «Είναι πολλή σημαντική γιατί έτσι ο ασθενής αισθάνεται ασφάλεια και οι υπηρεσίες είναι πιο καλές και αναβαθμισμένες»
- «Γιατί η ποιότητα είναι η διεργασία για την κάλυψη των αναγκών, των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας»

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το κατά πόσο οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν πως στο ΠΕΔΥ Έδεσσας υπάρχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών όσον αφορά σε συγκεκριμένες παραμέτρους. Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απόψεων των ερωτηθέντων. Όπως παρατηρούμε, οι ερωτηθέντες θεωρούν πως σε πολύ προς πάρα πολύ μεγάλο βαθμό το ΠΕΔΥ Έδεσσας χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα υπηρεσιών όσον αφορά στα εξής:

- Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) νοσηλευτικού προσωπικού (M=4,45, T.A.=0,723)
- Γνώση και εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού (M=4,35, T.A.=0,709)
- Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) ιατρικού προσωπικού (M=4,06, T.A.=0,892)

Επίσης, σε αρκετό προς πολύ μεγάλο βαθμό, το ΠΕΔΥ Έδεσσας χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα υπηρεσιών όσον αφορά στα εξής:

- Γνώση και εμπειρία ιατρικού προσωπικού (M=3,97, T.A.=0,836)
- Νοσηλευτική φροντίδα (M=3,84, T.A.=1,157)
- Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) διοικητικού προσωπικού (M=3,81, T.A.=1,108)
- Διοικητική υποστήριξη προς τους ασθενείς (M=3,61, T.A.=1,202)
- Γνώση και εμπειρία διοικητικού προσωπικού (M=3,52, T.A.=1,180)
- Ιατρική φροντίδα (M=3,29, T.A.=1,216)
- Διοικητική υποστήριξη μεταξύ των τμημάτων (M=3,26, T.A.=1,237)

Τέλος, σε μικρό προς μέτριο βαθμό το ΠΕΔΥ Έδεσσας χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα υπηρεσιών όσον αφορά στα εξής:

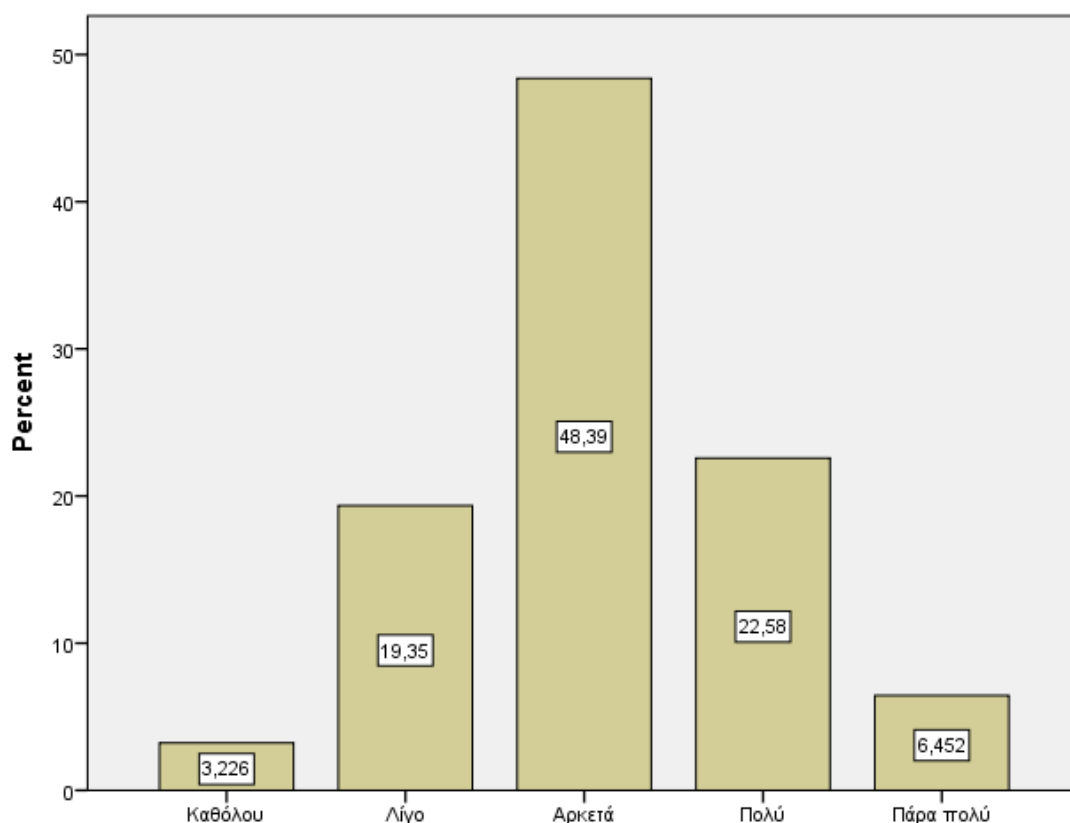
- Στοιχεία λειτουργίας ΠΕΔΥ (M=2,84, T.A.=1,068)
- Στοιχεία οργάνωσης ΠΕΔΥ (M=2,81, T.A.=1,078)

Πίνακας 2. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο στο ΠΕΔΥ Έδεσσας υπάρχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών

	N	M.O.	T.A.
Ιατρική φροντίδα	31	3,29	1,216
Γνώση και εμπειρία ιατρικού προσωπικού	31	3,97	,836
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) ιατρικού προσωπικού	31	4,06	,892
Νοσηλευτική φροντίδα	31	3,84	1,157
Γνώση και εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού	31	4,35	,709
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) νοσηλευτικού προσωπικού	31	4,45	,723
Διοικητική υποστήριξη προς τους ασθενείς	31	3,61	1,202
Διοικητική υποστήριξη μεταξύ των τμημάτων	31	3,26	1,237
Γνώση και εμπειρία διοικητικού προσωπικού	31	3,52	1,180
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) διοικητικού προσωπικού	31	3,81	1,108
Στοιχεία οργάνωσης ΠΕΔΥ	31	2,81	1,078
Στοιχεία λειτουργίας ΠΕΔΥ	31	2,84	1,068

Συνολικά, οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 48,4% (N=15) πιστεύουν ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι σε αρκετό βαθμό ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν. Το 22,6% (N=7) πιστεύει ότι οι ασθενείς είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι και μόνο το 6,5% (N=2) ότι οι ασθενείς είναι σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι. Αντίθετα, υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 19,4% (N=6) που θεωρεί πως οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι σε μικρό βαθμό ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν, αλλά και ένα πολύ μικρό ποσοστό 3,2 (N=1) που θεωρεί πως οι ασθενείς δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι.





*Γράφημα 7. Βαθμός στον οποίον οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν*

Εν συνεχεία οι συμμετέχοντες στην έρευνα ρωτήθηκαν αν χρησιμοποιούν κάποιο δείκτη για τη μέτρηση της ποιότητας. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης που παρατίθενται στον πιο κάτω πίνακα, παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία τους, οι ερωτηθέντες απάντησαν πως κάνουν χρήση ορισμένων δεικτών δομής και διαδικασιών. Πιο συγκεκριμένα, από τους δείκτες δομείς, χρησιμοποιείται η αναλογία προσωπικού:ασθενή (ανά Τμήμα) (N=18, 58,1%) αλλά και η αναλογία προσωπικού:ασθενείς (ανά Τμήμα) (N=16, 51,6%). Από τους δείκτες διαδικασιών χρησιμοποιείται ο χρόνος αναμονής ασθενών (ανά Τμήμα) (N=20, 64,5%). Αντίθετα, δεν χρησιμοποιείται κανένας από τους δείκτες αποτελέσματος.

Πίνακας 3. Συχνότητες και ποσοστά απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το αν χρησιμοποιούν δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>Δείκτες Δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)</b>				
Επάρκεια ηλεκτρομηχανολογικών (Η/Μ) εγκαταστάσεων				
Ναι	14	45,2	45,2	45,2
Όχι	17	54,8	54,8	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Επάρκεια ιατροτεχνολογικού (Ι/Τ) εξοπλισμού				
Ναι	14	45,2	45,2	45,2
Όχι	17	54,8	54,8	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Αναλογία προσωπικού:ασθενή (ανά Τμήμα)				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	18	58,1	58,1	64,5
Όχι	11	35,5	35,5	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Χρόνοι ακινητοποίησης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	10	32,3	32,3	38,7
Όχι	19	61,3	61,3	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Προγράμματα επιμόρφωσης προσωπικού				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	13	41,9	41,9	48,4
Όχι	16	51,6	51,6	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών				
0	1	3,2	3,2	3,2
Ναι	12	38,7	38,7	41,9
Όχι	18	58,1	58,1	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Αναλογία προσωπικού:ασθενείς (ανά Τμήμα)				
0	3	9,7	9,7	9,7
Ναι	16	51,6	51,6	61,3
Όχι	12	38,7	38,7	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Δείκτες Διαδικασιών</b>				
Χρόνοι αναμονής ασθενών (ανά Τμήμα)				
0	1	3,2	3,2	3,2
Ναι	20	64,5	64,5	67,7

Όχι	10	32,3	32,3	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Χρόνοι ακινητοποίησης Η/Μ εγκαταστάσεων &amp; I/T εξοπλισμού</b>				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	11	35,5	35,5	41,9
Όχι	18	58,1	58,1	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Βαθμός πληρότητα Ιατρικού Φακέλου</b>				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	11	35,5	35,5	41,9
Όχι	18	58,1	58,1	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Ιατρικές πράξεις (ανά κατηγορία)</b>				
0	1	3,2	3,2	3,2
Ναι	15	48,4	48,4	51,6
Όχι	15	48,4	48,4	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Λοιμώξεις</b>				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	14	45,2	45,2	51,6
Όχι	15	48,4	48,4	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Κατακλίσεις</b>				
0	1	3,2	3,2	3,2
Ναι	7	22,6	22,6	25,8
Όχι	23	74,2	74,2	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Ατυχήματα</b>				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	8	25,8	25,8	32,3
Όχι	21	67,7	67,7	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Δείκτες Αποτελέσματος</b>				
<b>Θνησιμότητα</b>				
0	1	3,2	3,2	3,2
Ναι	5	16,1	16,1	19,4
Όχι	25	80,6	80,6	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
<b>Νοσηρότητα</b>				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	11	35,5	35,5	41,9
Όχι	18	58,1	58,1	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	

Χρόνοι νοσηλείας ασθενών				
0	1	3,2	3,2	3,2
Ναι	10	32,3	32,3	35,5
Όχι	20	64,5	64,5	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών				
0	2	6,5	6,5	6,5
Ναι	11	35,5	35,5	41,9
Όχι	18	58,1	58,1	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	
Ικανοποίηση των ασθενών (όπως αυτή καταγράφεται μέσω ερωτηματολογίων)				
0	1	3,2	3,2	3,2
Ναι	11	35,5	35,5	38,7
Όχι	19	61,3	61,3	100,0
Σύνολο	31	100,0	100,0	

\*0=Δεν απάντησαν

Στη συνέχεια, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να δηλώσουν σε πιο βαθμό υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία στο ΠΕΔΥ Έδεσσας. Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση των απαντήσεών τους. Αυτό που καταρχήν παρατηρούμε είναι ότι ο μέσος όρος σε όλες τις παραμέτρους κυμαίνεται μεταξύ του λίγο και αρκετά. Αυτό σημαίνει πως σε μικρό προς αρκετά μεγάλο βαθμό το ΠΕΔΥ Έδεσσας χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη των πιο κάτω στοιχείων με την εξής σειρά:

- Ευαισθητοποίηση εργαζομένων σε θέματα ποιότητας (M=2,71, T.A.=1,510)
- Λεπτομερής περιγραφή των κατάλληλων διαδικασιών για τη φροντίδα των ασθενών (M=2,39, T.A.=1,174)
- Διαχείριση κόστους ποιότητας (M=2,32, T.A.=1,351)
- Εσωτερικές επιθεωρήσεις (M=2,29, T.A.=1,296)
- Εισαγωγή και παρακολούθηση εφαρμογών διαχείρισης ποιότητας (M=2,29, T.A.=1,419)
- Καθορισμένοι στόχοι ποιότητας και σχέδια δράσης για την επίτευξή τους (M=2,26, T.A.=1,341)
- Έκφραση των στόχων διασφάλισης ποιότητας σε μετρήσιμα μεγέθη (M=2,26, T.A.=1,365)
- Επίλυση κρίσεων σε θέματα ποιότητας (M=2,23, T.A.=1,383)
- Παρακολούθηση δεικτών ποιότητας (M=2,23, T.A.=1,203)
- Επικοινωνία οράματος για θέματα ποιότητας (M=2,19, T.A.=1,424)

- Επίλυση προβλημάτων ποιότητας (M=2,19, T.A.=1,447)
- Διερεύνηση βέλτιστων πρακτικών ποιότητας (M=2,19, T.A.=1,352)
- Ανάπτυξη και λειτουργία ομάδων ποιότητας (M=2,19, T.A.=1,327)
- Ετήσια έκθεση για τη διασφάλιση ποιότητας (M=2,19, T.A.=1,302)
- Ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας (M=2,16, T.A.=1,485)
- Προσδιορισμός οράματος για θέματα ποιότητας (M=2,13, T.A.=1,455)
- Σχεδιασμός πολιτικών ποιότητας (M=2,13, T.A.=1,384)
- Βελτίωση συστήματος ποιότητας (M=2,13, T.A.=1,408)
- Εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας (M=2,13, T.A.=1,360)
- Ανάπτυξη στρατηγικής για την ποιότητα (M=2,06, T.A.=1,389)
- Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας (M=2,06, T.A.=1,289)
- Επιθεώρηση και έλεγχος διαδικασιών (M=2,03, T.A.=1,224)

Πίνακας 4. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με την ύπαρξη συγκεκριμένων παραμέτρων στο ΠΕΔΥ Έδεσσας

	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>
Ανάπτυξη στρατηγικής για την ποιότητα	31	2,06	1,389
Προσδιορισμός οράματος για θέματα ποιότητας	31	2,13	1,455
Επικοινωνία οράματος για θέματα ποιότητας	31	2,19	1,424
Ευαισθητοποίηση εργαζομένων σε θέματα ποιότητας	31	2,71	1,510
Λεπτομερής περιγραφή των κατάλληλων διαδικασιών για τη φροντίδα των ασθενών	31	2,39	1,174
Καθορισμένοι στόχοι ποιότητας και σχέδια δράσης για την επίτευξή τους	31	2,26	1,341
Σχεδιασμός πολιτικών ποιότητας	31	2,13	1,384
Επίλυση προβλημάτων ποιότητας	31	2,19	1,447
Επίλυση κρίσεων σε θέματα ποιότητας	31	2,23	1,383
Διερεύνηση βέλτιστων πρακτικών ποιότητας	31	2,19	1,352
Εισαγωγή και παρακολούθηση εφαρμογών διαχείρισης ποιότητας	31	2,29	1,419
Έκφραση των στόχων διασφάλισης ποιότητας	31	2,26	1,365

σε μετρήσιμα μεγέθη			
Εσωτερικές επιθεωρήσεις	31	2,29	1,296
Παρακολούθηση δεικτών ποιότητας	31	2,23	1,203
Διαχείριση κόστους ποιότητας	31	2,32	1,351
Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας	31	2,06	1,289
Ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας	31	2,16	1,485
Εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας	31	2,13	1,360
Επιθεώρηση και έλεγχος διαδικασιών	31	2,03	1,224
Βελτίωση συστήματος ποιότητας	31	2,13	1,408
Ανάπτυξη και λειτουργία ομάδων ποιότητας	31	2,19	1,327
Ετήσια έκθεση για τη διασφάλιση ποιότητας	31	2,19	1,302

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση των απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με κατά πόσο συμφωνούν / διαφωνούν σχετικά με παραμέτρους που αφορούν το ΠΕΔΥ Έδεσσας. Οι απαντήσεις τους θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν περισσότερο ως ουδέτερες (ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ). Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες τείνουν να διαφωνούν προς το να μη διαφωνούν, αλλά ούτε και να συμφωνούν, σχετικά με τα εξής:

- Τα δεδομένα από τους προμηθευτές χρησιμοποιούνται κατά την εκπόνηση σχεδίου του νοσοκομείου για τη βελτίωση της ποιότητας (M=2,97, T.A.=1,140)
- Το ΠΕΔΥ ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες για να βεβαιωθεί ότι πληρούνται οι απαιτήσεις ποιότητας (M=2,94, T.A.=1,181)
- Το ΠΕΔΥ διαθέτει αποτελεσματικές πολιτικές για να υποστηρίξει τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (M=2,90, T.A.=1,248)
- Το προσωπικό είναι δεσμευμένο στη διασφάλιση της ποιότητας (M=2,90, T.A.=1,193)
- Το ΠΕΔΥ ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να τηρούν τα αρχεία των μετρήσεων ποιότητας (M=2,74, T.A.=1,413)
- Οι υπηρεσίες που παρέχει το ΠΕΔΥ έχουν ελεγχθεί διεξοδικά για την ποιότητά τους πριν από την εφαρμογή τους (M=2,65, T.A.=1,050)
- Το προσωπικό εκπαιδεύεται προκειμένου να ακολουθήσει μεθόδους διασφάλισης ποιότητας (M=2,65, T.A.=1,450)

- Το προσωπικό λαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων (ανατροφοδότηση) (M=2,45, T.A.=1,434)

Επίσης, οι ερωτηθέντες τείνουν να συμφωνούν (οι απαντήσεις τους κυμαίνονται από το 'ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ' προς 'συμφωνώ'), μόνο ως προς τα εξής:

- Το προσωπικό συντονίζει τις προσπάθειές του για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας (M=3,58, T.A.=1,057)
- Το ΠΕΔΥ θεωρεί τη διασφάλιση της ποιότητας ως μια συνεχής αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωσή του (M=3,06, T.A.=1,237)
- Το ΠΕΔΥ συνεργάζεται στενά με τους προμηθευτές για τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών του (M=3,03, T.A.=1,278)
- Το ΠΕΔΥ προσπαθεί να συμπεριλάβει την έννοια της ποιότητας σε νέες υπηρεσίες που αναπτύσσονται (M=3,03, T.A.=1,048)

Πίνακας 5. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το βαθμό συμφωνίας / διαφωνίας τους σχετικά με παραμέτρους που αφορούν το ΠΕΔΥ Έδεσσας.

	N	M.O.	T.A.
Το ΠΕΔΥ ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες για να βεβαιωθεί ότι πληρούνται οι απαιτήσεις ποιότητας	31	2,94	1,181
Το προσωπικό συντονίζει τις προσπάθειές του για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας	31	3,58	1,057
Το ΠΕΔΥ συνεργάζεται στενά με τους προμηθευτές για τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών του	31	3,03	1,278
Τα δεδομένα από τους προμηθευτές χρησιμοποιούνται κατά την εκπόνηση σχεδίου του νοσοκομείου για τη βελτίωση της ποιότητας	31	2,97	1,140
Το ΠΕΔΥ διαθέτει αποτελεσματικές πολιτικές για να υποστηρίξει τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	31	2,90	1,248
Το ΠΕΔΥ προσπαθεί να συμπεριλάβει την	31	3,03	1,048

---

έννοια της ποιότητας σε νέες υπηρεσίες που αναπτύσσονται			
Οι υπηρεσίες που παρέχει το ΠΕΔΥ έχουν ελεγχθεί διεξοδικά για την ποιότητά τους πριν από την εφαρμογή τους	31	2,65	1,050
Το ΠΕΔΥ θεωρεί τη διασφάλιση της ποιότητας ως μια συνεχή αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωσή του	31	3,06	1,237
Το ΠΕΔΥ ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να τηρούν τα αρχεία των μετρήσεων ποιότητας	31	2,74	1,413
Το προσωπικό είναι δεσμευμένο στη διασφάλιση της ποιότητας	31	2,90	1,193
Το προσωπικό λαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων (ανατροφοδότηση)	31	2,45	1,434
Το προσωπικό εκπαιδεύεται προκειμένου να ακολουθήσει μεθόδους διασφάλισης ποιότητας	31	2,65	1,450

---

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται ο μέρος όρος και η τυπική απόκλιση των ερωτηθέντων σχετικά με το βαθμό στον οποίον θεωρούν ότι θα πρέπει να υπάρξουν βελτιώσεις στο ΠΕΔΥ Έδεσσας. Από τις απαντήσεις τους, καταδεικνύεται ότι το ΠΕΔΥ Έδεσσας χρίζει βελτιώσεων σχεδόν σε όλους τους τομείς, σε πολύ προς πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η βελτίωση της σχέσης με τους προμηθευτές, η οποία θα πρέπει να βελτιωθεί σε αρκετό προς πολύ μεγάλο βαθμό (M=3,97, T.A.=1,016), καθώς και η μείωση των ατυχημάτων στον χώρο εργασίας (M=3,58, T.A.=1,1777). Έτσι, βάσει των απαντήσεων των ερωτηθέντων, καταδεικνύεται ότι οι βελτιώσεις που θα πρέπει να γίνουν σε πολύ προς πάρα πολύ μεγάλο βαθμό αφορούν τα εξής:

- Βελτίωση (συνολικά) της λειτουργίας του ΠΕΔΥ Έδεσσας (M=4,45, T.A.=0,925)
- Διασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του ΠΕΔΥ Έδεσσας (M=4,45, T.A.=0,850)
- Καθορισμός των ελάχιστων πόρων για την παροχή υπηρεσιών (M=4,45, T.A.=0,624)



- Δημιουργία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους εργαζομένους (M=4,42, T.A.=0,765)
- Βελτιστοποίηση επιχειρηματικής εικόνας (M=4,42, T.A.=1,057)
- Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και παροχής υπηρεσιών (M=4,39, T.A.=0,844)
- Αύξηση κερδοφορίας (M=4,35, T.A.=1,112)
- Ανάπτυξη βελτιωμένων πολιτικών και διαδικασιών (M=4,35, T.A.=1,142)
- Αποτελεσματικότερη αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (M=4,32, T.A.=1,077)
- Βελτίωση των συνθηκών εργασίας (M=4,32, T.A.=0,791)
- Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών (M=4,23, T.A.=1,055)
- Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε υλικά (M=4,23, T.A.=0,845)
- Τήρηση νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου (M=4,23, T.A.=1,087)
- Βελτίωση πληροφόρησης management (M=4,19, T.A.=1,138)
- Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε εργατοώρες (M=4,19, T.A.=0,792)
- Αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων (M=4,19, T.A.=0,792)
- Οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων (M=4,19, T.A.=1,108)
- Χαμηλότερα ποσοστά απουσίας από τον χώρο εργασίας (M=4,13, T.A.=1,204)
- Αποφυγή επανάληψης λανθασμένων κινήσεων (M=4,10, T.A.=1,044)
- Μείωση του κόστους (M=4,03, T.A.=1,140)
- Αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων (M=4,03, T.A.=0,836)

Πίνακας 6. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το βαθμό στον οποίον θεωρούν ότι θα πρέπει να υπάρξουν βελτιώσεις στο ΠΕΔΥ Έδεσσας

	N	M.O.	T.A.
Βελτίωση (συνολικά) της λειτουργίας του ΠΕΔΥ Έδεσσας	31	4,45	,925
Διασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του ΠΕΔΥ Έδεσσας	31	4,45	,850
Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και παροχής υπηρεσιών	31	4,39	,844
Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών	31	4,23	1,055

Τήρηση νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου	31	4,23	1,087
Ανάπτυξη βελτιωμένων πολιτικών και διαδικασιών	31	4,35	1,142
Βελτίωση πληροφόρησης management	31	4,19	1,138
Αποτελεσματικότερη αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	31	4,32	1,077
Καθορισμός των ελάχιστων πόρων για την παροχή υπηρεσιών	31	4,45	,624
Αποφυγή επανάληψης λανθασμένων κινήσεων	31	4,10	1,044
Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε εργατοώρες	31	4,19	,792
Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε υλικά	31	4,23	,845
Βελτιστοποίηση επιχειρηματικής εικόνας	31	4,42	1,057
Μείωση του κόστους	31	4,03	1,140
Αύξηση κερδοφορίας	31	4,35	1,112
Βελτίωση των συνθηκών εργασίας	31	4,32	,791
Αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων	31	4,19	,792
Αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων	31	4,03	,836
Μείωση των ατυχημάτων στον χώρο εργασίας	31	3,58	1,177
Οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων	31	4,19	1,108
Δημιουργία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους εργαζομένους	31	4,42	,765
Χαμηλότερα ποσοστά απουσίας από τον χώρο εργασίας	31	4,13	1,204
Βελτίωση της σχέσης με τους προμηθευτές	31	3,97	1,016

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να εκφράσουν το βαθμό στον οποίο πιστεύουν ότι συγκεκριμένες πρακτικές θα συμβάλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας. Σε αρκετό προς πολύ μεγάλο βαθμό θεωρούν ότι θα συμβάλλει η πιστοποίηση (M=3,94, T.A.=1,436). Σε πολύ προς πάρα πολύ μεγάλο βαθμό οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι θα συμβάλλει η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (M=4,45, T.A.=0,675), η εισαγωγή συστήματος διαχείρισης ποιότητας (M=4,26, T.A.=1,032), η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (M=4,26, T.A.=1,032) και τέλος η εισαγωγή δεικτών για τη μέτρηση της

ποιότητας (M=4,19, T.A.=1,046). Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην απάντηση ‘άλλο’ ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφερε την εποπτεία.

Πίνακας 7. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με το βαθμό στον οποίον θεωρούν ότι συγκεκριμένες πρακτικές θα συμβάλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας

	N	M.O.	T.A.
Εισαγωγή δεικτών για τη μέτρηση της ποιότητας	31	4,19	1,046
Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	31	4,45	,675
Εισαγωγή συστήματος διαχείρισης ποιότητας	31	4,26	1,032
Διοίκηση ολικής ποιότητας	31	4,26	1,032
Πιστοποίηση	31	3,94	1,436
Άλλο	31	,03	,180

Τέλος, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν σχετικά με τους παράγοντες που θεωρούν ως σημαντικούς, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας. Όλοι οι παράγοντες που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο κρίθηκαν πολύ έως πάρα πολύ σημαντικοί. Με σειρά προτεραιότητας, οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Ενεργός συμμετοχή όλων των εργαζομένων (M=4,81, T.A.=0,477)
- Διαρκής βελτίωση των διαδικασιών (M=4,71, T.A.=0,461)
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση (M=4,71, T.A.=0,529)
- Επικέντρωση στους ασθενείς (M=4,68, T.A.=0,945)
- Ενδυνάμωση των εργαζομένων (M=4,68, T.A.=0,541)
- Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων (M=4,65, T.A.=0,486)
- Ομαδική συνεργασία (M=4,58, T.A.=0,720)
- Δημιουργία συστημάτων που ενθαρρύνουν την καινοτομία (M=4,58, T.A.=0,564)
- Μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός (M=4,52, T.A.=1,092)

- Επιβράβευση εργαζομένων και παροχή κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας και της ικανοποίησής τους (M=4,48, T.A.=1,092)
- Σωστή διαχείριση πληροφοριών (M=4,48, T.A.=0,962)
- Ελαχιστοποίηση παραγόντων που προκαλούν άγχος και φόβο στους εργαζομένους (M=4,48, T.A.=0,626)
- Υποστήριξη από την ηγεσία (M=4,45, T.A.=1,091)
- Δέσμευση της ηγεσίας (M=4,35, T.A.=1,142)
- Επικέντρωση στους προμηθευτές (M=4,10, T.A.=1,076)

Πίνακας 8. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με τη σημαντικότητα παραγόντων ως προς τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας

	<b>N</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>
Δέσμευση της ηγεσίας	31	4,35	1,142
Υποστήριξη από την ηγεσία	31	4,45	1,091
Ενεργός συμμετοχή όλων των εργαζομένων	31	4,81	,477
Μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός	31	4,52	1,092
Επικέντρωση στους ασθενείς	31	4,68	,945
Επικέντρωση στους προμηθευτές	31	4,10	1,076
Διαρκής βελτίωση των διαδικασιών	31	4,71	,461
Ενδυνάμωση των εργαζομένων	31	4,68	,541
Σωστή διαχείριση πληροφοριών	31	4,48	,962
Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων	31	4,65	,486
Ομαδική συνεργασία	31	4,58	,720
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση	31	4,71	,529
Επιβράβευση εργαζομένων και παροχή κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας και της ικανοποίησής τους	31	4,48	1,092
Δημιουργία συστημάτων που ενθαρρύνουν την καινοτομία	31	4,58	,564
Ελαχιστοποίηση παραγόντων που προκαλούν άγχος και φόβο στους εργαζομένους	31	4,48	,626

## 4.2 Επαγωγική στατιστική

Στην ενότητα αυτή εξετάζεται αν τα προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων διαφοροποιούν τις απαντήσεις που έδωσαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Προκειμένου να διαπιστωθεί αν θα χρησιμοποιούν παραμετρικά ή μη τεστ, διεξήχθη ο έλεγχος Shapiro-Wilk, από τον οποίον καταδείχθηκε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Συνεπώς θα χρησιμοποιηθούν μη παραμετρικά τεστ. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι ίσο με  $\alpha=0,05$ .

Προκειμένου να εξεταστεί αν το φύλο και το καθεστώς απασχόλησης επηρεάζουν τις απόψεις που εξέφρασαν οι ερωτηθέντες, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική έλεγχου Mann-Whitney. Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει επίδραση της ηλικίας, της εκπαίδευσης, της ειδικότητας και των ετών προϋπηρεσία στις απαντήσεις των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική έλεγχου Kruskal-Wallis. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται το p-value, που δηλώνει αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Οι τιμές αυτές έχουν σημειωθεί με έντονη γραφή.

Πίνακας 9. Διαφοροποίηση απόψεων ερωτηθέντων με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

	p-value					
	Φύλο	Ηλικία	Εκπ/ση	Ειδ/τα	Απ/ση	Πρ/σία
<b>Κατά πόσο στο ΠΕΔΥ Έδεσσας υπάρχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών</b>						
Ιατρική φροντίδα	<b>0,003</b>	<b>0,018</b>	0,711	<b>0,046</b>	0,340	0,683
Γνώση και εμπειρία ιατρικού προσωπικού	<b>0,012</b>	0,206	0,828	0,232	0,370	0,630
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) ιατρικού προσωπικού	<b>0,038</b>	0,230	0,174	0,679	0,496	0,821
Νοσηλευτική φροντίδα	0,353	0,120	0,503	<b>0,014</b>	0,448	0,527
Γνώση και εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού	<b>0,018</b>	0,228	0,968	<b>0,018</b>	0,331	0,676
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) νοσηλευτικού προσωπικού	<b>0,048</b>	0,110	0,931	<b>0,013</b>	0,964	0,738
Διοικητική υποστήριξη προς τους ασθενείς	0,824	0,812	0,240	<b>0,024</b>	0,677	0,807
Διοικητική υποστήριξη μεταξύ των τμημάτων	0,263	0,831	0,218	0,351	0,426	0,549
Γνώση και εμπειρία διοικητικού προσωπικού	0,761	0,800	0,244	0,294	0,214	0,359
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) διοικητικού προσωπικού	0,386	0,205	0,079	0,215	0,357	0,656
Στοιχεία οργάνωσης ΠΕΔΥ	0,076	0,234	0,142	0,139	0,332	0,977

Στοιχεία λειτουργίας ΠΕΔΥ	0,089	<b>0,021</b>	<b>0,029</b>	0,291	0,308	0,908
<b>Βαθμός στον οποίο οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν</b>	<b>0,012</b>	<b>0,014</b>	0,255	0,064	0,281	0,536
<b>Χρησιμοποίηση Δεικτών Δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)</b>						
Επάρκεια ηλεκτρομηχανολογικών (H/M) εγκαταστάσεων	0,474	0,216	0,991	0,556	0,113	0,092
Επάρκεια ιατροτεχνολογικού (I/T) εξοπλισμού	0,474	0,260	0,805	0,727	0,113	0,341
Αναλογία προσωπικού:ασθενή (ανά Τμήμα)	0,829	0,366	0,063	0,708	0,406	0,288
Χρόνοι ακινητοποίησης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	0,222	0,985	0,986	0,597	0,815	0,630
Προγράμματα επιμόρφωσης προσωπικού	0,414	0,498	0,052	0,850	0,205	0,414
Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών	0,238	0,986	0,688	0,776	0,852	0,697
Αναλογία προσωπικού:ασθενείς (ανά Τμήμα)	0,811	0,896	0,636	0,344	0,420	0,183
<b>Χρησιμοποίηση Δεικτών Διαδικασιών</b>						
Χρόνοι αναμονής ασθενών (ανά Τμήμα)	0,630	0,227	0,187	0,517	0,387	0,338
Χρόνοι ακινητοποίησης H/M εγκαταστάσεων & I/T εξοπλισμού	0,281	0,234	<b>0,006</b>	0,400	0,231	0,580
Βαθμός πληρότητα Ιατρικού Φακέλου	0,281	0,541	0,165	0,900	0,890	0,389
Ιατρικές πράξεις (ανά κατηγορία)	0,427	0,926	0,672	0,257	0,927	0,347
Λοιμώξεις	0,240	0,544	0,924	0,821	0,241	0,399
Κατακλήσεις	0,944	0,262	0,477	<b>0,016</b>	<b>0,020</b>	0,122
Ατυχήματα	0,719	0,503	0,192	<b>0,035</b>	0,062	0,094
<b>Χρησιμοποίηση Δεικτών Αποτελέσματος</b>						
Θνησιμότητα	0,159	0,704	0,762	0,388	0,292	0,799
Νοσηρότητα	0,139	0,378	0,147	0,849	0,890	0,334
Χρόνοι νοσηλείας ασθενών	0,607	0,480	0,543	0,715	0,700	0,183
Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών	0,853	0,427	0,165	0,364	0,140	0,252
Ικανοποίηση των ασθενών (όπως αυτή καταγράφεται μέσω ερωτηματολογίων)	0,570	0,552	0,196	0,136	0,089	0,071
<b>Ύπαρξη συγκεκριμένων παραμέτρων στο ΠΕΔΥ Έδεσσας</b>						
Ανάπτυξη στρατηγικής για την ποιότητα	0,887	0,554	0,353	0,243	0,611	0,569
Προσδιορισμός οράματος για θέματα ποιότητας	0,956	0,734	0,491	0,164	0,739	0,289
Επικοινωνία οράματος για θέματα ποιότητας	0,955	0,804	0,161	0,160	0,801	0,491
Ευαισθητοποίηση εργαζομένων σε θέματα ποιότητας	0,681	0,509	0,185	0,079	0,935	0,681
Λεπτομερής περιγραφή των κατάλληλων διαδικασιών για τη φροντίδα των ασθενών	0,978	0,502	0,142	0,580	0,736	0,573
Καθορισμένοι στόχοι ποιότητας και σχέδια δράσης για την επίτευξή τους	0,255	0,650	<b>0,028</b>	0,684	0,589	0,491
Σχεδιασμός πολιτικών ποιότητας	0,160	0,276	<b>0,040</b>	0,415	0,448	0,512

Επίλυση προβλημάτων ποιότητας	0,934	0,656	0,196	0,207	0,507	0,340
Επίλυση κρίσεων σε θέματα ποιότητας	0,867	0,645	0,148	0,293	0,531	0,311
Διερεύνηση βέλτιστων πρακτικών ποιότητας	0,911	0,519	0,129	0,297	0,505	0,380
Εισαγωγή και παρακολούθηση εφαρμογών διαχείρισης ποιότητας	0,469	0,282	0,175	0,259	0,617	0,355
Έκφραση των στόχων διασφάλισης ποιότητας σε μετρήσιμα μεγέθη	0,486	0,237	0,065	0,697	0,617	0,604
Εσωτερικές επιθεωρήσεις	0,200	0,227	0,094	0,907	0,211	0,397
Παρακολούθηση δεικτών ποιότητας	0,468	0,236	<b>0,024</b>	0,556	0,559	0,493
Διαχείριση κόστους ποιότητας	0,224	0,175	<b>0,035</b>	0,578	0,649	0,445
Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας	0,911	0,732	0,416	0,126	0,427	0,429
Ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας	0,696	0,702	<b>0,013</b>	0,310	0,802	0,497
Εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας	0,576	0,261	0,110	0,314	0,426	0,795
Επιθεώρηση και έλεγχος διαδικασιών	0,757	0,510	<b>0,037</b>	0,624	0,736	0,560
Βελτίωση συστήματος ποιότητας	0,354	0,531	0,070	0,335	0,737	0,390
Ανάπτυξη και λειτουργία ομάδων ποιότητας	0,656	0,331	0,064	0,148	0,933	0,524
Ετήσια έκθεση για τη διασφάλιση ποιότητας	0,504	0,165	0,352	0,265	0,505	0,890

**Βαθμός συμφωνίας / διαφωνίας σχετικά με παραμέτρους που αφορούν το ΠΕΔΥ Έδεσσας**

Το ΠΕΔΥ ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες για να βεβαιωθεί ότι πληρούνται οι απαιτήσεις ποιότητας	0,331	0,350	0,513	0,310	0,383	0,416
Το προσωπικό συντονίζει τις προσπάθειές του για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας	0,370	0,325	0,513	0,434	0,502	0,573
Το ΠΕΔΥ συνεργάζεται στενά με τους προμηθευτές για τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών του	0,890	0,492	0,533	0,063	0,934	0,673
Τα δεδομένα από τους προμηθευτές χρησιμοποιούνται κατά την εκπόνηση σχεδίου του νοσοκομείου για τη βελτίωση της ποιότητας	0,585	0,671	0,180	0,522	0,863	0,706
Το ΠΕΔΥ διαθέτει αποτελεσματικές πολιτικές για να υποστηρίξει τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,453	0,197	0,248	0,838	0,708	0,671
Το ΠΕΔΥ προσπαθεί να συμπεριλάβει την έννοια της ποιότητας σε νέες υπηρεσίες που αναπτύσσονται	0,431	<b>0,037</b>	0,054	0,423	0,966	0,698
Οι υπηρεσίες που παρέχει το ΠΕΔΥ έχουν ελεγχθεί διεξοδικά για την ποιότητά τους πριν από την εφαρμογή τους	0,843	<b>0,028</b>	0,172	0,816	0,309	0,921
Το ΠΕΔΥ θεωρεί τη διασφάλιση της ποιότητας ως μια συνεχής αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωσή του	0,762	0,056	0,114	0,457	0,934	0,968
Το ΠΕΔΥ ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να τηρούν τα	0,508	<b>0,036</b>	0,188	0,180	0,433	0,877

αρχεία των μετρήσεων ποιότητας						
Το προσωπικό είναι δεσμευμένο στη διασφάλιση της ποιότητας	0,677	<b>0,022</b>	<b>0,019</b>	0,915	0,740	0,758
Το προσωπικό λαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων (ανατροφοδότηση)	0,377	0,204	<b>0,013</b>	0,424	0,649	0,828
Το προσωπικό εκπαιδεύεται προκειμένου να ακολουθήσει μεθόδους διασφάλισης ποιότητας	0,890	0,073	<b>0,010</b>	0,599	0,160	0,521
<b>Βελτιώσεις στο ΠΕΔΥ Έδεσσας</b>						
Βελτίωση (συνολικά) της λειτουργίας του ΠΕΔΥ Έδεσσας	0,375	0,779	0,837	0,189	0,297	0,875
Διασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του ΠΕΔΥ Έδεσσας	0,268	0,642	0,778	0,231	0,890	0,645
Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και παροχής υπηρεσιών	<b>0,035</b>	0,207	0,990	0,072	1,000	0,061
Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών	0,593	0,457	0,418	0,784	0,790	0,183
Τήρηση νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου	0,316	0,054	0,168	0,170	0,825	0,068
Ανάπτυξη βελτιωμένων πολιτικών και διαδικασιών	0,829	0,191	0,336	0,571	0,890	0,589
Βελτίωση πληροφόρησης management	0,593	0,510	0,700	0,428	0,790	0,886
Αποτελεσματικότερη αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	0,365	0,215	0,656	0,820	0,206	0,995
Καθορισμός των ελάχιστων πόρων για την παροχή υπηρεσιών	0,164	0,443	0,671	0,950	0,964	0,303
Αποφυγή επανάληψης λανθασμένων κινήσεων	0,525	0,818	0,609	0,403	0,574	0,343
Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε εργατοώρες	0,058	0,302	0,838	0,762	0,605	0,070
Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε υλικά	0,097	0,320	0,305	0,386	0,695	0,175
Βελτιστοποίηση επιχειρηματικής εικόνας	0,573	0,545	0,571	0,458	0,815	0,079
Μείωση του κόστους	0,568	0,468	<b>0,029</b>	0,501	0,124	0,871
Αύξηση κερδοφορίας	0,557	0,505	0,234	0,705	0,266	0,997
Βελτίωση των συνθηκών εργασίας	<b>0,018</b>	0,114	0,965	<b>0,023</b>	0,825	0,148
Αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων	0,167	0,453	0,349	0,343	0,121	0,306
Αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων	0,265	0,134	0,825	0,938	0,966	0,141
Μείωση των ατυχημάτων στον χώρο εργασίας	0,756	0,185	0,144	0,114	0,190	0,779
Οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων	0,860	0,599	0,126	0,447	0,792	0,707
Δημιουργία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους εργαζομένους	0,976	0,076	0,322	0,491	1,000	0,516
Χαμηλότερα ποσοστά απουσίας από τον χώρο εργασίας	0,380	0,346	0,158	<b>0,012</b>	0,189	0,863
Βελτίωση της σχέσης με τους προμηθευτές	0,749	0,105	0,121	<b>0,021</b>	0,385	0,723
<b>Πρακτικές που θα συμβάλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας</b>						
Εισαγωγή δεικτών για τη μέτρηση της ποιότητας	0,382	0,284	0,259	0,156	0,727	0,852



Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	1,000	0,172	0,639	0,510	0,205	0,771
Εισαγωγή συστήματος διαχείρισης ποιότητας	0,302	0,340	0,753	0,123	0,825	0,992
Διοίκηση ολικής ποιότητας	0,302	0,190	0,907	0,391	0,158	0,880
Πιστοποίηση	0,560	0,918	0,496	0,975	0,097	0,177
Άλλο	0,661	0,816	0,172	0,663	0,793	0,655
<b>Σημαντικοί παράγοντες ως προς τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας</b>						
Δέσμευση της ηγεσίας	0,659	0,387	0,421	<b>0,049</b>	0,539	0,070
Υποστήριξη από την ηγεσία	0,557	0,288	0,245	0,120	0,696	0,165
Ενεργός συμμετοχή όλων των εργαζομένων	0,293	0,768	0,737	0,217	0,529	0,322
Μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός	0,362	0,107	0,234	0,354	0,529	0,355
Επικέντρωση στους ασθενείς	0,159	0,215	0,326	0,302	0,482	0,811
Επικέντρωση στους προμηθευτές	0,228	0,277	0,334	0,078	0,606	0,965
Διαρκής βελτίωση των διαδικασιών	0,124	0,835	<b>0,034</b>	0,251	0,358	0,480
Ενδυνάμωση των εργαζομένων	0,127	0,606	0,449	0,648	0,360	0,280
Σωστή διαχείριση πληροφοριών	0,705	0,568	0,070	0,507	0,257	0,291
Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων	0,075	0,484	0,764	0,631	0,286	0,372
Ομαδική συνεργασία	0,492	0,400	0,178	0,915	0,327	0,236
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση	0,159	0,712	0,953	0,427	0,399	0,249
Επιβράβευση εργαζομένων και παροχή κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας και της ικανοποίησής τους	0,840	0,768	0,401	0,059	0,364	0,696
Δημιουργία συστημάτων που ενθαρρύνουν την καινοτομία	0,344	0,721	0,602	0,304	0,257	0,560
Ελαχιστοποίηση παραγόντων που προκαλούν άγχος και φόβο στους εργαζομένους	0,212	0,365	0,388	0,237	0,202	<b>0,031</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

## 5.1 Συμπεράσματα της έρευνας

Πρώτο ερευνητικό ερώτημα: Πώς ορίζεται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας,

Με βάση τις απόψεις των ερωτηθέντων, η ποιότητα ορίζεται ως η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα ορίζονται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα με την ύπαρξη διαφόρων παραμέτρων και πιο συγκεκριμένα: η άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών, ο μειωμένος χρόνος αναμονής αυτών, η εύκολη και ισότιμη πρόσβαση στη μονάδα υγείας, η καθαριότητα, η ευγένεια, η σωστή συμπεριφορά του προσωπικού, η ενημέρωση των ασθενών, η επάρκεια του προσωπικού (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό), η σωστή και έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων υγείας των ασθενών ώστε να δίνεται η αντίστοιχη θεραπεία, η καλή συνεργασία μεταξύ ιατρών και ασθενών, καθώς και ο επαρκής και τεχνολογικά ανεπτυγμένος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός.

Η καθαριότητα των χώρων, ο χρόνος αναμονής, η ευγένεια του προσωπικού, η προσβασιμότητα, η σωστή και έγκαιρη διάγνωση, η επαγγελματική κατάρτιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και αποφυγή λαθών όσον αφορά στη διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπεία αποτελούν στοιχεία που συνδέονται με την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, στη βάση των αποτελεσμάτων προηγούμενων ερευνών (Ραφτόπουλος, 2002, Παπαθανασίου, 2007, Πολύζος και συν., 2007, Λαζάρου & Οικονομοπούλου, 2007, Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010, Λιαρόπουλος, 2010, Ζιάμπα και συν., 2010, Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, Lekidou et al., 2007, Buttell et al., 2008, Kapoor, 2011).

Συνολικά, οι ερωτηθέντες ανέφεραν πως η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την επάρκεια του προσωπικού και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και την ύπαρξη των απαραίτητων γνώσεων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων από μέρους του προσωπικού, έτσι ώστε να παρασχεθούν υπηρεσίες υγείας στον κατάλληλο χρόνο, με αποδοτική χρησιμοποίηση των προαναφερθέντων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν με αποτελεσματικό τρόπο οι ανάγκες των ασθενών.

Τα παραπάνω συνάδουν με τα αποτελέσματα από προηγούμενες μελέτες. Πράγματι, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνδέεται με την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των μονάδων υγείας, σε λειτουργικό, οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο (Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010, Winter, 2008, Karoor, 2010). Απώτερος στόχος αυτής της αποτελεσματικότητας είναι να μπορέσουν οι μονάδες υγείας να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ασθενών, μέσα από την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, που είναι η έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών (Τσιότρας, 2002, Ραυτόπουλος, 2002, Τσούγκα, 2004, Τούντας, 2008, Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010, Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, Lekidou et al., 2007, Buttell et al., 2008, Karoor, 2011, Mosadeghrad, 2014).

Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα: Ποια είναι η σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας,

Όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν πως η σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έγκειται στο ότι η υγεία είναι το πιο πολύτιμο αγαθό, αλλά και δικαίωμα, του ανθρώπου και ως εκ τούτου θα πρέπει να διαφυλαχθεί και να διασφαλιστεί. Επίσης, αναφέρθηκε πως η ποιότητα είναι σημαντική δεδομένου ότι με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής-πολίτης αισθάνεται ασφάλεια, ενώ παράλληλα καλύπτονται οι ανάγκες των ασθενών και βελτιώνεται η ποιότητα της υγείας και της ζωής τους. Τέλος, ένας ακόμη παράγοντας που αναφέρθηκε είναι ότι χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας αυξάνουν το κόστος παροχής των υπηρεσιών αυτών από μέρους τόσο του κράτους, όσο και των ιδίων των ασθενών.

Το γεγονός ότι υπηρεσίες υγείας χαμηλής ποιότητας θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και τη ζωή των πολιτών, αλλά και οδηγούν σε αύξηση του κόστους παροχής αυτών, αναφέρεται και από το Agency for Healthcare Research and Quality (2011). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ποιότητα της υγείας και για λόγους ασφάλειας των ασθενών, αλλά και συνολικά της ποιότητας ζωής και υγείας των πολιτών σύμφωνα με το TNS Opinion & Social (2010), αλλά και τους Buttell et al. (2008).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι ερωτηθέντες δεν ανέφεραν ξεκάθαρα σε αυτήν την ερώτηση πως η ποιότητα συνδέεται με την ικανοποίησή τους. Παρόλα αυτά, και

με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν στην προηγούμενη ερώτηση σχετικά με την έννοια της ποιότητας, εξάγεται το συμπέρασμα πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς απαντά στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2002, Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, de Almeida et al., 2015).

Τρίτο ερευνητικό ερώτημα: Πώς κρίνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το ΠΕΔΥ Έδεσσας,

Αρκετοί είναι οι ερωτηθέντες εκείνοι που πιστεύουν ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι σε αρκετό βαθμό ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν. Ωστόσο, από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι το ΠΕΔΥ Έδεσσας χαρακτηρίζεται συνολικά από μέτριου βαθμού ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Πιο αναλυτικά, αρχικά οι απαντήσεις των ερωτηθέντων κατέδειξαν πως το ΠΕΔΥ Έδεσσας χαρακτηρίζεται από υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε ότι αφορά τη συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) του ιατρικού και κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και τη γνώση και την εμπειρία του τελευταίου. Σε μέτριο προς υψηλό επίπεδο κρίνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το ΠΕΔΥ Έδεσσας ως προς τη γνώση και εμπειρία του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού, την παροχή ιατρικής φροντίδας, τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού, αλλά και τη διοικητική υποστήριξη. Αντίθετα, τα στοιχεία λειτουργίας και οργάνωσης του ΠΕΔΥ κρίθηκαν ως μικρού προς μεσαίου επιπέδου ποιότητας.

Επιπρόσθετα, καταδείχθηκε πως σε μικρό προς αρκετό βαθμό υπάρχουν τα στοιχεία εκείνα που θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως ευαισθητοποίηση εργαζομένων σε θέματα ποιότητας, εισαγωγή και παρακολούθηση εφαρμογών διαχείρισης ποιότητας, καθορισμένοι στόχοι ποιότητας και σχέδια δράσης για την επίτευξή τους, έκφραση των στόχων διασφάλισης ποιότητας σε μετρήσιμα μεγέθη, διερεύνηση βέλτιστων πρακτικών ποιότητας, επίλυση προβλημάτων ποιότητας, επικοινωνία οράματος για θέματα ποιότητας, εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας, ανάπτυξη στρατηγικής για την ποιότητα, ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας, καθώς και εσωτερικές επιθεωρήσεις και έλεγχος διαδικασιών.

Εκτός των παραπάνω, οι ερωτηθέντες δε φαίνεται να συμφώνησαν πως τα δεδομένα από τους προμηθευτές χρησιμοποιούνται κατά την εκπόνηση σχεδίου του νοσοκομείου για τη βελτίωση της ποιότητας, πως το προσωπικό εκπαιδεύεται και είναι δεσμευμένο στη διασφάλιση της ποιότητας, πως το ΠΕΔΥ ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες για να βεβαιωθεί ότι πληρούνται οι απαιτήσεις ποιότητας, διαθέτει αποτελεσματικές πολιτικές για να υποστηρίξει τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να τηρούν τα αρχεία των μετρήσεων ποιότητας, αλλά και πως οι υπηρεσίες που παρέχει το ΠΕΔΥ έχουν ελεγχθεί διεξοδικά για την ποιότητά τους πριν από την εφαρμογή τους. Ωστόσο, σε λίγο μεγαλύτερο βαθμό τείνουν να συμφωνούν με το ότι το προσωπικό συντονίζει τις προσπάθειές του για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας, αλλά και ότι το ΠΕΔΥ Έδεσσας θεωρεί τη διασφάλιση της ποιότητας ως μια συνεχή αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωσή του, συνεργάζεται στενά με τους προμηθευτές για τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών του και προσπαθεί να συμπεριλάβει την έννοια της ποιότητας σε νέες υπηρεσίες που αναπτύσσονται.

Συνολικά, επομένως, φαίνεται ότι το ΠΕΔΥ Έδεσσας αντιμετωπίζει προβλήματα σε κρίσιμες περιοχές οργάνωσης και λειτουργίας του, όπως είναι η διασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα, ο καθορισμός των ελάχιστων πόρων για την παροχή υπηρεσιών, η δημιουργία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους εργαζόμενους, η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και παροχής υπηρεσιών, η ανάπτυξη βελτιωμένων πολιτικών και διαδικασιών, η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και των εργαζομένων, η αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων, η αύξηση κερδοφορίας, αλλά και η αποφυγή λαθών.

Τέταρτο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες θα μπορούσαν να είναι οι καλές πρακτικές για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει το ΠΕΔΥ Έδεσσας,

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν πως στο ΠΕΔΥ Έδεσσας χρησιμοποιούνται κάποιοι δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας και πιο συγκεκριμένα ο δείκτης αναλογία προσωπικού:ασθενή (ανά Τμήμα) και αναλογία προσωπικού:ασθενείς (ανά Τμήμα) από τους δείκτες δομής, καθώς και ο δείκτης χρόνος αναμονής ασθενών (ανά Τμήμα)

από τους δείκτες διαδικασιών. Οι δείκτες αυτοί αποτελούν σημαντικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012).

Εκτός των δεικτών για τη μέτρηση της ποιότητας που ήδη χρησιμοποιούνται, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν πως οι πρακτικές που μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι η πιστοποίηση, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η εισαγωγή συστήματος διαχείρισης ποιότητας και η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Πράγματι, οι διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο πεδίο της αναβάθμισης της ποιότητας στις μονάδες υγείας αναφέρουν πως η διασφάλιση (Αγγελοπούλου και συν., 2005, Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012, Franceschini et al. 2006, Srivastav, 2010, de Vries et al., 2012), η ΔΟΠ (Peratec, 1994, Chandrupatla, 2009, Ambuli και AnanthaPadmanabhan, 2012), το σύστημα διαχείρισης ποιότητας (Γκίκα, 2007, Γκαβέλα, 2012), αλλά και η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, de Almeida et al., 2015) αποτελούν σημαντικές μεθόδους που μπορούν να οδηγήσουν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν πως για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας θα πρέπει να υπάρχει ενεργός συμμετοχή, επιβράβευση, υποκίνηση, ενδυνάμωση αλλά και εκπαίδευση / κατάρτιση όλων των εργαζομένων, διαρκής βελτίωση των διαδικασιών, επικέντρωση στους ασθενείς, μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός, καθώς και δέσμευση και υποστήριξη από την ηγεσία. Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται και από άλλους ερευνητές (Γκαβέλα, 2012, Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012, Dahlgaard et al., 2005) ως αναγκαίοι και σημαντικοί παράγοντες προκειμένου να μπορέσει να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από μία μονάδα υγείας.

## 5.2 Προτάσεις πρακτικής εφαρμογής

Από την προηγηθείσα βιβλιογραφική επισκόπηση καταδείχθηκε πως η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη μέτρησης της ποιότητας αυτών των υπηρεσιών (Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, de Almeida et al., 2015). Για το λόγο αυτό, μία σημαντική και επιτυχημένη, σύμφωνα με την Καλογεροπούλου (2011) στρατηγική βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από μία μονάδα υγείας αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Μέσα από τη μέτρηση των προσδοκιών των ασθενών από τις μονάδες υγείας και την εκ των υστέρων αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που τους παρασχέθηκαν, μπορούν να προσδιοριστούν οι τομείς που δεν ικανοποίησαν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών και κατά συνέπεια χρίζουν βελτίωσης (Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, Lekidou et al., 2007, de Almeida et al., 2015).

Επιπρόσθετα, βρέθηκε από την έρευνα ότι χρησιμοποιούνται ορισμένοι δείκτες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες αυτοί αποτελούν σημαντικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας, αλλά ο αριθμός των χρησιμοποιούμενων δεικτών δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής. Ο πρώτος λόγος είναι ότι υπάρχουν και άλλοι δείκτες εκτός από την αναλογία προσωπικού και ασθενών αλλά και του χρόνου αναμονής των τελευταίων, που είναι πολύ σημαντικοί, όπως είναι η επάρκεια του εξοπλισμού, η οποία συνδέεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως καταδείχθηκε πρωτύτερα. Επίσης, ο δείκτης που αφορά τα προγράμματα επιμόρφωσης του προσωπικού είναι εξίσου σημαντικός, δεδομένου ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει συνεχώς να αναβαθμίζουν τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις δεξιότητές τους, καθώς με αυτόν τον τρόπο συμβάλλουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, αλλά και στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τον οργανισμό (Beamon et al., 2006, European Commission, 2014). Ο δεύτερος λόγος είναι ότι στο ΠΕΔΥ Έδεσσας δε χρησιμοποιείται κάποιος δείκτης από την κατηγορία των δεικτών αποτελέσματος. Ωστόσο, οι δείκτες αυτοί είναι σημαντικοί, καθώς μπορούν να παράσχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή καταγράφεται μέσα από την συμμετοχή τους σε ποσοτικές έρευνες με ερωτηματολόγιο, τη



νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012). Κατά συνέπεια, θα πρέπει το ΠΕΔΥ Έδεσσας να εντάξει και άλλους δείκτες μέτρησης της ποιότητας, προκειμένου να έχει μία περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με την οργάνωση, λειτουργία, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του.

Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι σε μέτριο βαθμό υπάρχει ευαισθητοποίηση εργαζομένων σε θέματα ποιότητας. Ωστόσο, η δέσμευση των εργαζομένων αποτελεί σημαντικό παράγοντα της βελτίωσης της ποιότητας, όπως καταδείχθηκε πρωτίτερα (Γκαβέλα, 2012, Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012, Dahlgaard et al., 2005). Κατά συνέπεια, κρίνεται σημαντική η ευαισθητοποίηση και ενεργός συμμετοχή και δέσμευση των εργαζομένων προς την κατεύθυνση της βελτίωσης και διασφάλισης της ποιότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την συμμετοχή των εργαζομένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, την μετάδοση του οράματος και της αποστολής του οργανισμού, την επιβράβευση των εργαζομένων όσον αφορά στον έργο τους και την αναγνώριση της αξίας της συμβολής τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Επιπρόσθετα, η μετάδοση του οράματος από μέρους της ηγεσίας προς τους εργαζομένους, αλλά και η δέσμευση και η υποστήριξη από την ηγεσία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες τόσο της υποκίνησης και ενδυνάμωσης των εργαζομένων, όσο και της βελτίωσης των διαδικασιών (Dahlgaard et al., 2005).

Παράλληλα, καταδείχθηκε ότι υπάρχει και σε μέτριο βαθμό διαχείριση του κόστους ποιότητας, εισαγωγή και παρακολούθηση εφαρμογών διαχείρισης ποιότητας, καθορισμένοι στόχοι ποιότητας και σχέδια δράσης για την επίτευξή τους και όλες οι δράσεις προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το ΠΕΔΥ Έδεσσας. Ως εκ τούτου, κρίνεται σημαντική η υιοθέτηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας από τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Η ΔΟΠ είναι μία φιλοσοφία που αναγνωρίζει την τεράστια συμβολή και αξία της ποιότητας στην οργάνωση και τη λειτουργία των οργανισμών, αλλά και το ότι οι ανάγκες των ασθενών και οι στόχοι του οργανισμού συνδέονται άμεσα (Peratec, 1994, Ambuli & AnanthaPadmanabhan, 2012). Η ΔΟΠ έχει το πλεονέκτημα ότι διασφαλίζει τη μέγιστη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα σε έναν οργανισμό, μέσα από την έμφαση που δίνεται στις εσωτερικές διαδικασίες, τη μείωση των

ατυχημάτων και των λαθών, αλλά και το ότι οι ανάγκες των ασθενών αποτελούν και στόχους του οργανισμού (Peratec, 1994).

### **5.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα**

Η παρούσα έρευνα εστίασε στη διερεύνηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από το ΠΕΔΥ Έδεσσας και πιο συγκεκριμένα στον προσδιορισμό των τομέων που χρίζουν βελτίωσης, αλλά και σε προτάσεις καλών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από το ΠΕΔΥ Έδεσσας. Η διερεύνηση αυτή πραγματοποιήθηκε μέσα από τις απόψεις του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού της συγκεκριμένης μονάδας υγείας.

Ωστόσο, όπως ήδη αναφέρθηκε, ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας στην αξιολόγηση ενός οργανισμού υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ίδιων των ασθενών (Καλογεροπούλου, 2011, Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014, de Almeida et al., 2015). Ως εκ τούτου, μία μελλοντική έρευνα που θα μπορούσε να διεξαχθεί είναι μία ποσοτική έρευνα με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων σε ασθενείς, ή συγγενείς αυτών, που έχουν απευθυνθεί στο συγκεκριμένο ΠΕΔΥ. Μία τέτοια έρευνα θα επέτρεπε τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων που θα οδηγούσαν στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που έλαβαν, αλλά και στον προσδιορισμό των τομέων που κατά τους ασθενείς χρίζουν άμεσης βελτίωσης. Μία τέτοια έρευνα θα ήταν επίσης ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς οι ασθενείς ενδέχεται να αναδείξουν τη σημαντικότητα παραγόντων που κατά τους εργαζομένους δεν είναι τόσο σημαντικοί. Δεδομένου ότι μία μονάδα υγείας θα πρέπει πρωτίστως να επικεντρώνεται στους ασθενείς και στην ικανοποίηση των δικών τους αναγκών και απαιτήσεων, το να προσδιοριστούν οι σημαντικοί παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας του ΠΕΔΥ Έδεσσας και συνεπώς το να επιδιωχθεί η βελτίωσή τους, θα συνέβαλε σε σημαντικό βαθμό στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Επιπλέον, μία ακόμη μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αποτελείται από μία συγκριτική μελέτη μεταξύ διαφόρων ΠΕΔΥ, από διάφορες γεωγραφικές περιοχές της

Ελλάδας. Τα αποτελέσματα από μία τέτοια έρευνα θα μπορούσαν να οδηγήσουν και στον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, οι νησιωτικές περιοχές αντιμετωπίζουν προβλήματα που δεν αντιμετωπίζουν άλλες αστικές και αγροτικές περιοχές, εξαιτίας της απόστασής τους από τα αστικά κέντρα, αλλά και της ‘νησιωτικότητάς’ τους (Σπιλάνης, 2012). Αυτή η ‘νησιωτικότητα’ «προσδιορίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ φυσικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως είναι η γεωγραφική και κοινωνική απομόνωση, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες, οι περιορισμένοι παραγωγικοί πόροι, οι εποχικές διακυμάνσεις της οικονομίας και του ανθρώπινου δυναμικού και οι δημογραφικές ιδιαιτερότητες των νησιών [...] Η νησιωτικότητα εντείνεται αντιστρόφως ανάλογα με το μέγεθος του νησιού και ανάλογα με την απόστασή του από τις ακτές» (Λάζογλου & Τασιόπουλος, 2014). Επίσης, εξαιτίας των τουριστών που δέχονται τα νησιά, τα συστήματα υγείας τους δέχονται σημαντικές πιέσεις (Tremblay, 2012), ενώ λόγω της μη επαρκούς σύνδεσής τους με τα αστικά κέντρα, τα νησιά αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την επάρκεια του προσωπικού και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (Adams & Sexauer, 2013). Κατά συνέπεια, μία συγκριτική έρευνα σε ΠΕΔΥ που βρίσκονται σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας θα είχε ως αποτέλεσμα και τον εντοπισμό των παραγόντων εκείνων που είναι σημαντικοί για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στη βάση των ιδιαιτεροτήτων τους λόγω του περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργούν.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Ελληνόγλωσση

1. Αγγελοπούλου, Α., Ράπτης, Τ., & Τσιμπάνης, Κ. (2005). Τυποποίηση Παραγωγικής Λειτουργίας - ISO 9000. Ανακτήθηκε από: [http://conta.uom.gr/conta/ekpaideysh/metaptyxiaka/strathgikes\\_diktywn/case\\_studies/dioik\\_oikon/ergasies/ISO9000-ART.pdf](http://conta.uom.gr/conta/ekpaideysh/metaptyxiaka/strathgikes_diktywn/case_studies/dioik_oikon/ergasies/ISO9000-ART.pdf)
2. Αντεριώτη, Π., & Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), 62-68.
3. Γκαβέλα, Σ. (2012) ΕΛΟΤ EN ISO 9001 για την Ποιότητα. Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας. Ανακτήθηκε από [http://portal.tee.gr/portal/page/portal/SCIENTIFIC\\_WORK/scient\\_tyropoisi/ekdilwseis/2012%20DIAX.%20POIOTHTAS/EISIGISEIS%20DIAX%20POIOT/07.1.pdf](http://portal.tee.gr/portal/page/portal/SCIENTIFIC_WORK/scient_tyropoisi/ekdilwseis/2012%20DIAX.%20POIOTHTAS/EISIGISEIS%20DIAX%20POIOT/07.1.pdf)
4. Γκίκα, Γ. (2007). Συστήματα διαχείρισης ποιότητας – Γενικές αρχές. Ανακτήθηκε από: [http://www.arcmeletitiki.gr/images/uploads/pdf/arc\\_sdp7.pdf](http://www.arcmeletitiki.gr/images/uploads/pdf/arc_sdp7.pdf)
5. Δερβιτσιώτης, Κ. (2005). *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. Αθήνα: Οικονομική Βιβλιοθήκη
6. Διλίντας, Α. (2010). Ο εσωτερικός και εξωτερικός έλεγχος ποιότητας των εργαστηριακών εξετάσεων. *Επιθεώρηση Υγείας*, Ιούλιος – Αύγουστος, 27-30.
7. Ζιάμπα, Β., Σαμαρά, Θ., Γιαννοπούλου, Ε., & Βυρλιός, Κ. (2010). Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Η ελληνική πραγματικότητα. *Επιθεώρηση Υγείας*, Μάρτιος – Απρίλιος, 39-43.
8. Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673.
9. Κυριαζή, Ν. (2009). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
10. Λαζάρου, Π.Ν. (2005). *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη*. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

11. Λαζάρου, Π., Οικονομοπούλου, Χ., (2007). Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*, 46(2), 199-214.
12. Λάζογλου, Μ., & Τασιόπουλος, Κ. (2014). Χωρικός σχεδιασμός και αναπτυξιακή στρατηγική για τα ελληνικά νησιά: Η περίπτωση της Νίσυρου. Ανακτήθηκε από: <http://www.seedcenter.gr/conferences/Crisis2014/papers>
13. Λιαρόπουλος, Λ.Α. (2010). *Διεθνή συστήματα υγείας*. Αθήνα: Βήτα.
14. Μανωλιάδης, Ι., Δημοπούλου, Σ. (2007). Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα. *Ιατρικά Θέματα*, 47, 17-21.
15. Μιχαηλίδου, Λ., & Σακελλαρίου, Γ. (2007). Διαχείριση ποιότητας στη δημόσια υγεία: Η εμπειρία του νεφρολογικού τμήματος στο Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». *Ελληνική Νεφρολογία*, 19(1), 40-50.
16. Μποστανίτης, Ι., & Τσαλίδου, Μ. (2010). Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: οι σχέσεις ιατρών – ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος, 15-19.
17. Οικονομοπούλου, Χ.Β., Λιαρόπουλος, Λ., & Δόσιος, Θ. (2000). Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Σύγχρονη θεωρία και πρακτική. *Επιθεώρηση Υγείας*, Νοέμβριος – Δεκέμβριος, 35-37.
18. Παπαγεωργίου, Γ. (2014). Ποσοτική έρευνα. Ανακτήθηκε από: [http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou\\_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf](http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf)
19. Παπαθανασίου, Α. (2007). Προτεραιότητες των συστημάτων υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες: ο ρόλος της διατροφής στα συστήματα υγείας. Ανακτήθηκε από: <http://estia.hua.gr:8080/dspace/items-by-author?author=%CE%A0%CE%B1%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%BF%CF%85%2C+%CE%91%CE%B8%CE%B7%CE%BD%CE%AC>
20. Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 480-488.
21. Παυλάκης, Α. (2007). Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μύθος ή Πραγματικότητα, 14<sup>ο</sup> Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.cyna.org/14th/articles/031.pdf>

22. Πολύζος, Ν., Σινογεώργου, Θ., & Μαριάτου, Δ. (2007). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(1), 10-19.
23. Ραφτόπουλος, Β.Γ. (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
24. Σκλάβος, Γ. (2001). Μεταβλητές εκτίμησης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, Μάρτιος – Απρίλιος, 48-50.
25. Σπιλάνης, Ι. (2012). Στρατηγική και επιχειρησιακό σχέδιο για τη βιώσιμη ανάπτυξη των νησιών. Ανακτήθηκε από: <http://www.egaio.gr/files/spilanis.pdf>
26. Τούντας, Γ. (2008). Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Ανακτήθηκε από: <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=785>
27. Τσιότρας, Γ.Δ. (2002). *Βελτίωση ποιότητας*. Αθήνα: Μπένος
28. Τσούγκα, Μ. (2004). Διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, Ιανουάριος – Φεβρουάριος, 41 – 44

### **Μεταφρασμένη**

29. Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Αθήνα: Μεταίχμιο.
30. Creswell, J. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Έλλην.
31. Javeau, C. (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
32. Robson, C. (2006). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα: Gutenberg.

### **Ξενόγλωσση**

33. Adams, R. & Sexauer, C. (2013). Poor healthcare on Chilean island leaves many looking for answers. Ανακτήθηκε από: <http://santiagotimes.cl/poor-healthcare-on-chilean-island-leaves-many-looking-for-answers/>
34. Agency for Healthcare Research and Quality (2011). Improving Health Care Quality. Ανακτήθηκε από: <http://archive.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/improving-quality/improving-health-care-quality.pdf>
35. Ambuli, T.V., & AnanthaPadmanabhan, G. (2012). Analysis of total quality management – a study with special reference to selected SME's. *IRACST-*

- International Journal of Research in Management & Technology*, 2(4), 476-480.
36. Argurous, G. (2011). *Statistics for research: with a guide to SPSS*. London: Sage.
  37. Beamon, C.J., Devisetty, V., Forcina Hill, J.M., Huang, W., & Shumate, J.A. (2006). A Guide to Incorporating Cultural Competency into Health Professionals' Education and Training. Ανακτήθηκε από: <http://njms.rutgers.edu/culweb/medical/documents/CulturalCompetencyGuide.pdf>
  38. Blessing, L.T.M., & Chakrabarti, A. (2009). *DRM, a design research methodology*. Luxembourg: Springer.
  39. Buttell, P., Hendler, R., & Daley, J. (2008). Quality in healthcare: concepts and practice. Στο: Cohn, K.H., & Hough, D.E. (Eds.), *The business of healthcare: Improving systems of care* (σελ. 62-83). Westport: Praeger.
  40. CERCO WG on Quality (2000). *Handbook for implementing a Quality Management System in a National Mapping Agency*. CERCO Working Group on Quality.
  41. Chandrupatla, T.R. (2009). *Quality and Reliability in Engineering*. Cambridge: Cambridge University Press.
  42. Chung, Y.C., Tien, S.W., Hsieh, C.H., & Tsai, C.H. (2008). A study of the business value of Total Quality Management. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(4), 367-379.
  43. Creswell, J.W. (2002). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage.
  44. Dahlgaard, J.J., Kristensen, K., & Kanji, G.K. (2002). *Fundamentals of total quality management*. London: Taylor & Francis.
  45. de Almeida, R.S., Bourliataux-Lajoinie, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 11-25.
  46. de Vries, H.J., Bayramoglu, D.K., & van der Wiele, T. (2012). Business and environmental impact of ISO 14001. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 29(4), 425-435.

47. Delice, A. (2010). The Sampling Issues in Quantitative Research. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice*, 10(4), 2001-2018.
48. European Commission (2014). Key findings and recommendations on education and training in patient safety across Europe Work of the Education and Training in Patient Safety Subgroup of the Patient Safety and Quality of Care Working Group of the European Commission. Ανακτήθηκε από: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psqcwg\\_education\\_training\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_en.pdf)
49. Farrokhi, F., & Mahmoudi-Hamidabad, A. (2012). Rethinking Convenience Sampling: Defining Quality Criteria. *Theory and Practice in Language Studies*, 2(4), 784-792.
50. Franceschini, F., Galetto, M., & Cecconi, P. (2006). A worldwide analysis of ISO 9000 standard diffusion, Considerations and future development. *Benchmarking: An International Journal*, 13(4), 523-541.
51. Friesner, D., Neufelder, D., Raisor, J., & Bozman, C.S. (2009). How to Improve Patient Satisfaction When Patients Are Already Satisfied: A Continuous Process-Improvement Approach. *Hospital Topics*, 87(1), 24-40.
52. Ghylin, K.M., Green, B.D., Drury, C.G., Chen, J., Schultz, J.L., Uggirala, A., Abraham, J.K., & Lawson, T.A. (2008). Clarifying the dimensions of four concepts of quality. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 9(1), 73-94.
53. Gliem, J.A., & Gliem, R.R. (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. Ανακτήθηκε από: <http://www.ssnpstudents.com/wp/wp-content/uploads/2015/02/Gliem-Gliem.pdf>
54. Harris, L.R., & Brown, G.T.L. (2010). Mixing interview and questionnaire methods: Practical problems in aligning data. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 15(1), 1-19.
55. Häversjö, T. (2000). The financial effects of ISO 9000 registration for Danish companies. *Managerial Auditing Journal*, 15(1/2), 47-52.
56. Heires, M. (2008). The International Organization for Standardization (ISO). *New Political Economy*, 13(3), 357-367.
57. Kapoor, B.P. (2011). Why quality in healthcare?. *MJAFI*, 67(3), 206-208.



58. Lekidou, I., Trivellas, P., & Ipsilandis, P. (2007). Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital. *Management of International Business & Economic Systems*, 1(1), 46-59.
59. Manning, L., Baines, R.N., & Chadd, S.A. (2006α). Quality assurance models in the food supply chain. *British Food Journal*, 108(2), 91-104.
60. Manning, L., Baines, R.N., & Chadd, S.A. (2006β). Food safety management in broiler meat production. *British Food Journal*, 108(8), 605-621.
61. Mosadeghrad, A.M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77-89.
62. Muijs, D. (2010). *Doing Quantitative Research in Education: With SPSS*. London: Sage.
63. Peratec (1994). *Total Quality Management: The key to business improvement*. Kent: Pringer.
64. Psomas, E.L. (2013). The effectiveness of the ISO 9001 quality management system in service companies. *Total Quality Management & Business Excellence*, 24(7-8), 769-781.
65. Shaw, C., Bruneau, C., Kutryba, B., de Jongh, G., & Sunol, R. (2010). Towards hospital standardization in Europe. *International Journal for Quality in Health*, 22(4), 244-249.
66. Sibanda, N. (2009). Quantitative research. Ανακτήθηκε από: <http://www.victoria.ac.nz/postgradlife/downloads/quantitative%20seminar18Aug09.pdf>
67. Singh, K. (2007). *Quantitative social research methods*. New Delhi: Sage.
68. Sukamolson, S. (n.d.). Fundamentals of quantitative research. Ανακτήθηκε από: <http://www.culi.chula.ac.th/Research/e-Journal/bod/Suphat%20Sukamolson.pdf>
69. Srivastav, A.K. (2010). Impact of ISO 9000 implementation on the organisation. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 27(4), 438-450.
70. TNS Opinion & Social (2010). Patient safety and quality of healthcare. Ανακτήθηκε από: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf)

71. Tremblay, M. (2012). The Health Systems of Small and Island States: Issues Overview. Ανακτήθηκε από: <http://miketrem.blogactiv.eu/files/2012/11/small-systems-overview.pdf>
72. Winter, S.J. (2008). Improving the Quality of Health Care Delivery in a Corrections Setting. *Journal of Correctional Health Care*, 14(3), 168-182.
73. World Health Organization (2006). Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Ανακτήθηκε από: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
74. Yeung, R.M.W., & Yee, W.M.S. (2003). Risk reduction: an insight from the UK poultry industry. *Nutrition & Food Science*, 33(5), 219-229.
75. Yeung, R., Yee, W., & Morris, J. (2010). The effects of risk-reducing strategies on consumer perceived risk and on purchase likelihood. A modelling approach. *British Food Journal*, 112(3), 306-322.
76. Zelnik, M., Maletič, M., Maletič, D., & Gomišček, B. (2012). Quality management systems as a link between management and employees. *Total Quality Management & Business Excellence*, 23(1), 45-62.
77. Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60-92.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## Ενότητα Ι. Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων

### 1. Φύλο

Αντρας  Γυναίκα

### 2. Ηλικία

18-30  31-45  46-60  Άνω των 60

### 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Δευτεροβάθμια  Μεταλυκειακή  ΑΕΙ/ΤΕΙ  Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

### 4. Ειδικότητα

Ιατρός  Νοσηλεύτης  Διοικητικός  Τεχνικός

### 5. Απασχόληση

Πλήρης  Μερική

### 6. Έτη προϋπηρεσίας

0-5  6-10  11-15  16-20  20 και άνω

## Ενότητα ΙΙ. Απόψεις ερωτηθέντων για την ποιότητα στο ΠΕΔΥ Έδεσσας

### 7. Πώς αντιλαμβάνεστε την έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας,

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 8. Γιατί θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ποιότητα στον τομέα της υγείας,

.....  
.....  
.....  
.....

### 9. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι στο ΠΕΔΥ Έδεσσας υπάρχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών όσον αφορά στις παρακάτω παραμέτρους (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ),

	1	2	3	4	5
Ιατρική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνώση και εμπειρία ιατρικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) ιατρικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνώση και εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διοικητική υποστήριξη προς τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Διοικητική υποστήριξη μεταξύ των τμημάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνώση και εμπειρία διοικητικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά (ευγένεια, φιλικότητα, προθυμία) διοικητικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στοιχεία οργάνωσης ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στοιχεία λειτουργίας ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Συνολικά, σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΠΕΔΥ Έδεσσας είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν,**

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Πολύ  Πάρα πολύ

**11. Χρησιμοποιείτε κάποιον από τους παρακάτω δείκτες για την μέτρηση της ποιότητας,**

	Ναι	Όχι
<b>Δείκτες Δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)</b>		
Επάρκεια ηλεκτρομηχανολογικών (Η/Μ) εγκαταστάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επάρκεια ιατροτεχνολογικού (Ι/Τ) εξοπλισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναλογία προσωπικού:ασθενή (ανά Τμήμα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρόνοι ακινητοποίησης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προγράμματα επιμόρφωσης προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναλογία προσωπικού:ασθενείς (ανά Τμήμα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Δείκτες Διαδικασιών</b>		
Χρόνοι αναμονής ασθενών (ανά Τμήμα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρόνοι ακινητοποίησης Η/Μ εγκαταστάσεων & Ι/Τ εξοπλισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βαθμός πληρότητα Ιατρικού Φακέλου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ιατρικές πράξεις (ανά κατηγορία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λοιμώξεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατακλήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ατυχήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Δείκτες Αποτελέσματος</b>		
Θνησιμότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηρότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρόνοι νοσηλείας ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ικανοποίηση των ασθενών (όπως αυτή καταγράφεται μέσω ερωτηματολογίων)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Σε ποιο βαθμό υπάρχουν τα παρακάτω στο ΠΕΔΥ Έδεσσας (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ),**

	1	2	3	4	5
Ανάπτυξη στρατηγικής για την ποιότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσδιορισμός οράματος για θέματα ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επικοινωνία οράματος για θέματα ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ευαισθητοποίηση εργαζομένων σε θέματα ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λεπτομερής περιγραφή των κατάλληλων διαδικασιών για τη φροντίδα των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καθορισμένοι στόχοι ποιότητας και σχέδια δράσης για την επίτευξή τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σχεδιασμός πολιτικών ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επίλυση προβλημάτων ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επίλυση κρίσεων σε θέματα ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διερεύνηση βέλτιστων πρακτικών ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εισαγωγή και παρακολούθηση εφαρμογών διαχείρισης ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έκφραση των στόχων διασφάλισης ποιότητας σε μετρήσιμα μεγέθη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εσωτερικές επιθεωρήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παρακολούθηση δεικτών ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαχείριση κόστους ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιθεώρηση και έλεγχος διαδικασιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση συστήματος ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανάπτυξη και λειτουργία ομάδων ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ετήσια έκθεση για τη διασφάλιση ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Κατά πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις αναφορικά με το ΠΕΔΥ Έδεσσας (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3=ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ, 4=συμφωνώ, 5=συμφωνώ απόλυτα),**

	1	2	3	4	5
Το ΠΕΔΥ ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες για να βεβαιωθεί ότι πληρούνται οι απαιτήσεις ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το προσωπικό συντονίζει τις προσπάθειές του για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ΠΕΔΥ συνεργάζεται στενά με τους προμηθευτές για τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα δεδομένα από τους προμηθευτές χρησιμοποιούνται κατά την εκπόνηση σχεδίου του νοσοκομείου για τη βελτίωση της ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ΠΕΔΥ διαθέτει αποτελεσματικές πολιτικές για να υποστηρίξει τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ΠΕΔΥ προσπαθεί να συμπεριλάβει την έννοια της ποιότητας σε νέες υπηρεσίες που αναπτύσσονται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι υπηρεσίες που παρέχει το ΠΕΔΥ έχουν ελεγχθεί διεξοδικά για την ποιότητά τους πριν από την εφαρμογή τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ΠΕΔΥ θεωρεί τη διασφάλιση της ποιότητας ως μια συνεχή αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωσή του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ΠΕΔΥ ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να τηρούν τα αρχεία των μετρήσεων ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το προσωπικό είναι δεσμευμένο στη διασφάλιση της ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το προσωπικό λαμβάνει τα αποτελέσματα μετρήσεων (ανατροφοδότηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το προσωπικό εκπαιδεύεται προκειμένου να ακολουθήσει μεθόδους διασφάλισης ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι θα πρέπει να υπάρξουν βελτιώσεις στο ΠΕΔΥ Έδεσσας όσον αφορά στα εξής (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ),**

	1	2	3	4	5
Βελτίωση (συνολικά) της λειτουργίας του ΠΕΔΥ Έδεσσας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του ΠΕΔΥ Έδεσσας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και παροχής υπηρεσιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τήρηση νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανάπτυξη βελτιωμένων πολιτικών και διαδικασιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση πληροφόρησης management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αποτελεσματικότερη αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

υπηρεσιών					
Καθορισμός των ελάχιστων πόρων για την παροχή υπηρεσιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αποφυγή επανάληψης λανθασμένων κινήσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε εργατοώρες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελαχιστοποίηση των απωλειών σε υλικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτιστοποίηση επιχειρηματικής εικόνας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μείωση του κόστους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αύξηση κερδοφορίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση των συνθηκών εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μείωση των ατυχημάτων στον χώρο εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δημιουργία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους εργαζομένους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χαμηλότερα ποσοστά απουσίας από τον χώρο εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση της σχέσης με τους προμηθευτές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι παρακάτω πρακτικές θα συμβάλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ),**

	1	2	3	4	5
Εισαγωγή δεικτών για τη μέτρηση της ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εισαγωγή συστήματος διαχείρισης ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διοίκηση ολικής ποιότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλο (προσδιορίστε)					

**16. Πόσο σημαντικούς κρίνεται τους παρακάτω παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Έδεσσας (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ),**

	1	2	3	4	5
Δέσμευση της ηγεσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υποστήριξη από την ηγεσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενεργός συμμετοχή όλων των εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επικέντρωση στους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επικέντρωση στους προμηθευτές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαρκής βελτίωση των διαδικασιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενδυνάμωση των εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σωστή διαχείριση πληροφοριών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ομαδική συνεργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιβράβευση εργαζομένων και παροχή κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας και της ικανοποίησής τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δημιουργία συστημάτων που ενθαρρύνουν την καινοτομία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελαχιστοποίηση παραγόντων που προκαλούν άγχος και φόβο στους εργαζομένους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>