



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Καλές Πρακτικές για την βελτίωση της ποιότητας στα Κέντρα
Αποκατάστασης και Αποθεραπείας. Μελέτη Περίπτωσης.»

Σταυρούλα – Χριστίνα Μπακατσέλου

Επιβλέπων Καθηγητής

Γεώργιος Τσιότρας

Ιούνιος, 2017

«Καλές Πρακτικές για την βελτίωση της ποιότητας στα Κέντρα
Αποκατάστασης και Αποθεραπείας. Μελέτη Περίπτωσης.»

Μπακατσέλου Σταυρούλα – Χριστίνα

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Τσιώτρας Γεώργιος

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	6
Summary	7
Ευχαριστίες	8
Εισαγωγή	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	12
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας.....	13
1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	14
1.2.1 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	15
1.2.2 Παράμετροι που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	19
1.3 Διασφάλιση ποιότητας υπηρεσιών υγείας	21
1.3.1 Συστήματα ποιότητας υπηρεσιών υγείας	22
1.3.2 Δείκτες Ποιότητας Υγείας.....	25
1.4 Η αναγκαιότητα και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	27
1.4.1 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ασφάλεια των ασθενών	28
1.4.2 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη των μονάδων υγείας.....	29
1.4.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των ασθενών	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	30
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ	
ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	30
2.1 Η παροχή και η ποιότητα των υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και	
Αποθεραπείας (ΚΑΑ).....	31
2.1.1 Ορισμός και στόχοι της Αποκατάστασης	31
2.1.2 Υπηρεσίες Αποκατάστασης και ποιότητα υπηρεσιών στα ΚΑΑ	32
2.2 Το ΚΑΑ «Euromedica- Αρωγή Θεσσαλονίκης»	33
2.2.1 Ποιότητα υπηρεσιών στο ΚΑΑ «Euromedica- Αρωγή Θεσσαλονίκης».....	35
2.2.2 Πρακτικές βελτίωσης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών στο ΚΑΑ	
«Euromedica- Αρωγή Θεσσαλονίκης».....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	38
ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ.....	38
3.1 Μεθοδολογικό πλαίσιο	39
3.2 Μέθοδος της έρευνας.....	39

3.3 Μεθοδολογικό εργαλείο.....	40
3.4 Διεξαγωγή της έρευνας.....	41
3.5 Δείγμα της έρευνας	43
3.5.1 Ταυτότητα του Δείγματος της έρευνας	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	48
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	48
4.1 Στατιστική ανάλυση απαντήσεων ερωτηματολογίου.....	49
4.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας των αποτελεσμάτων(chi – square tests)	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	61
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	61
5.1 Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	62
5.3 Περιορισμοί και Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΦΥΛΟ.....	44
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΗΛΙΚΙΑ.....	45
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	45
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ.....	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ.....	47
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΚΑΑ.....	49
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	51
ΓΡΑΦΗΜΑ 9: ΤΜΗΜΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	52
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	53
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	54
ΓΡΑΦΗΜΑ 12: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ Η ΛΗΨΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΚΑΑ.....	55

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Έλεγχος ανεξαρτησίας (chi – square tests) των απαντήσεων του πρώτου ερωτήματος με επιλεγμένα δημογραφικά στοιχεία.....58

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Έλεγχος ανεξαρτησίας (chi – square tests) των απαντήσεων του δεύτερου, τρίτου και τέταρτου ερωτήματος με επιλεγμένα δημογραφικά στοιχεία...60

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι πολυδιάστατη, υποκειμενική και πολύπλοκη ενώ ταυτόχρονα είναι αναγκαία και έχει τεράστια σημασία για την ασφάλεια των ασθενών και την ικανοποίησή τους. Αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα προαγωγής και βελτίωσης της υγείας των πολιτών, βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας καθώς και της ικανοποίησης των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση καλών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας. Συγκεκριμένα έχει επιλεγθεί ως μελέτη περίπτωσης το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης».

Μεθοδολογία: Ως μέθοδος για την παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η πρωτογενής και δευτερογενής έρευνα. Η πρωτογενής έρευνα θα διενεργηθεί με την δημιουργία ενός δομημένου ερωτηματολογίου από την ερευνήτρια και με την διανομή αυτού στους εργαζόμενους του ΚΑΑ που μελετάτε. Η δευτερογενής έρευνα θα στηριχθεί στη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Βασικό εύρημα αποτελούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από το πρίσμα από το οποίο το αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι ενός ΚΑΑ, που αποτελεί leader στην αγορά της αποκατάστασης και καταβάλλει προσπάθειες για την διατήρηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

Συμπεράσματα : Η αντίληψη για το τι αποτελεί ποιότητα υπηρεσιών και τα εργαλεία που βοηθούν στη βελτίωση της εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες . Η επίτευξη του στόχου για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δύναται να επέλθει μέσα από την χάραξη πολιτικής της διοίκησης, για την καλύτερη κατανόηση της σημασίας της ποιότητας από τους εργαζομένους του ΚΑΑ.

Λέξεις – κλειδιά: υπηρεσίες υγείας, ποιότητα, βελτίωση υπηρεσιών υγείας, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (ΚΑΑ)

Summary

Background: Quality in health is multidimensional, subjective and complex while at the same time seems necessary and of great importance for patient safety and satisfaction. It is a determinant of promoting and improving the health of citizens, of improving the services provided in the health units as well as of the satisfaction of the patients.

Aim: The purpose of this research is to investigate good practices for improving quality in Rehabilitation Centers. In particular, the Recovery and Rehabilitation Center "Euromedica-Arogi Thessaloniki" has been selected as a case study.

Methods: As a method for this research, primary and secondary research will be used. Primary research will be carried out by creating a structured questionnaire by the researcher and distributing it to the employees of the Rehabilitation Center which is selected as a case study. Secondary research will be based on the study of international literature.

Results: Key determinants are the determinants that influence the quality of services provided through the perception of the employees of a Rehabilitation Center that is a leader in the recovery market and is making efforts to maintain and improve its services.

Conclusions: The perception of what constitutes quality of service and the tools that help improve it depends on a variety of factors. Improving the quality of service can be achieved through the management's policy-making, in order the Rehabilitation Center's staff, to understand better the importance of quality.

Key words: health services, quality, improvement of health services, rehabilitation center

Ευχαριστίες

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 πολύτιμη καθοδήγηση και τη βοήθεια του κατά τη συγγραφή της διατριβής μου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Διοικητικό Διευθυντή και Διευθύνοντα Σύμβουλο του ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» κ. Θεόδωρο Ταλάρη για την στήριξη του και την έγκριση διεξαγωγής της έρευνας μου στο εν λόγω ΚΑΑ καθώς επίσης και όλους τους εργαζομένους που συμμετείχαν σε αυτή.

Τέλος ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένεια μου και τους στενούς μου φίλους για την συμπαράσταση, την στήριξη και υπομονή τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση καλών πρακτικών για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας. Οι επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

1. Η ανάλυση της έννοιας και της σημαντικότητας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας
2. Η ανάλυση της έννοιας και της σημαντικότητας της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΚΑΑ
3. Η διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων και των καλών πρακτικών που επιδρούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των ΚΑΑ μέσα από τη μελέτη περίπτωσης του ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης»

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας στο οποίο θα γίνει προσπάθεια να δοθεί απάντηση είναι : «Ποιοι είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επιδρούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΚΑΑ; »

Ως μέθοδος για την παρούσα έρευνα προτείνεται η χρήση πρωτογενούς και δευτερογενούς έρευνας. Η πρωτογενής έρευνα θα διενεργηθεί με την δημιουργία ενός δομημένου ερωτηματολογίου από την ερευνήτρια και με την διανομή αυτού στους εργαζόμενους του ΚΑΑ που μελετάτε. Η δευτερογενής έρευνα θα στηριχθεί στη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Κίνητρο για την παρούσα μελέτη υπήρξε η σπουδαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και με ποιές πρακτικές μπορεί να επιτευχθεί η βελτίωση της. 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 μπορεί να ορισθεί ως η συμμόρφωση σε απαιτήσεις και προδιαγραφές, έχοντας την ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες. (Πολύζος και συν., 2007). Σύμφωνα με τη Λαζάρου (2005), η ποιότητα στο χώρο της υγείας αντανακλάται από τους σκοπούς και τις αξίες ενός συγκεκριμένου υγειονομικού

συστήματος, της κοινωνίας και της κυβέρνησης, στα πλαίσια των οποίων αυτό λειτουργεί. Ακόμη, σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2002,), καθώς το περιβάλλον στο χώρο μίας μονάδας υγείας διαρκώς μεταβάλλεται, απαιτούνται διαδικασίες ανάλυσης και σύνθεσης έτσι ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να είναι επικεντρωμένες στον πελάτη-ασθενή και η ποιότητα θα πρέπει να διαφαίνεται μέσα από το ότι οι υπηρεσίες είναι οι κατάλληλες, παρέχονται με το σωστό τρόπο και επιτυγχάνουν το στόχο τους. Συνεπώς, κύριος στόχος των μονάδων υγείας οφείλει να είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί προτεραιότητα των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Συστήματα ποιότητας εισάγονται στο χώρο της υγείας, ενώ οι οργανισμοί στρέφονται ολοένα και περισσότερο στη χρήση εργαλείων ποιότητας και στην εφαρμογή μοντέλων αξιολόγησης για την επίτευξη της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας τους.

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). Επιπροσθέτως, η εισαγωγή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας, η διοίκηση ολικής ποιότητας και η πιστοποίηση μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012, Shawet al ., 2010).

Η αναγκαιότητα της παρούσας έρευνας πηγάζει από το γεγονός ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα που επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού καθώς και τη ικανοποίηση αυτού από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Συνεπώς η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν και προσδιορίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ειδικά σε έναν ιδιαίτερο κλάδο υγείας, όπως αυτός της αποκατάστασης ασθενών, αποτελεί σπουδαία συνεισφορά στην βελτίωση των υπηρεσιών αυτών. Δεδομένου ότι ο τομέας της αποκατάστασης είναι σχετικά νεοεισερχόμενος στον κλάδο της υγείας, η μελέτη του προσδίδει σπουδαιότητα στα ευρήματα της παρούσα έρευνας, όπου μέσα από αυτά μπορεί να επιτευχθεί η

βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας.

Αναφορικά με τη δομή της εργασίας στο πρώτο κεφάλαιο μελετάται βάση βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η έννοια και η σπουδαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται η μελέτη της λειτουργίας, της ποιότητας και της βελτίωσης των υπηρεσιών της αποκατάστασης σε ένα γενικό πλαίσιο αλλά και συγκεκριμένα για το ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης». Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μέθοδο της έρευνας, παρουσιάζοντας την μεθοδολογική προσέγγιση, το μεθοδολογικό εργαλείο, το δείγμα, τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, 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, αναφέρει τους περιορισμούς και κάνει προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας έχει δοθεί μέσα από αρκετούς και διάφορους ορισμούς και γενικότερα για αρκετούς η έννοια της ποιότητας σχετίζεται με την οργάνωση και τη διοίκηση των οργανισμών και μεταβάλλεται ανάλογα με τις αλλαγές στον κάθε οργανισμό (Παπανικολάου, 2007).

Σύμφωνα με τους Feigenbaum(1951) και Abbot(1955) η ποιότητα ορίζεται ως «αξία» που καθορίζεται από τη σχέση ποιότητας και τιμής του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας τα οποία αποτελούν τα βασικά κριτήρια για το αν το προϊόν ή η υπηρεσία θα γίνουν αποδεκτά ή θα απορριφθούν από τον πελάτη.

Ο Juran(1986) όρισε την ποιότητα ως «καταλληλότητα για χρήση», δηλαδή ότι θα πρέπει να υπάρχει εμπιστοσύνη των χρηστών ως προς το προϊόν ή την υπηρεσία σχετικά με την κάλυψη των αναγκών τους. Ο Gilmore(1974) ορίζει την ποιότητα ως «συμμόρφωση με τις προδιαγραφές» και ο Crosby(1980) χρησιμοποιώντας μια διαφορετική προσέγγιση, δίνει τον ορισμό «ποιότητα είναι η συμμόρφωση στις απαιτήσεις».

Ο Deming(1993) όρισε την ποιότητα ως «ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη». Η ποιότητα έχει πολλά διαφορετικά κριτήρια καθώς τα ίδια κριτήρια αξιολογούνται από διαφορετικά άτομα και οι ανάγκες διαφοροποιούνται με την πάροδο του χρόνου. Κατά συνέπεια είναι σημαντική η συχνή και επαναληπτική μέτρηση των προσδοκιών στην πάροδο του χρόνου.

Οι Laffel & Blumental(1989), θεωρούν ότι η ποιότητα ορίζεται σαν μια ομαδική και συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών.

Συνδυάζοντας αρκετά από τα παραπάνω οι Reeves & Bednar(1994), προσεγγίζουν την ποιότητα σχετίζοντας την με τέσσερις παράγοντες: αριστεία, αξία, συμμόρφωση στις προδιαγραφές και κάλυψη των προσδοκιών των πελατών.

Ο διεθνής οργανισμός τυποποίησης ISO δίνει έναν διεθνώς αποδεκτό ορισμό της ποιότητας και την ορίζει ως το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός

προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις πραγματικές ανάγκες των χρηστών (ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000).

Ο Τσιότρας (2016) αναφέρει πως ποιότητα είναι: «τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη», δηλαδή τα χαρακτηριστικά του προϊόντος και σε ποιο βαθμό αυτά ικανοποιούν συγκεκριμένες προδιαγραφές και συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις του πελάτη, καθώς και «ο πιο σύγχρονος, ενδεδειγμένος, ευέλικτος και αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης μίας επιχείρησης».

Η Παπανικολάου (2007) ορίζει την ποιότητα ως άμεσα συνδεδεμένη έννοια με τις προσδοκίες του πελάτη και τη θεωρεί εξαρτώμενη από τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον Mosadeghrad (2014) και συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω η ποιότητα ορίζεται ως αξία, αριστεία, συμμόρφωση με συγκεκριμένες προϋποθέσεις, συμμόρφωση με τις απαιτήσεις, ανταπόκριση ή και υπέρβαση των προσδοκιών και των αναγκών των καταναλωτών.

Βλέπουμε λοιπόν ότι οι ορισμοί για την ποιότητα ποικίλλουν ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία γίνεται η ανάλυση και γενικότερα σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η ποιότητα αποτελεί μια έννοια, που λόγω της υποκειμενικής φύσης και των μη απτών χαρακτηριστικών της, είναι πολύ δύσκολο να οριστεί (π.χ. Buttell et al., 2008, Kapoor, 2011, Mosadeghrad, 2014).

1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο Donabedian (1980) έδωσε τον κλασσικό ορισμό ποιότητας φροντίδας και την όρισε ως «το είδος φροντίδας που αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών και απωλειών που ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους σημεία της».

Ο Thompson (1980) με τη σειρά του όρισε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως την κατάσταση εκείνη όπου έχουμε το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον

ασθενή, εμπλέκοντας την ευαισθητοποίηση του γιατρού στις ανάγκες του ασθενούς, στο κόστος και την αποτελεσματικότητα».

Το Institute of Medicine το 1990 όρισε την ποιότητα στην υγεία ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για τον πληθυσμό και είναι σύμφωνες με την επαγγελματική γνώση (Buttell et al., 2008, Kapoor, 2011, Nelson, 1996).

Παρόμοιο ορισμό δίνει και ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2000) όπου ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν, με δεδομένη την παρούσα γνώση, την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων.

Ο Mosadeghrad (2014) όρισε την ποιότητα στην υγεία ως την παροχή φροντίδας που ξεπερνά τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών και επιτυγχάνει τα υψηλότερα δυνατά κλινικά αποτελέσματα σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους και τα υφιστάμενα πρότυπα, ακολουθώντας την τρέχουσα ιατρική γνώση.

Συνδυασμό των παραπάνω αποτελεί ο ορισμός των Buttell et al. (2008), σύμφωνα με τον οποίο η ποιότητα στην υγεία σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για τον πληθυσμό, συμφωνούν με την επαγγελματική γνώση και ικανοποιούν τις προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Ένας ακόμη ορισμός σύμφωνα με τον Kapoor (2011) αναφέρει ότι η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός συμμόρφωσης σε πρότυπα που έχουν προκαθοριστεί βασισμένα στην τρέχουσα γνώση και στις πρακτικές.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ως μια πρόταση ομάδας εμπειρογνομόνων, η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το επίπεδο όπου επιτυγχάνονται οι εγγενείς στόχοι για τη βελτίωση της υγείας και ανταποκρίνονται στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού (Evans et al., 2001)

1.2.1 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με την προσέγγιση των τριών βασικών εμπλεκόμενων μερών και δεν μπορεί να οριστεί

με ενιαίο τρόπο. Ορίζεται ανάλογα με τον χρήστη των υπηρεσιών, τον επαγγελματία υγείας, την ανώτατη διοίκηση καθώς όμως ταυτίζεται με την ικανοποίηση των χρηστών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους. Συνεπώς υπάρχει ο ακόλουθος διαχωρισμός (Κωσταγιόλας και συν., 2008):

➤ Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη:

Το σύστημα υπηρεσιών υγείας παρέχει στο χρήστη τις υπηρεσίες που χρειάζεται και προσδοκά σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.

➤ Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας:

Η αντίληψη του επαγγελματία υγείας σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας η οποία όμως συνδέεται με τις συνθήκες εργασίας, το είδος των υπηρεσιών που προσφέρει και τον τρόπο επικοινωνίας.

➤ Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης:

Η καλύτερη δυνατή χρήση των διαθέσιμων πόρων με τον αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο τρόπο έτσι ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών του χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

Παρομοίως, διάφοροι μελετητές προσπάθησαν να δώσουν διαφορετικές διαστάσεις σχετικά με την ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Για τον Τούντα (2008), η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας έχει άμεση σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των απαραίτητων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και με τον έλεγχο του κόστους.

Οι Ζιάμπα και συν. (2010) αναφέρουν για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ότι έκτος από τη συσχέτιση της με την ικανοποίηση των ασθενών, σχετίζεται και με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά της αντιμετώπισης του προβλήματος του ασθενούς. Σε έναν πιο αναλυτικό ορισμό οι Παπακωστίδη και Τσουκαλάς (2012) αναφέρουν ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την τεχνική αρτιότητα, επιπροσθέτως όμως και την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών έχοντας στο επίκεντρο τον ασθενή, στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης φροντίδας.

Αναφορικά με τον Παυλάκη (2007), η ποιότητα στο χώρο τα υγείας αναλύεται από δύο διαφορετικές πλευρές, τόσο αυτή του καταναλωτή όσο και εκείνη του παραγωγού. Συγκεκριμένα, από την πλευρά του καταναλωτή - ασθενή σχετίζεται με την ικανοποίηση του έχοντας ως βάση τις προσδοκίες τους, ενώ από την πλευρά του παραγωγού σχετίζεται με το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και με προϋποθέσεις τέτοιες ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των καταναλωτών-ασθενών.

Σε ένα παρόμοιο πλαίσιο, η Τσούγκα (2004) 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 βάση της ικανοποίησης των ατομικών αναγκών αλλά και των προσδοκιών του και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας η ποιότητα συνδέεται περισσότερο με τις συνθήκες εργασίας, το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν και τον τρόπο επικοινωνίας.

Ο Κρητικός (2004) αναφέρει πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι συνυφασμένη με την ανταπόκριση, την αξιοπιστία και την ακρίβεια που δείχνουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς όμως και με την ασφάλεια και τη μοναδικότητα των υπηρεσιών υγείας. Σε διάκριση τριών στοιχείων για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καταλήγει ο Παπαθανασίου (2007), τα οποία είναι η ικανοποίηση των ασθενών, ο μεγαλύτερος δυνατός περιορισμός του ιατρογενούς κινδύνου μέσα από την επιστημονική καταλληλότητα των παροχών και η διαχείριση των πόρων με τον αποδοτικότερο και πιο ορθολογικό τρόπο.

Επιπροσθέτως ο Λιαρόπουλος (2010) αναφέρει πως η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει άμεση σχέση με τις αρχές της ισοτιμίας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Σχετίζεται με την ανταπόκριση των υπηρεσιών στις πραγματικές ανάγκες και στην ικανοποίηση των ασθενών, στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και στη σχέση κόστους υπηρεσιών υγείας και αποτελέσματος.

Σύμφωνα με τον Karoor (2010) η ποιότητα σχετίζεται με τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Η δομή αφορά τις εγκαταστάσεις και το ανθρώπινο δυναμικό ενώ οι διαδικασίες αφορούν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παρόχων και των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα δείχνουν τις αλλαγές

στην κατάσταση της υγείας των ασθενών, για παράδειγμα ανακούφιση συμπτωμάτων μιας ασθένειας ή μείωση νοσηρότητας/θνησιμότητας καθώς επίσης και την ικανοποίηση αυτών αλλά και των εργαζομένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ακόμη, ο Donabedian ορίζοντας την ποιότητα στην υγεία ως την εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης με τη βοήθεια της τεχνολογίας με τρόπο τέτοιο, ώστε να μεγιστοποιείται το όφελος για την υγεία, χωρίς όμως να αυξάνεται οποιοσδήποτε κίνδυνος για αυτή, διέκρινε τρεις διαστάσεις για την ποιότητα. Αυτές είναι α) η τεχνική ποιότητα, η οποία σχετίζεται με την εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή, β) η διαπροσωπική ποιότητα, η οποία αναφέρεται στην ανθρώπινη – ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας και τέλος γ) οι παροχές, οι οποίες περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά όπως ο χώρος, το περιβάλλον και οι συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες η ξενοδοχειακή υποδομή και οι ανέσεις. (Λιαρόπουλος, 2007).

Τέλος, η Λαζάρου (2005) διακρίνει τρεις διαστάσεις της ποιότητας: α) το όφελος υγείας που προσδιορίζεται από την ποιότητα και τη διάρκεια της ζωής, β) την επικέντρωση στον άνθρωπο και γ) την αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Συνοψίζοντας βλέπουμε ότι η ποιότητα στην υγεία περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως: ισότητα, διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, αποδεκτό κόστος, αποδοχή, καταλληλότητα, επάρκεια, επικαιρότητα, εμπιστευτικότητα, προσοχή, φροντίδα, υπευθυνότητα, ακρίβεια, αξιοπιστία, ανέσεις και εγκαταστάσεις. Για το λόγο αυτό οι διάφοροι μελετητές αναφέρονται σε αυτήν με διαφορετικούς ορισμούς και διακρίνουν ο καθένας διαφορετικές διαστάσεις αυτής.

Με βάση τα όσα παρουσιάστηκαν παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ποιότητα δεν είναι ένα απλό θέμα αλλά μία ολιστική προσέγγιση που συνδυάζει την αποδοτικότητα της φροντίδας υγείας, έχοντας όλα τα άτομα ίση πιθανότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και με την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας (Lekidou et al., 2007).

Από όλα τα παραπάνω είναι κατανοητό ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι πολυδιάστατη, υποκειμενική και πολύπλοκη ενώ ταυτόχρονα είναι αναγκαία και

έχει τεράστια σημασία για την ασφάλεια των ασθενών και την ικανοποίησή τους.

1.2.2 Παράμετροι που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τους διάφορους μελετητές που ασχολήθηκαν με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οι παράμετροι που την επηρεάζουν και ουσιαστικά την προσδιορίζουν ποικίλλουν.

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

1. Κλινική αποτελεσματικότητα (Efficacy): η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας που έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.
2. Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): ο βαθμός κατά τον οποίο υλοποιούνται εφικτές υγειονομικές βελτιώσεις.
3. Αποδοτικότητα (Efficiency): η επίτευξη των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με τις λιγότερες δυνατές δαπάνες.
4. Ισότητα (Equity): η ίση πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτως γεωγραφικών –κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων.
5. Βελτιστοποίηση (Optimality): η ισορροπία ανάμεσα στο κόστος παροχής φροντίδας και στο όφελος που θα προκύψει.
6. Αποδοχή (Acceptability): ο σεβασμός στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενούς.
7. Νομιμότητα (Legitimacy) :η παροχή φροντίδας που είναι έννομη και αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο.

Ο Maxwell(1984), προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος στις ακόλουθες έξι παραμέτρους:

1. Προσπελασιμότητα: η υπερπήδηση όλων των εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών), για την διασφάλιση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας.
2. Ισότητα: η ίση παροχή υπηρεσιών σε όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.
3. Κοινωνική αποδοχή: η άποψη του καταναλωτή για την παροχή και η αξιολόγηση της υπηρεσίας που προσφέρεται.
4. Αποδοτικότητα: το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένη ιατρική πράξη.
5. Τεχνική αποτελεσματικότητα: η επίτευξη του καλύτερου δυνατού τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενούς.
6. Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες: συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας που αναπτύσσεται και γίνεται δεκτή στο κοινωνικό σύνολο και στην υπηρεσία που παρέχεται.

Ο Hopkins (1990), αναφέρεται σε μια εξίσου σημαντική ομάδα παραμέτρων, στην οποία περιλαμβάνονται:

1. Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας: το αναμενόμενο όφελος για την υγεία του ασθενούς, είναι μεγαλύτερο από τις αναμενόμενες αρνητικές επιπτώσεις.
2. Δικαίωμα στην παροχή φροντίδας υγείας: το δικαίωμα όλων των πολιτών για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας με στόχο την προστασία και αποκατάσταση της υγείας τους.
3. Ηθική φροντίδα: η φροντίδα που παρασχέθηκε στον ασθενή, στηριζόμενη σε ηθικές μεθόδους και πρακτικές, με άριστα αποτελέσματα για τον ίδιο.
4. Σημασία: η συνάφεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τις ιδιαίτερες ανάγκες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας.
5. Δίκαιη κατανομή: η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από διακρίσεις φυλετικές, κοινωνικό –οικονομικές, κ.τ.λ..

6. Δυνατότητα πρόσβασης: η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η οποία σχετίζεται με εμπόδια τοπικά, χρονικά και οικονομικά.
7. Συνέχεια και οργάνωση: ο βαθμός της μακροπρόθεσμης παρακολούθησης του ασθενούς από το ίδιο ιατρικό και επιστημονικό προσωπικό (follow up) και η δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας.
8. Κοινωνικά αποδεκτός τρόπος: ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας, δηλαδή με αξιοπρέπεια, σεβασμό, ενσυναίσθηση και ευαισθησία.

Έτσι σύμφωνα με όλα τα παραπάνω βλέπουμε ότι για την ποιότητα στην υγεία χρειάζεται να δίνεται προσοχή και βαρύτητα στο συνδυασμό διαφόρων παραμέτρων έτσι ώστε να παρέχονται υπηρεσίες με γνώμονα τον ασθενή - καταναλωτή. Οι παραπάνω παράμετροι ουσιαστικά αποτελούν κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

1.3 Διασφάλιση ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της διασφάλισης ποιότητας (quality assurance) εμπεριέχει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση μέσα από τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Ουσιαστικά, αφορά τις αναγκαίες, οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες που είναι απαραίτητες για να διαπιστευτεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί συγκεκριμένες απαιτήσεις ποιότητας. Έτσι χρησιμοποιείται ευρέως, καλύπτοντας όλες τις διαδικασίες στη λειτουργία ενός οργανισμού και αφορά όλα τα εμπλεκόμενα μέλη του προσωπικού. Στο πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας οι έλεγχοι αποτελούν προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών. Με το σχεδιασμό που γίνεται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας, κατανέμονται και αξιοποιούνται οι διαθέσιμοι πόροι ενώ παράλληλα παρακολουθείται και αξιολογείται η πρόοδος σε σχέση με προκαθορισμένους στόχους. Ακόμη, με την καταγραφή των διαδικασιών περιορίζονται οι διακυμάνσεις, υπάρχει πρόβλεψη για τα αποτελέσματα και μπορούν να εντοπιστούν σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Συνεπώς, η διασφάλιση της ποιότητας είναι απαραίτητη για να τεθεί ο στόχος της διαρκούς βελτίωσης ποιότητας.

1.3.1 Συστήματα ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Η διαπίστευση είναι μια διαδικασία για τον έλεγχο και την τυποποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Scrivens, 1996). Η έννοια χρησιμοποιείται με στόχο την περιγραφή της συμμετοχής ενός οργανισμού σε μια διαδικασία αξιολόγησης των συστημάτων και των οργανωτικών δομών από τρίτα μέλη, με τη χρήση γραπτών προτύπων (Παπανικολάου, 2007).

Οι κύριοι στόχοι της διαπίστευσης περιλαμβάνουν:

- 1) Βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθιερώνοντας βέλτιστους στόχους επίτευξης μέσω της εκπλήρωσης προτύπων για τον οργανισμό.
- 2) Καθιέρωση μιας συγκριτικής βάσης δεδομένων των οργανισμών φροντίδας υγείας, ικανής να ανταποκριθεί σε επιλεγμένα πρότυπα ή κριτήρια δομών, διαδικασιών και αποτελεσμάτων.
- 3) Παροχή εκπαίδευσης και συμβουλών στους οργανισμούς φροντίδας υγείας, στη διοίκηση και στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις στρατηγικές βελτίωσης ποιότητας και τις καλύτερες πρακτικές.
- 4) Ενίσχυση του δημόσιου αισθήματος εμπιστοσύνης στην ποιότητα της φροντίδας υγείας.
- 5) Μείωση των κινδύνων, οι οποίοι σχετίζονται με τραυματισμούς και μολύνσεις για ασθενείς και προσωπικό.
- 6) Παρακίνηση και βελτίωση της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας .
(Scrivens, 1995)

Για να ληφθεί μια απόφαση διαπίστευσης σχετικά με την ικανότητα ανταπόκρισης ενός οργανισμού φροντίδας υγείας στα πρότυπα επίδοσης, μία ομάδα εκπαιδευμένων

εξεταστών διεξάγει επιτόπου αξιολόγηση σε προκαθορισμένα διαστήματα, τυπικά κάθε δύο ή τρία χρόνια.

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των ερευνητών αναλύονται για να καθοριστεί εάν ο οργανισμός προσεγγίζει ένα αποδεκτό επίπεδο συμμόρφωσης, ώστε να του απονεμηθεί η διαπίστευση. Επίσης οι ερευνητές κάνουν προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας, τις οποίες ο οργανισμός μπορεί να επιθυμεί να υιοθετήσει στο μέλλον (Παπανικολάου, 2007).

Ένας από τους πιο σημαντικούς και ευρέως γνωστούς οργανισμούς διαπίστευσης είναι ο Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations(JCHAO), ο οποίος εκδίδει πρότυπα και αξιολογεί την ποιότητα και την ασφάλεια φροντίδας σε οργανισμούς υγείας στις ΗΠΑ (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Το 1997 ιδρύθηκε ένα διεθνές παρακλάδι του οργανισμού με την επωνυμία Joint Commission International, το οποίο επεκτείνει την αποστολή του JCHAO παγκοσμίως. Δραστηριοποιείται διεθνώς τόσο στον συμβουλευτικό χώρο, όσο και στο χώρο της διαπίστευσης και βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών παροχής υπηρεσιών υγείας σε περισσότερες από 40 χώρες (JCI, 2005).

Όσο αναφορά το σύστημα διασφάλισης ποιότητας αυτό χαρακτηρίζεται ως ένα εργαλείο για την οργάνωση και τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων/ υπηρεσιών ενός οργανισμού, μια διαδικασία που περιλαμβάνει τις περισσότερες από τις μεθόδους και τις τυπικές διαδικασίες που σχετίζονται με τη λειτουργία του οργανισμού, την οργάνωση και τον καταμερισμό των ευθυνών (Παπανικολάου, 2007).

Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί για να εξυπηρετηθούν καλύτερα εφαρμόζουν συστήματα διασφάλισης ποιότητας μέσα από μια σειρά διαφόρων προτύπων ανάλογα με το είδος της επιχείρησης ή της υπηρεσίας που θέλουν να πιστοποιήσουν. Παρακάτω αναφέρονται μερικά πρότυπα ποιότητας που μπορούν να αναπτυχθούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το πρότυπο ISO 9001:2008, είναι ένα διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο για τη διαχείριση της ποιότητας και αφορά σε όλες τις κατηγορίες των εταιριών, ανεξάρτητα από το είδος, το μέγεθος και το παρεχόμενο προϊόν ή υπηρεσία και ως σκοπό έχει την ενίσχυση της φήμης μιας επιχείρησης στην αγορά εξασφαλίζοντας την εμπιστοσύνη των πελατών. Βελτιώνει την εικόνα και την αξιοπιστία της επιχείρησης. μειώνει το παραγωγικό κόστος, λόγω βελτιστοποίησης της διαχείρισης πόρων και του χρόνου, συνεπώς δημιουργεί ευκαιρίες για διείσδυση των εταιρειών σε διεθνείς αγορές. Επίσης ευαισθητοποιεί τους εργαζόμενους στη διαχείριση ποιότητας και συνδράμει στη διαρκή βελτίωση των διεργασιών με βάση την εφαρμογή αντικειμενικών μηχανισμών παρακολούθησης και μέτρησης και ως αποτέλεσμα αναβαθμίζει τις διεργασίες της εταιρίας ώστε να παράγεται προστιθέμενη αξία.

Το ISO 22000:2005, προδιαγράφει τις απαιτήσεις για ένα Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλειας των Τροφίμων (ΣΔΑΤ), ώστε αυτή να διασφαλίζεται από την πρωτογενή παραγωγή μέχρι την κατανάλωση.

Το ISO 29990:2010 είναι ένα διεθνές πρότυπο που ως στόχο έχει τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών μη τυπικής εκπαίδευσης ή κατάρτισης όπως επαγγελματική εκπαίδευση, δια βίου μάθηση, ενδοεπιχειρησιακά σεμινάρια.

Το ISO/IEC 27001 είναι ένα διεθνές πρότυπο που μπορεί να επιθεωρηθεί και το οποίο καθορίζει τις απαιτήσεις για ένα Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Πληροφοριών.

Τα πρότυπα OHSAS 18001/ΕΛΟΤ 1801 περιγράφουν τις θεμελιώδεις αρχές για την εφαρμογή Συστημάτων Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας και εφαρμόζονται σε όλες τις επιχειρήσεις, ανεξάρτητα από το μέγεθος ή τη δραστηριότητα τους.

Το Διεθνές Πρότυπο ISO 26000 δίνει τη δυνατότητα στις εταιρίες για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός συστήματος που να περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες σχετικά με τις αρχές της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης.

Η Διεθνής Πιστοποίηση Temos, η κατοχή της οποίας αποδεικνύει ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας συνάδουν με διεθνή πρότυπα ποιότητας και παράλληλα πληρούν τις υψηλές απαιτήσεις του «διεθνή» ασθενή. Έτσι διασφαλίζεται το μείζον ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για διεύρυνση του πελατολογίου και σε ασθενείς

προερχόμενους από διάφορες ευρωπαϊκές και μη χώρες, αναπτύσσοντας έτσι τον ιατρικό τουρισμό.

(<http://www.iatrikokentro.gr/iatrikoskosmos/sites/default/files/articles/periodiko-13/sunenteuksi/13%20-%20KALOFUSOUDHS.pdf>)

1.3.2 Δείκτες Ποιότητας Υγείας

Όπως υποστηρίζεται από τη Λαζάρου (2005) 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 παρεχόμενης φροντίδας, την ταυτοποίηση των απαραίτητων αλλαγών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρωτοκόλλων. Βασικό εργαλείο για όλα τα παραπάνω αποτελούν οι δείκτες ποιότητας υγείας.

Οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και μπορούν να συνδράμουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση καθώς αναδεικνύουν τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες ενός τμήματος. Μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:

α. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)

- 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.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, παρόλο που αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

β. Δείκτες διαδικασιών

- 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).

Κατά κύριο λόγο οι δείκτες διαδικασίας είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ωστόσο ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

γ. Δείκτες αποτελέσματος

- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
- Διάστημα ελεύθερο νόσου

- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Αρκετές φορές, ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία, η συν-νοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο). (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012)

1.4 Η αναγκαιότητα και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Τα οφέλη που επιφέρει η ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για τους επαγγελματίες υγείας αφορούν στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, την απαλλαγή τους από το καθημερινό άγχος, την ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους καθώς επίσης και τη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή που μπορεί να υπάρξει σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

Στα οφέλη που αφορούν τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας η ποιότητα συνεισφέρει στη μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών. Επίσης η ύπαρξη της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες συντελεί στην αύξηση των κερδών καθώς η μονάδα αποκτά κύρος και κερδίζει την εμπιστοσύνη των ασθενών-καταναλωτών.

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ.. Η βελτίωση της ποιότητας αυξάνει

γενικότερα την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. (Κρητικός,2004)

1.4.1 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ασφάλεια των ασθενών

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας σχετίζεται κατά κύριο λόγο με την ασφάλεια των ασθενών. Κατά τη θεραπεία, οι ασθενείς δείχνουν εμπιστοσύνη ότι θα υπάρξει ο κατάλληλος χειρισμός και η φροντίδα σχετικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. 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, ποσοστό που ισοδυναμεί με 4,1 εκατομμύρια ασθενείς ετησίως στην Ε.Ε. Αποτέλεσμα των λοιμώξεων αυτών είναι και ο θάνατος ασθενών που ανέρχονται περίπου σε 37.000 ετησίως. (TNS Opinion & Social, 2010).

Το κοινό γνωρίζει πλέον τον ρόλο της ποιότητας στον τομέα της υγείας και αναζητά συνεχώς 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 παίζει σπουδαίο ρόλο στην απόδοση της ποιότητας, παρόλο που η ποιότητα και η ασφάλεια είναι δύο διαφορετικές έννοιες. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα υποσύνολο της μεγαλύτερης και πολυδιάστατης έννοιας της ποιότητας. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι οι αποτυχίες στον χώρο της υγείας και μάλιστα σε ασθενείς με μεγάλη δημοσιότητα οδήγησαν σε μια συζήτηση σχετικά με την αξιολόγηση των ζητημάτων ασφάλειας των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη (Buttell et al ., 2008)

1.4.2 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη των μονάδων υγείας

Εκτός από την ασφάλεια των ασθενών η ποιότητα σχετίζεται και με την ανάπτυξη των μονάδων υγείας. Συνδέεται με την ανταγωνιστικότητα, την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και την κερδοφορία των οργανισμών υγείας (Τσιότρας, 2016, Zineldin, 2006). Καθώς οι καταναλωτές αναζητούν συνεχώς προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και ειδικότερα σε θέματα που αφορούν την υγεία τους, οι οργανισμοί και οι εταιρείες όρισαν την ποιότητα ως ένα βασικό συστατικό στοιχείο για τις υπηρεσίες και τη διαδικασία παραγωγής. Η ποιότητα, συνεπώς, αποτελεί 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 βοηθά στη μείωση των καθυστερήσεων, μειώνει το κόστος, συμβάλλει στην απόκτηση μεγαλύτερου μεριδίου στην αγορά, δημιουργεί μία περισσότερο θετική εικόνα του οργανισμού, αυξάνει την παραγωγικότητα και ως αποτέλεσμα και την κερδοφορία (Mosadeghrad, 2014).

1.4.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των ασθενών

Ένας κλασικός τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών όπως για παράδειγμα η καταγραφή των παραπόνων των ασθενών συνήθως μέσα από ερωτηματολόγια (Κωτούλα, 2004). Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υπηρεσιών υγείας. (Καϊτελίδου και συν., 2006) Η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών από την παρεχόμενη υπηρεσία, μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία για την αλλαγή προς την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η γνώση της άποψης των ασθενών και της ικανοποίησης τους από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες είναι σημαντική, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με τις ιατρικές οδηγίες. Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσα από ένα καθημερινό και απλό σύστημα αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας. (Κωσταγιόλας και συν., 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

2.1 Η παροχή και η ποιότητα των υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (ΚΑΑ)

2.1.1 Ορισμός και στόχοι της Αποκατάστασης

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), αποκατάσταση είναι «ένα σύνολο μέτρων που βοηθούν τα άτομα που αντιμετωπίζουν ή ενδέχεται να βιώνουν μια αναπηρία, να επιτύχουν και να διατηρήσουν βέλτιστη λειτουργικότητα σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον». Η αποκατάσταση (rehabilitation) περιλαμβάνει συχνά και τον όρο της προσαρμογής (habilitation) των ατόμων που έχουν εκ γενετής ή απέκτησαν πολύ νωρίς στη ζωή τους μια αναπηρία και οι οποίοι θα πρέπει με κάποιο τρόπο να διδαχτούν πως να ξεπεράσουν, έστω και μερικώς, όλες τις δυσχέρειες που τους προκαλεί η ασθένεια τους, με στόχο να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στους κοινωνικούς τους ρόλους και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία.

Στόχοι της αποκατάστασης αποτελούν η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ο σχεδιασμός εξατομικευμένων παρεμβάσεων, η παροχή βοήθειας στο άτομο προκειμένου να προσαρμοστεί στις τροποποιημένες συνθήκες της ζωής του μετά από την έλευση μιας ασθένειας ή ενός ατυχήματος, η προώθηση της ευεξίας και η μείωση των επιπλοκών και η βοήθεια ώστε να αποκτήσει το άτομο τον υψηλότερο βαθμό λειτουργικότητας και αυτάρκειας για να ανταποκριθεί στην καθημερινότητα του. Για τη επίτευξη όλων αυτών ο ακρογωνιαίος λίθος στη διαδικασία της αποκατάστασης είναι οι διεργασίες της διεπιστημονικής ομάδας μέσα από την ολιστική προσέγγιση της κλινικής διαχείρισης του ασθενή και πάντα μέσα από την άριστη συνεργασία όλης τη ομάδας δηλαδή των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, των φυσικοθεραπευτών, των λογοθεραπευτών, των εργοθεραπευτών, των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών και όλων των ειδικοτήτων που είναι απαραίτητες σε μία ομάδα αποκατάστασης . (Jester 2007).

2.1.2 Υπηρεσίες Αποκατάστασης και ποιότητα υπηρεσιών στα ΚΑΑ

Σύμφωνα με το Π.Δ.395/1993 ως ΚΑΑ ορίζεται η αυτοτελής και ανεξάρτητη Μονάδα στην οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος καθώς και από νοητική στέρηση χρησιμοποιώντας τα μέσα και τις μεθόδους της Ιατρικής Αποκατάστασης.

Η πρώτη ουσιαστική ανάπτυξη της αποθεραπείας και ιδιαίτερα της φυσικοθεραπείας, έρχεται μετά το πέρας των δύο παγκόσμιων πολέμων, καθώς η ανάγκη για φροντίδα ατόμων με αναπηρία ήταν επιτακτική. Τότε για πρώτη φορά, δημιουργήθηκαν κάποιες πανεπιστημιακές σχολές, οι οποίες είχαν ως αντικείμενο μελέτης την αποθεραπεία και την αποκατάσταση ασθενών.

Στην συνέχεια αρκετά κράτη, αναγνώρισαν την ανάγκη δημιουργίας κέντρων, που θα παρέχουν νέα είδη αποκατάστασης, με αποτέλεσμα την δημιουργία ιδιωτικών και δημόσιων κέντρων αποκατάστασης. Η αυξανόμενη ζήτηση οδήγησε στην συνεργασία αυτών των κέντρων με δημόσια ασφαλιστικά ταμεία που σκοπό θα είχαν την κάλυψη όλης, ή μέρους της αποκατάστασης του ασθενή. Έτσι λοιπόν η αποκατάσταση ενσωματώνεται στο σύστημα υγείας της χώρας και ο ασθενής μετά τη νοσηλεία του σε κάποιο νοσοκομείο, μπορεί να επιλέξει ανάλογα την πάθηση του, κάποιο κέντρο αποκατάστασης. Αυτή την στιγμή, την μεγαλύτερη παράδοση στην αποθεραπεία και την αποκατάσταση, την συναντάμε στις Η.Π.Α., ενώ η Γερμανία και η Ελβετία ξεχωρίζουν από τις χώρες της γηραιάς ηπείρου.

Αναφορικά με τη χώρα μας, ο αριθμός των κέντρων αποκατάστασης έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, ο εξοπλισμός και η λειτουργία των οποίων θα μπορούσαν να ανταγωνιστούν επάξια ξένα κέντρα και να αναπτύξουν τον ιατρικό τουρισμό, που θα έφερνε σημαντικά έσοδα στα δημόσια ταμεία. Τα κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, που κυρίως αναπτύχθηκαν από το 2006 και μετά, διαθέτουν σύγχρονες κτηριακές και τεχνολογικές εγκαταστάσεις.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα κέντρο αποκατάστασης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Σημαντικότερο παράγοντα αποτελεί η συνεργασία της

διεπιστημονικής ομάδας, δηλαδή των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, των φυσικοθεραπευτών, των λογοθεραπευτών, των εργοθεραπευτών, των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών και όλων των ειδικοτήτων που είναι απαραίτητες σε μία ομάδα αποκατάστασης. Η επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας και η σωστή πληροφόρηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην αποκατάσταση καθώς το κάθε περιστατικό, έχοντας τις δικές του ιδιαιτερότητες, αποτελεί εξειδικευμένη περίπτωση. Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα στις υπηρεσίες αποκατάστασης είναι η χρήση δεικτών μέτρησης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση αστοχιών. Επιπροσθέτως, για την ποιότητα των υπηρεσιών σε ένα κέντρο αποκατάστασης απαραίτητα είναι η απόκτηση πιστοποιήσεων ποιότητας για την σωστή λειτουργία, την τήρηση και την καταγραφή κανόνων και διαδικασιών (τήρηση κανόνων υγιεινής, κανόνες σωστής συμπεριφοράς, σωστή χρήση και συντήρηση των μηχανημάτων και του εξοπλισμού κ.α.).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες ποιότητας γενικότερα στις υπηρεσίες υγείας όμως ο κλάδος της αποκατάστασης έχει ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με τους ασθενείς αλλά και τους συνοδούς τους. Στην αποκατάσταση οι νοσηλείες είναι συνήθως μακροχρόνιες, γεγονός που εφιστά την προσοχή στην αποφυγή λοιμώξεων με την αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής. Επίσης σε μακροχρόνιες νοσηλείες οι ασθενείς και οι συνοδοί αυτών, αποκτούν διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό καθώς επίσης χρήζουν ψυχολογικής στήριξης, για να ανταπεξέλθουν στα μεγάλα χρονικά διαστήματα νοσηλείων αλλά και στα δεδομένα της νέας τους κατάστασης, με στόχο να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στους κοινωνικούς τους ρόλους και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία.

2.2 Το ΚΑΑ «Euromedica- Αρωγή Θεσσαλονίκης»

Το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Euromedica – Αρωγή Θεσσαλονίκης» αποτελεί πρότυπο στην αποκατάσταση και αποθεραπεία από τον μεγαλύτερο όμιλο υγείας στην Ελλάδα, τον όμιλο «Euromedica».

Κύριος στόχος του ΚΑΑ «Euromedica – Αρωγή Θεσσαλονίκης» αποτελεί η ανάπτυξη μίας σύγχρονης αντίληψης για την αποκατάσταση που θα συνεισφέρει στην προαγωγή της καλής υγείας και στον σεβασμό των ανθρώπων που πάσχουν και

συγχρόνως, πασχίζουν να γίνουν καλά. Από το 2010, η Αρωγή προσφέρει εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης και αποθεραπείας, προσεγγίζοντας ολιστικά τους ασθενείς με οξείες ή χρόνιες παθήσεις.

Η «Euromedica-Αρωγή» εφαρμόζει τον Νόμο 3304/2005, της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού. Συνεπώς, δεν πραγματοποιεί καμία διάκριση σε βάρος οποιουδήποτε προσώπου με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την αναπηρία, την ηλικία, ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό κατά την διάρκεια της εισαγωγής, τις θεραπείες, ή κατά την συμμετοχή σε προγράμματα της, εκπαιδευτικά σεμινάρια, διάφορες υπηρεσίες και δραστηριότητες, ή στην εργασία, είτε βάσει του φύλου στα προγράμματα υγείας της και τις δραστηριότητες. (<http://www.euromedica-arogi.gr/>)

Στο κέντρο Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης κάθε πρόγραμμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης που εφαρμόζεται σχεδιάζεται με επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες του και μπορεί να συνδυάσει ένα εύρος υπηρεσιών από τα διαφορετικά Τμήματα του Κέντρου. Οι τομείς που εμπλέκονται στα προγράμματα αποκατάστασης είναι: ο τομέας Φυσιοθεραπείας, ο τομέας Υδροθεραπείας, ο τομέας Εργοθεραπείας, ο τομέας Λογοθεραπείας ο τομέας Ψυχολογικής Υποστήριξης και ο τομέας Διατροφής.

Ο Φυσίατρος είναι ο επικεφαλής ειδικός Ιατρός της Ομάδας Αποκατάστασης, ο οποίος προσεγγίζει ολιστικά τους ασθενείς, εκτιμά την κατάστασή τους, θέτει μαζί τους στόχους και επιβλέπει την εξέλιξη της αποθεραπείας τους, συντονίζοντας την ειδική Ιατρική Ομάδα Αποκατάστασης που αποτελείται από Ιατρό Φυσικής Αποκατάστασης, Παθολόγο, Καρδιολόγο, Ορθοπεδικό, Εντατικολόγο, Νευρολόγο και συνεργαζόμενους εξωτερικούς ιατρούς όλων των ειδικοτήτων ανάλογα με την ανάγκη που θα προκύψει για κάθε ασθενή.

Το κέντρο «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» διαθέτει τμήμα κλειστής νοσηλείας, διακοσίων κλινών, μοιρασμένων σε πέντε πτέρυγες νοσηλείας, για ασθενείς που η κατάσταση τους απαιτεί εικοσιτετράωρη ιατρική μέριμνα καθώς και τμήμα ημερήσιας νοσηλείας σε ειδική πτέρυγα με ξεχωριστή είσοδο και υποδοχή, για ασθενείς που προσέρχονται αποκλειστικά και μόνο για θεραπείες.

2.2.1 Ποιότητα υπηρεσιών στο ΚΑΑ «Euromedica- Αρωγή Θεσσαλονίκης»

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στη «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» υπολογίζεται και βελτιώνεται μέσα από τη χρήση δεικτών μέτρησης ποιότητας που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Μερικοί από τους δείκτες αυτούς είναι το ποσοστό των λοιμώξεων, η καταγραφή των πτώσεων που συμβαίνουν στο Κέντρο, οι χρόνοι νοσηλείας των ασθενών, τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ένας ακόμη δείκτης που σχετίζεται με την πορεία των ασθενών είναι η χρήση της κλίμακας FIM (Functional Independence Measure). Η διεθνώς αναγνωρισμένη κλίμακα FIM αξιολογεί τη λειτουργική ανεξαρτησία ατόμων με αναπηρία. Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της προόδου των ασθενών και τα αποτελέσματα της θεραπείας αποκατάστασης. Εφαρμόζεται σε ασθενείς όλων των ηλικιών και διαγνώσεων και εστιάζει στη φροντίδα που απαιτείται ανάλογα με το επίπεδο της αναπηρίας κάθε ασθενούς. (<http://www.euromedica-arogi.gr/>)

Το ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» διαθέτει επίσης και διαπιστεύσεις ποιότητας που βοηθούν στην σωστή λειτουργία του και στην κατάκτηση μεγάλου ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος στην Ελληνική αλλά και Διεθνή αγορά.

Έχει λάβει την πιστοποίηση ISO 9001:2008 που είναι ένα διεθνές πρότυπο στο οποίο καθορίζονται οι γενικές απαιτήσεις του συστήματος διαχείρισης ποιότητας με τις οποίες θα πρέπει να συμμορφώνονται οι επιχειρήσεις που επιθυμούν να αποδεικνύουν την ικανότητα τους να παρέχουν προϊόντα ή/και υπηρεσίες που ικανοποιούν τις απαιτήσεις τόσο των πελατών τους όσο και της νομοθεσίας. (http://www.qlc.gr/?section=1794&language=el_GR)

Επίσης διαθέτει το ISO 22000:2005 είναι ένα πρότυπο το οποίο εκπονήθηκε από το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) και προδιαγράφει τις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιούν οι επιχειρήσεις που εμπλέκονται στην αλυσίδα των τροφίμων ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια των προϊόντων τους από την παραγωγή μέχρι την κατανάλωση. (http://www.qlc.gr/?section=1802&language=el_GR)

Τέλος και σημαντικότερο όλων η «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» είναι το πρώτο και μοναδικό Κέντρο Αποκατάστασης στην περιοχή της Νοτιοανατολικής Ευρώπης, τα οποίο ανήκει στην επίλεκτη παγκόσμια ομάδα των 543 Κέντρων Αποκατάστασης, εκ των οποίων τα 517 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τα οποία έχουν λάβει τη Διεθνή Διαπίστευση CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities) στη συγκεκριμένη κατηγορία.

Η διαπίστευση αυτή, αποτελεί το υψηλότερο επίπεδο παγκόσμιας πιστοποίησης που απονέμεται σε ένα Κέντρο Αποκατάστασης και προσδιορίζει την ουσιαστική συμμόρφωσή του με τα πρότυπα CARF. Η τριετής πιστοποίηση «Inpatient Rehabilitation Programmes – Hospital», δίνεται σε ένα Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, εφόσον αυτό ανταποκριθεί με απόλυτη επιτυχία στη διαδικασία αυστηρής αξιολόγησης από την ειδική ομάδα επιθεωρητών του Οργανισμού CARF. Ο Οργανισμός CARF, είναι ο φορέας διαπίστευσης που θεσπίζει τα πελατοκεντρικά πρότυπα για τη μέτρηση και την αναβάθμιση της ποιότητας των προγραμμάτων και των υπηρεσιών Αποκατάστασης και Αποθεραπείας σε παγκόσμιο επίπεδο. (<http://www.carf.org/home/>)

Όλα τα παραπάνω έχουν επιτευχθεί με την πρωτοβουλία της διοίκησης, την συνεχή προσπάθεια των εργαζομένων αλλά και του εξειδικευμένου τμήματος ποιότητας, που το συγκεκριμένο ΚΑΑ διαθέτει.

2.2.2 Πρακτικές βελτίωσης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών στο ΚΑΑ «Euromedica- Αρωγή Θεσσαλονίκης»

Όπως μελετήσαμε από τη βιβλιογραφία για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, ο καθορισμός των προτύπων ποιότητας, η παρακολούθηση μέσα από τη χρήση δεικτών και η δράση με τη συμμετοχή όλων. Όλα τα προαναφερθέντα βοηθούν στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα των υπηρεσιών αποκατάστασης που χαρακτηρίζονται από αρκετές ιδιαιτερότητες.

Στο ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» γίνονται αξιοσημείωτες προσπάθειες για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και για τη βελτίωση αυτής. Ωστόσο καθώς η Αποκατάσταση είναι ένας κλάδος υγείας που δεν

έχει ερευνηθεί ιδιαίτερα καθώς εισήχθη σχετικά πρόσφατα στις υπηρεσίες υγείας, στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επιδρούν στη βελτίωση της ποιότητας στα ΚΑΑ και για την εύρεση καλών πρακτικών για τη βελτίωση αυτής, μέσα από τη μελέτη του ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ

3.1 Μεθοδολογικό πλαίσιο

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή έχει θέσει στο επίκεντρο του ερευνητικού της ενδιαφέροντος το ερευνητικό ερώτημα: « Ποιοι είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επιδρούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΚΑΑ;»

Κατά συνέπεια και με βάση τη μεθοδολογική προσέγγιση που θα αναλυθεί ενδελεχώς στη ενότητα αυτή, κρίθηκε καταλληλότερο να ακολουθηθεί η ερευνητική πρακτική μιας μεθοδολογίας διερεύνησης (exploratory research). Η χρήση ερευνητικών υποθέσεων στα πλαίσια του ερευνητικού ερωτήματος που έχει τεθεί, δυνητικά θα συρρίκνωνα την οπτική της παρούσας έρευνας. Φυσικά θα μπορούσε να αποτελέσει, κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, μια ενδιαφέρουσα εναλλακτική.

3.2 Μέθοδος της έρευνας

Η μέθοδος της έρευνας που επιλέχθηκε είναι η ποσοτική μέθοδος. Η ποσοτική μέθοδος ορίζεται ως η αριθμητική αναπαράσταση των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί, με σκοπό την περιγραφή και εξήγηση των φαινομένων που αντανακλούν τα δεδομένα. Η ποσοτική μέθοδος εφαρμόζεται όταν στόχος της έρευνας είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων για το υπό μελέτη φαινόμενο. Η ποσοτική μέθοδος που βασίζεται σε δειγματοληπτική έρευνα με τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, προσφέρει τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού για τον έλεγχο της θεωρίας. Όταν τα αποτελέσματα της έρευνας στηρίζονται σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, η γενική αντίληψη είναι ότι οι θεωρητικές υποθέσεις υποβάλλονται σε πιο αυστηρό και έγκυρο έλεγχο. Η τυποποίηση των στοιχείων που συλλέγονται, η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους πληθυσμού και η επιδεκτικότητα των στοιχείων σε στατιστικές μεθόδους ανάλυσης καθιστούν την ποσοτική ως την πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας για τη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων (Κυριαζή, 2002). Αυτό σημαίνει ότι η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει, μέσα από τη στατιστική ανάλυση, την ποσοτικοποίηση των απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα, την ομαδοποίηση των δεδομένων και την παρουσίασή τους με αριθμητική μορφή. Αυτό επιτρέπει και

την καλύτερη ανάλυση και η έρευνα διέπεται από υψηλού βαθμού αντικειμενικότητα του ερευνητή (Muijs, 2010).

Επίσης, η ποσοτική έρευνα επιτρέπει τον έλεγχο της επίδρασης των μεταβλητών μεταξύ τους μέσα από τη διεξαγωγή συσχετίσεων. (Blessing& Chakrabarti, 2009).

3.3 Μεθοδολογικό εργαλείο

Το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Ο βασικός 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, Muijs, 2010). Το άλλο πλεονέκτημα είναι ότι το ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε ένα μεγάλο αριθμό υποκειμένων την ίδια χρονική στιγμή, με χαμηλό κόστος (Harris& Brown, 2010).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς αυτής της έρευνας σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια, έχοντας μελετήσει τη βιβλιογραφία και βασιζόμενη σε ευρήματα προηγούμενων μελετών, με στόχο να απαντήσει και να ερευνήσει το θέμα της παρούσας διατριβής. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιέχει ερωτήσεις (ερωτήσεις 2-7) που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, ειδικότητα, θέση εργασίας, έτη προϋπηρεσίας) ενώ η δεύτερη ενότητα αποτελείται από τις ερωτήσεις 8-13. Οι ερωτήσεις αυτές μελετούν την έννοια και τη σημαντικότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας των ΚΑΑ και τις παραμέτρους που την επηρεάζουν (ερώτηση 8), τη χρήση δεικτών μέτρησης ποιότητας στα ΚΑΑ (ερώτηση 11), καθώς επίσης προσπαθούν να συνδέσουν την λήψη πιστοποίησης με τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΚΑΑ (ερώτηση 13). Επίσης, μέσα από αυτές τις ερωτήσεις διερευνάται η άποψη των εργαζομένων σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από το ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» (ερώτηση 12). Τέλος, υπάρχουν και ερωτήσεις στις οποίες οι ερωτηθέντες καταθέτουν τις απαντήσεις τους σχετικά με το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια

ποιότητας και για το εάν γνωρίζουν την ύπαρξη εξειδικευμένου τμήματος ποιότητας στο ΚΑΑ που εργάζονται (ερώτηση 9,10).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από κλειστές ερωτήσεις, καθώς τέτοιου τύπου εξαιρετικά δομημένες, κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, με στόχο να παράγουν συχνότητες απαντήσεων που επιδέχονται στατιστικούς χειρισμούς και ανάλυση, καθώς επίσης δίνουν τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ ομάδων του δείγματος» (Cohen et al., 2007).

Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί ερώτηση της κλίμακας Likert (ερώτηση 12), η οποία αποτελεί ένα κατάλληλο μέτρο της μέτρησης των απόψεων των υποκειμένων της έρευνας. Εκτός από ερώτηση της κλίμακα Likert, έχουν χρησιμοποιηθεί ερωτήσεις διαζευκτικού τύπου (ερωτήσεις 9, 10, 11), καθώς και ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με δυνατότητα πολλών απαντήσεων (ερωτήσεις 8,13).

3.4 Διεξαγωγή της έρευνας

Για την διεξαγωγή της έρευνας η ερευνήτρια έλαβε την συγκατάθεση του Διοικητικού Διευθυντή και Διευθύνοντα Συμβούλου της «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» αφού εξέθεσε το σκοπό της έρευνας, το πανεπιστήμιο και το τμήμα στο πλαίσιο του οποίου διεξάγεται η έρευνα, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής των εργαζομένων παρουσιάζοντάς του και το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

Εν συνεχεία, δίνουμε το ερωτηματολόγιο στους εργαζομένους με την παράκληση να συνδράμουν στη έρευνα, ενημερώνοντας τους για το σκοπό της έρευνας, το πανεπιστήμιο και το τμήμα στο πλαίσιο του οποίου διεξάγεται η έρευνα και ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και θα τηρηθεί απόλυτη εμπιστευτικότητα. Η εν λόγω διαβεβαίωση από την ερευνήτρια έγινε και εγγράφως στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα ανέφερε ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, ότι ο ερωτώμενος μπορεί να απαντήσει σε όσες ερωτήσεις επιθυμεί, ότι οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές, ότι θα τηρηθεί απόλυτη ανωνυμία και ότι οι απαντήσεις δεν θα

χρησιμοποιηθούν για μελλοντική έρευνα. Στη συνέχεια ως απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή στην έρευνα έθεσε την έγγραφη συγκατάθεση του εργαζομένου. (ερώτηση 1).

Άλλωστε η ενήμερη συγκατάθεση των συμμετεχόντων 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).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 με τη χρήση περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Στη συνέχεια τα δεδομένα επεξεργάστηκαν στο EXCEL και έγινε η μετατροπή όλων των ποιοτικών μεταβλητών σε ποσοτικές. Για παράδειγμα οι απαντήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ μετατράπηκαν σε 0/1 και οι πολλαπλές απαντήσεις σε 1,2,3,4,5..... Έγινε στατιστική ανάλυση συχνοτήτων των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτώμενοι με στόχο τον έλεγχο της ταυτότητας του δείγματος καθώς και τον έλεγχο συχνότητας εμφάνισης της κάθε απάντησης.

Για τους παραπάνω ελέγχους χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα συχνοτήτων και κυκλικά διαγράμματα ανάλογα με τον τύπο των απαντήσεων που είχε κάθε ερώτηση. Για τα δημογραφικά στοιχεία δημιουργήθηκαν κυκλικά διαγράμματα για το φύλο, την εκπαίδευση, την ειδικότητα και τη θέση εργασίας. Στο κύριο μέρος του ερωτηματολογίου κυκλικά διαγράμματα δημιουργήθηκαν και για τις απαντήσεις των ερωτήσεων διαζευκτικού τύπου. Το κυκλικό διάγραμμα περιγράφει το ποσοστό του συνολικού αριθμού παρατηρήσεων που περιέχει κάθε κατηγορία, διαιρώντας ένα κύκλο σε κυκλικούς τομείς έτσι ώστε το εμβαδόν κάθε κυκλικού τομέα να είναι ίσο με τη συχνότητα της αντίστοιχης κατηγορίας. Ραβδογράμματα συχνοτήτων στα δημογραφικά στοιχεία, δημιουργήθηκαν για τις ερωτήσεις που οι απαντήσεις τους ήταν αριθμητικά δεδομένα (ηλικία, έτη προϋπηρεσίας) ενώ για τις ερωτήσεις του κυρίου μέρους για εκείνες τις πολλαπλής επιλογής και για την ερώτηση της κλίμακας Likert.

Στη συνέχεια με τη χρήση μη παραμετρικών τεστ ελέγχου ανεξαρτησίας (Pearson chi – square test) έγινε έλεγχος για το εάν υπάρχει σχέση εξάρτησης ή ανεξαρτησίας

μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και των απαντήσεων που δόθηκαν στο κύριο μέρος. Ο έλεγχος χ^2 (Pearson chi-square test) αποτελεί επαγωγικό έλεγχο μέσω του οποίου ελέγχουμε την υπόθεση ότι οι δύο μεταβλητές του πίνακα συνάφειας είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, δηλαδή ότι μεταβολές στις τιμές της μιας δεν προκαλούν μεταβολές στις τιμές της άλλης. Ουσιαστικά μέσα από τον έλεγχο αυτό έγινε μια προσπάθεια ελέγχου της επιρροής των δημογραφικών στοιχείων στις απαντήσεις που δόθηκαν. Δηλαδή ελέγχθηκε το αν το φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, ειδικότητα, θέση εργασίας, έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων επηρέασαν τις απαντήσεις που έδωσαν στις ερωτήσεις του κυρίου μέρους.

Για το chi-square test, επιπροσθέτως χρειάστηκε η κάθε απάντηση της πρώτης και της τελευταίας ερώτησης του κυρίως μέρους να μετατραπεί σε διχοτομική μεταβλητή παίρνοντας τις τιμές 0 και 1. Αυτό πραγματοποιήθηκε γιατί οι ερωτήσεις αυτές είχαν πολλαπλές απαντήσεις και οι συμμετέχοντες έδωσαν ο καθένας τον δικό του συνδυασμό απαντήσεων. Έτσι για κάθε ερωτώμενο η κάθε απάντηση πήρε τη τιμή 1, εάν έχει επιλεγθεί από αυτόν και την τιμή 0 σε κάθε άλλη περίπτωση.

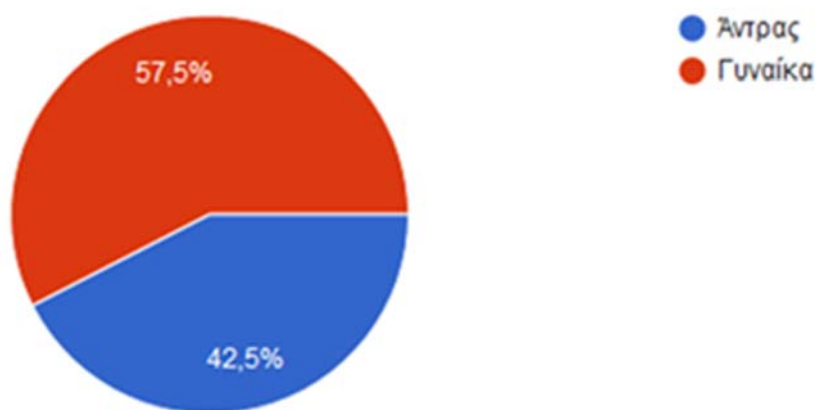
3.5 Δείγμα της έρευνας

Δείγμα μίας έρευνας αποτελεί μια υποομάδα του πληθυσμού-στόχου που ο ερευνητής σχεδιάζει να μελετήσει για να κάνει γενικεύσεις που θα αφορούν τον πληθυσμό-στόχο που ανήκει η υποομάδα (Creswell 2011). Για την επιλογή του δείγματος θα πρέπει να οριστεί αφενός η προσβασιμότητα σε αυτόν και αφετέρου το μέγεθός του (Cohen et al ., 2007). Στη συγκεκριμένη περίπτωση της παρούσας έρευνας η πρόσβαση της ερευνήτριας στους εργαζομένους του ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» ήταν εύκολη καθώς και η ίδια εργάζεται στο συγκεκριμένο ΚΑΑ. Επίσης το συγκεκριμένο ΚΑΑ είναι από τα μεγαλύτερα και δημοφιλέστερα ΚΑΑ στον Ελλαδικό χώρο και ουσιαστικά αποτελεί “leader” της αγοράς στο τομέα της αποκατάστασης, συνεπώς η επιλογή του ως μελέτη περίπτωσης για την συγκεκριμένη διατριβή δίνει βαρύτητα στα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την έρευνα.

Όσο αναφορά το δείγμα της έρευνας, 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. Στην παρούσα έρευνα, το δείγμα αποτελείται από 103 εργαζομένους του ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» από το σύνολο των 240 εργαζομένων και απαρτίζεται από ιατρικό, νοσηλευτικό, θεραπευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό που εργάζεται στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Ουσιαστικά το δείγμα αποτελεί το 42% του συνόλου των εργαζομένων, ποσοστό τέτοιο που βοηθά την αξιοπιστία της έρευνας.

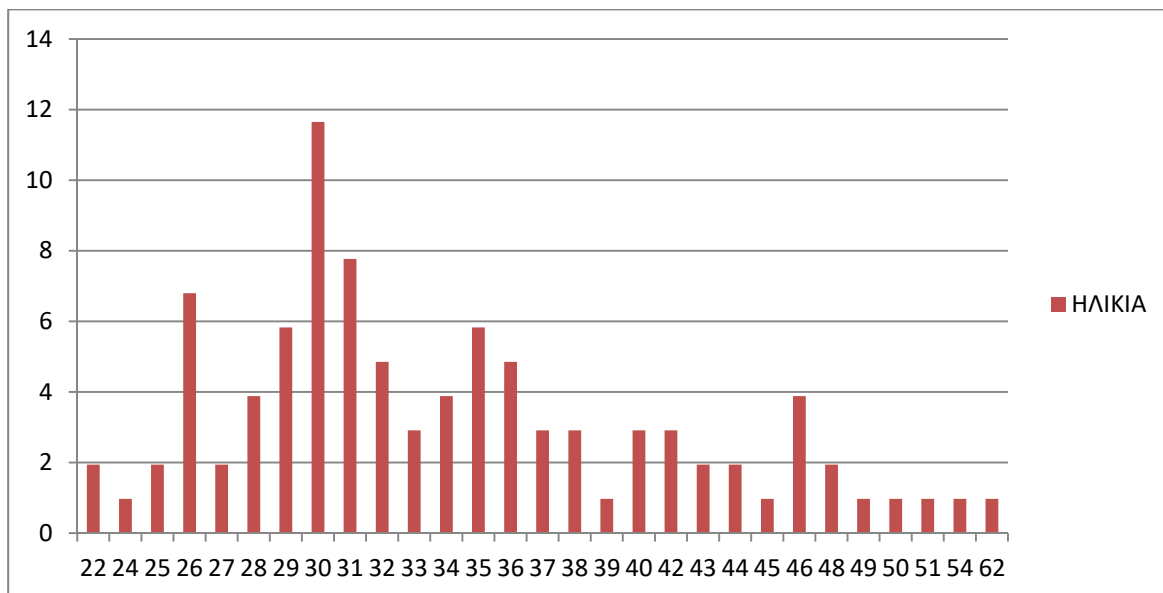
3.5.1 Ταυτότητα του Δείγματος της έρευνας

Παρακάτω και με βάση τις έξι πρώτες ερωτήσεις του δείγματος γίνεται ανάλυση της ταυτότητας αυτού ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την ειδικότητα, τη θέση εργασίας και τα έτη προϋπηρεσίας.



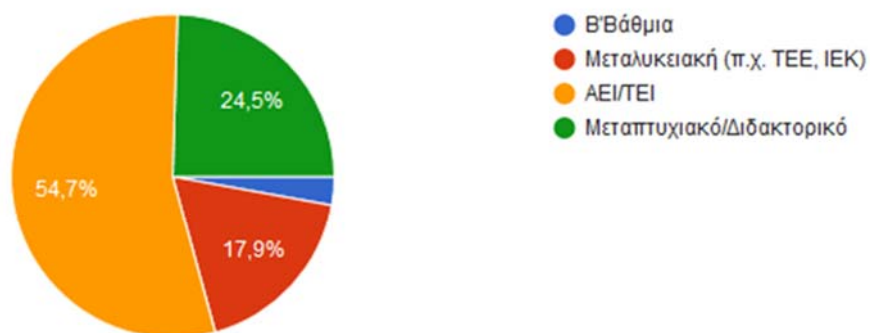
ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΦΥΛΟ

Όπως φαίνεται στο παραπάνω γράφημα το 42,5% του δείγματος αποτελείται από άνδρες και το 57,5% από γυναίκες. Δηλαδή από τους 103 συμμετέχοντες στην έρευνα οι 44 είναι άνδρες και οι 59 γυναίκες.



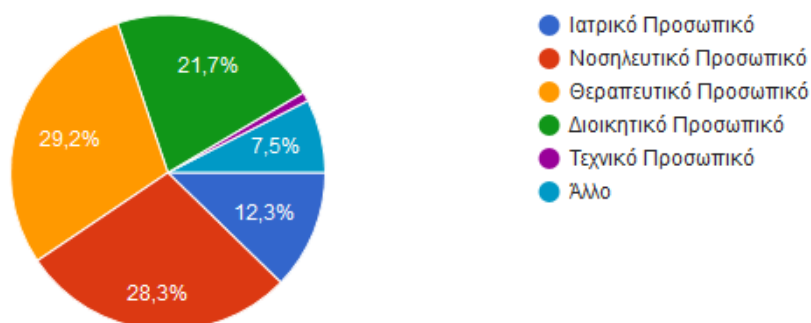
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΗΛΙΚΙΑ

Αναφορικά με την ηλικία στο παραπάνω γράφημα φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες βρίσκονται στην ηλικία των 30 ετών ή κοντά σε αυτή.



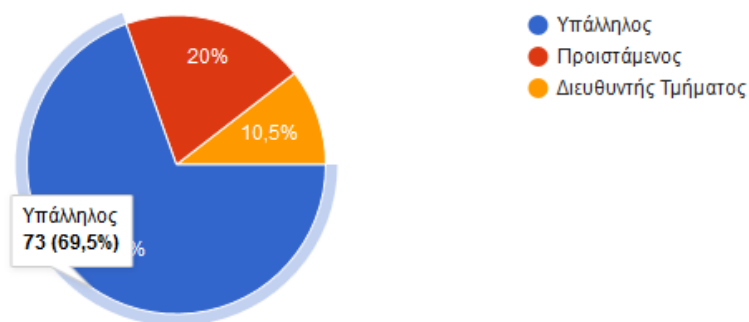
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Σχετικά με την εκπαίδευση βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (54,7%) , ακολουθούν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού (24,5%), έπειτα οι απόφοιτοι ιδρυμάτων μεταλυκειακής εκπαίδευσης (17,9%) και τέλος ένα μικρό ποσοστό κατέχουν οι απόφοιτοι Β΄ βάθμιας εκπαίδευσης (2,8%).



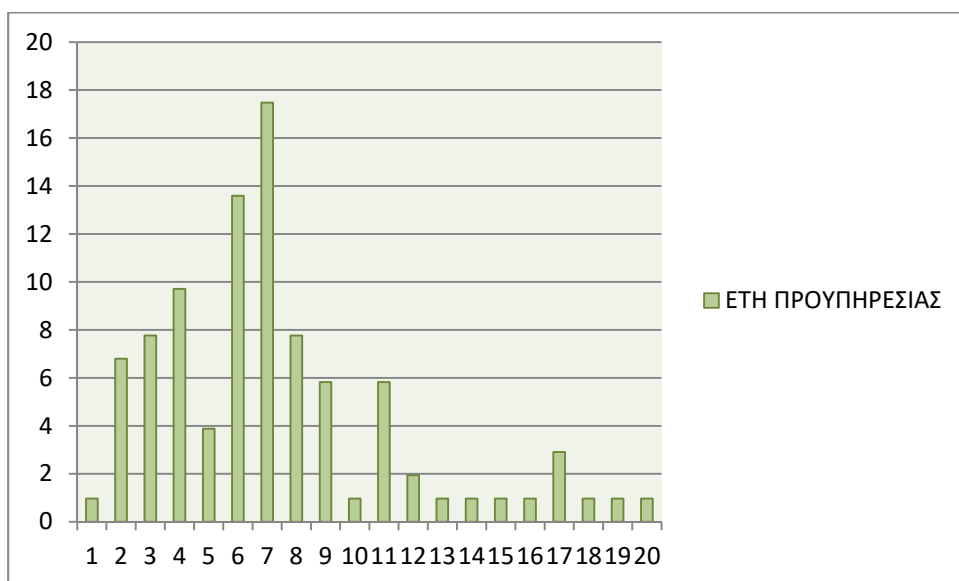
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Αναφορικά με την ειδικότητα οι συμμετέχοντες στην έρευνα καλύπτουν όλες της ειδικότητες των εργαζομένων του ΚΑΑ που μελετάται με ένα σχετικά ικανοποιητικό ποσοστό από κάθε ειδικότητα. Έτσι έχουμε 29,2% θεραπευτικό προσωπικό, 28,3% νοσηλευτικό προσωπικό, 21,7% διοικητικό προσωπικό, 12,3% ιατρικό προσωπικό, 7,5% άλλες ειδικότητες και έναν υπάλληλο (0,9%) από το τεχνικό προσωπικό.



ΓΡΑΦΗΜΑ 5: ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σχετικά με τις θέσεις εργασίας βλέπουμε ότι το 69,5% του δείγματος αποτελείται από υπαλλήλους, που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό, το 20% από προϊσταμένους και το 10,5% από διευθυντές τμημάτων.



ΓΡΑΦΗΜΑ 6: ΕΤΗ ΠΡΟΪΠΗΡΕΣΙΑΣ

Τα έτη προϋπηρεσίας βλέπουμε ότι ποικίλουν, με τους περισσότερους συμμετέχοντες να δηλώνουν προϋπηρεσία 6 με 7 έτη. Γεγονός λογικό, καθώς είναι αναλογικό με τις ηλικίες του δείγματος που οι περισσότερες είναι κοντά στα 30 έτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

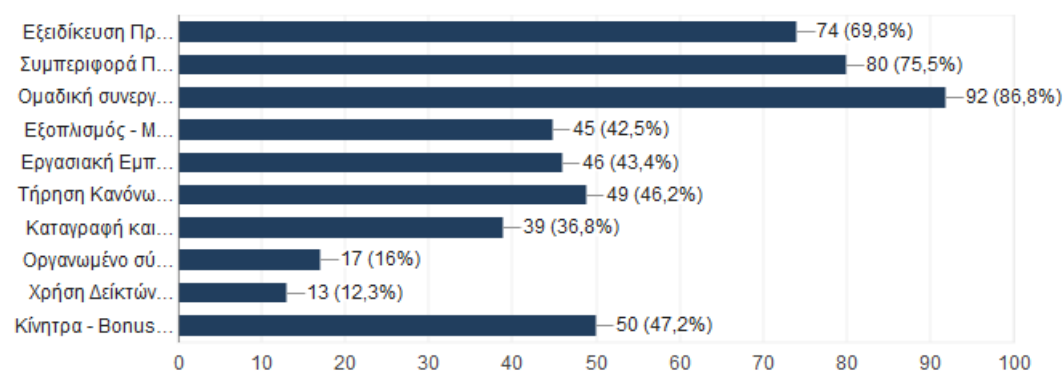
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1 Στατιστική ανάλυση απαντήσεων ερωτηματολογίου

Η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων για τις ερωτήσεις του κυρίως μέρους του ερωτηματολογίου, έγινε με την ανάλυση των συχνοτήτων που εμφανίζει η κάθε απάντηση και η απεικόνιση αυτών σε κυκλικά διαγράμματα και διαγράμματα συχνοτήτων. Έτσι μέσα από τα διαγράμματα αυτά παραθέτονται τα αποτελέσματα της έρευνας όπως αναλύονται παρακάτω.

Ποιές από τις παρακάτω παραμέτρους θεωρείτε ότι ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (ΚΑΑ)? (μπορείτε να επιλέξετε έως ΠΕΝΤΕ (5) από τις απαντήσεις)

106 απαντήσεις



ΓΡΑΦΗΜΑ 7: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΚΑΑ

Το πρώτο ερώτημα του κυρίως μέρους του ερωτηματολογίου αφορούσε τις παραμέτρους που επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στα ΚΑΑ, με τους ερωτώμενους να έχουν να επιλέξουν έως πέντε από τις ακόλουθες απαντήσεις:

- Εξειδίκευση Προσωπικού
- Συμπεριφορά Προσωπικού

- Ομαδική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ. νοσηλευτικό με θεραπευτικό προσωπικό)
- Εξοπλισμός - Μηχανήματα
- Εργασιακή Εμπειρία Προσωπικού
- Τήρηση Κανόνων Υγιεινής
- Καταγραφή και τήρηση όλων των διαδικασιών
- Οργανωμένο σύστημα μηχανογράφησης
- Χρήση Δεικτών Μέτρησης Ποιότητας
- Κίνητρα - Bonus επιβράβευσης για το προσωπικό

Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται το ποσοστό που έλαβε κάθε απάντηση, δηλαδή το ποσοστό των συμμετεχόντων που επέλεξαν την κάθε απάντηση ως σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών στα ΚΑΑ. Όπως φαίνεται η απάντηση που έλαβε το μεγαλύτερο ποσοστό ως παράμετρος που επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στα ΚΑΑ είναι η ομαδική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων (86,8%). Αυτό δικαιολογείται γιατί όπως μελετήθηκε και στη βιβλιογραφία, σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης σημαντικό και πρωταρχικό ρόλο παίζει η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Για τη διεκπεραίωση προγράμματος αποκατάστασης ασθενών λαμβάνουν μέρος αρκετές ειδικότητες γεγονός που καθιστά την αμοιβαία συνεργασία μεταξύ τους, απαραίτητο συστατικό για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Στη συνέχεια φαίνεται πως σημαντικό ρόλο στην ποιότητα, κατά την άποψη του δείγματος των εργαζομένων στο ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» που συμμετείχαν στην έρευνα, παίζει η συμπεριφορά και η εξειδίκευση του προσωπικού που έλαβαν ποσοστό 75,5% και 69,8% αντίστοιχα. Αυτό δικαιολογείται με βάση τις ιδιαιτερότητες των ασθενών που ακολουθούν προγράμματα αποκατάστασης και αποθεραπείας, οι οποίοι χρήζουν ιδιαίτερης συμπεριφοράς με στόχο να ανταπεξέλθουν στις μακροχρόνιες νοσηλείες αλλά και στα δεδομένα της νέας τους κατάστασης καθώς και παρακολούθηση και φροντίδα από εξειδικευμένο προσωπικό λόγω των ιδιαίτερων παθήσεων από τις οποίες πάσχουν, τις δυσκολίες κινητικότητας που συνήθως αντιμετωπίζουν αλλά και τη συν- νοσηρότητα.

Σημαντικό ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φαίνεται να παίζουν, κατά την άποψη των ερωτηθέντων και τα κίνητρα - bonus που δίνονται στο

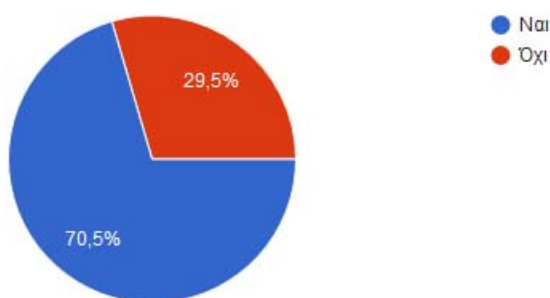
προσωπικό καθώς η απάντηση αυτή συγκέντρωσε ποσοστό 47,2%. Τα bonus αποτελούν βασικό παράγοντα για την υποκίνηση του προσωπικού με στόχο την βελτίωση της ποιότητας.

Ακόμη ο εξοπλισμός και τα μηχανήματα, η εργασιακή εμπειρία του προσωπικού, η τήρηση κανόνων υγιεινής και η καταγραφή και τήρηση όλων των διαδικασιών συγκέντρωσαν αξιοσημείωτα ποσοστά όπως φαίνεται στο διάγραμμα, γεγονός που σύμφωνα με το δείγμα τα κατατάσσει στους παράγοντες που συντελούν στη βελτίωση τη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα ΚΑΑ.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω αναμενόμενα ποσοστά των απαντήσεων, παρατηρείται ότι οι δείκτες μέτρησης ποιότητας, που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποτελούν από τους πιο βασικούς παράγοντες που συντελούν στη βελτίωση της ,έχουν λάβει το πιο χαμηλό ποσοστό ανάμεσα στις απαντήσεις.

Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια αναφορικά με την ποιότητα και τις πρακτικές βελτίωσής της?

105 απαντήσεις



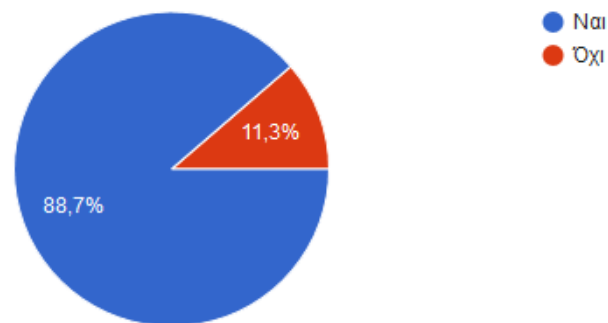
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το επόμενο ερώτημα αφορά την παρακολούθηση σεμιναρίων, σχετικών με την ποιότητα και τις πρακτικές βελτίωσης της και ουσιαστικά εάν έχουν συμμετάσχει σε τέτοια οι συμμετέχοντες στην έρευνα.

Ικανοποιητικό ποσοστό (70,5%) απάντησε ότι έχει παρακολουθήσει σεμινάρια ποιότητας ωστόσο και το ποσοστό που δεν έχει παρακολουθήσει (29,5%) δε μπορεί να χαρακτηριστεί αμελητέο για τους εργαζόμενους του συγκεκριμένου ΚΑΑ.

Γνωρίζεται αν το ΚΑΑ που εργάζεστε διαθέτει εξειδικευμένο τμήμα ποιότητας?

106 απαντήσεις



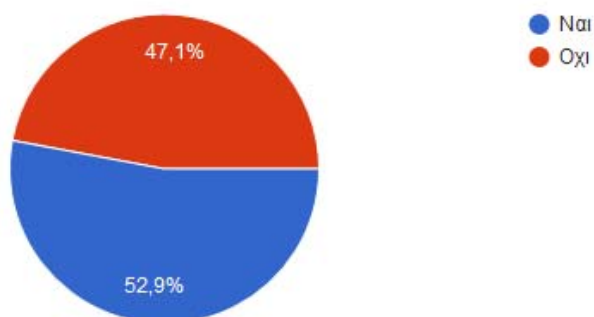
ΓΡΑΦΗΜΑ 9: ΤΜΗΜΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η επόμενη ερώτηση αφορά του τμήμα ποιότητας που διαθέτει το ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» και κατά πόσο οι εργαζόμενοι - συμμετέχοντες στην έρευνα γνωρίζουν την ύπαρξη του.

Το ποσοστό που γνωρίζει την ύπαρξη τμήματος ποιότητας στο ΚΑΑ είναι ικανοποιητικά υψηλό και ανέρχεται στο 88,7% ωστόσο και πάλι το ποσοστό που δε γνωρίζει δεν χαρακτηρίζεται αμελητέο.

Χρησιμοποιείτε κάποιον δείκτη για την μέτρηση της ποιότητας στο τμήμα που εργάζεστε?

102 απαντήσεις

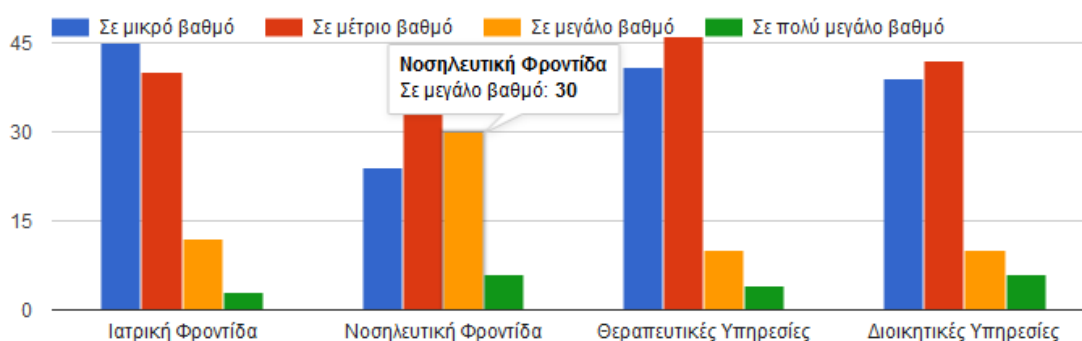


ΓΡΑΦΗΜΑ 10: ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η επόμενη ερώτηση σχετίζεται με τους δείκτες μέτρησης ποιότητας και με τη χρήση αυτών, από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, στα τμήματα όπου εργάζονται.

Εδώ το ποσοστό είναι σχεδόν μοιρασμένο στα δύο, με τους μισούς περίπου εργαζόμενους του δείγματος να απαντούν ότι χρησιμοποιούν δείκτες μέτρησης ποιότητας στο τμήμα που εργάζονται (52,9%) και τους υπόλοιπους εργαζομένους (47,1%) να υποστηρίζουν ότι δε χρησιμοποιούν κάποιο δείκτη μέτρησης ποιότητας στο τμήμα τους.

Χρήζει βελτίωσης η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ΚΑΑ που εργάζεστε όσον αφορά τις παρακάτω υπηρεσίες?



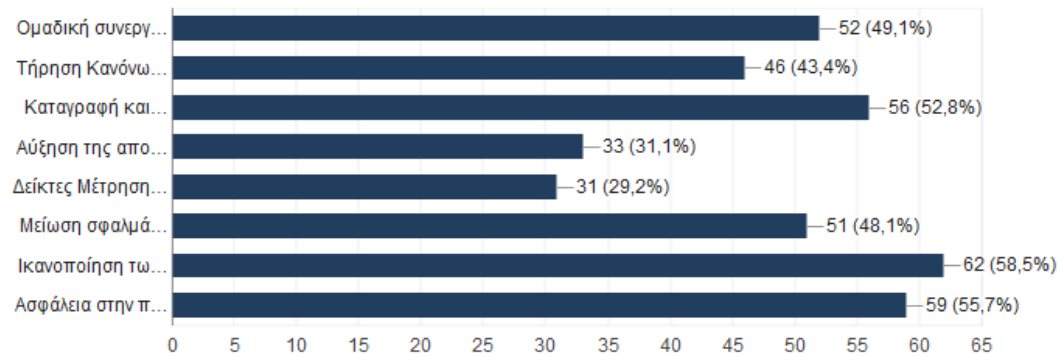
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Στο επόμενο ερώτημα του κυρίως μέρους του ερωτηματολογίου οι εργαζόμενοι – συμμετέχοντες στην έρευνα καλούνται να αξιολογήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες όλων των βασικότερων τμημάτων του ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης». Καταθέτουν ουσιαστικά την άποψη τους για τον βαθμό που πιστεύουν ότι χρήζουν βελτίωσης η ιατρική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς του ΚΑΑ, η νοσηλευτική φροντίδα, οι θεραπευτικές και οι διοικητικές υπηρεσίες.

Παρατηρώντας το παραπάνω γράφημα φαίνεται ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες που χρήζουν μεγαλύτερης βελτίωσης, είναι εκείνες που σχετίζονται με την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που ακολουθούν προγράμματα αποκατάστασης, νοσηλεύόμενοι στο ΚΑΑ που μελετάται.

Ποιές από τις παρακάτω παραμέτρους της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (ΚΑΑ), θεωρείτε ότι **ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ** η λήψη μιας πιστοποίησης ποιότητας υπηρεσιών? (μπορείτε να επιλέξετε έως **ΤΕΣΣΕΡΙΣ (4)** απαντήσεις)

106 απαντήσεις



ΓΡΑΦΗΜΑ 12: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ Η ΛΗΨΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΚΑΑ

Το τελευταίο ερώτημα του ερωτηματολογίου αφορούσε τις παραμέτρους που επηρεάζει και επί της ουσίας βελτιώνει η λήψη μιας πιστοποίησης ποιότητας υπηρεσιών στα ΚΑΑ, με τους ερωτώμενους να έχουν να επιλέξουν έως τέσσερις από τις ακόλουθες απαντήσεις:

- Ομαδική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων (πχ νοσηλευτικό με θεραπευτικό προσωπικό)
- Τήρηση Κανόνων Υγιεινής
- Καταγραφή και τήρηση των διαδικασιών
- Αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων
- Δείκτες Μέτρησης Ποιότητας
- Μείωση σφαλμάτων - αστοχιών
- Ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή
- Ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή

Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται το ποσοστό που έλαβε κάθε απάντηση, δηλαδή το ποσοστό των συμμετεχόντων που επέλεξαν την κάθε απάντηση ως παράμετρο που βελτιώνεται περισσότερο από τη λήψη μια πιστοποίησης ποιότητας στο ΚΑΑ.

Η παράμετρος που έλαβε το μεγαλύτερο ποσοστό (58,5%) είναι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, γεγονός που μεταφράζεται ως ότι πιθανόν η λήψη μιας πιστοποίησης ποιότητας βοηθά τις λειτουργίες του ΚΑΑ με αποτέλεσμα τις καλύτερες παροχές και την ικανοποίηση των ασθενών.

Επίσης υψηλό ποσοστό έλαβε και η ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή (55,7%) ως παράμετρος που βελτιώνεται από την λήψη πιστοποίησης ποιότητας. Αυτή η απάντηση ενδέχεται να σχετίζεται και με τα υψηλά ποσοστά που έλαβαν οι παράμετροι καταγραφής και τήρησης των διαδικασιών (52,8%), η ομαδική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων (49,1%) και η μείωση σφαλμάτων - αστοχιών (48,1%) που συντελούν στην ασφαλή διεκπεραίωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τους ασθενείς.

Μικρότερο ποσοστά, αλλά όχι αμελητέα, για το κατά πόσο βελτιώνονται από τη λήψη πιστοποίησης ποιότητας έλαβαν οι δείκτες ποιότητας (29,2%) και η αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων (31,1%).

4.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας των αποτελεσμάτων(chi – square tests)

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο χ^2 (Pearson chi-square test). Ουσιαστικά έγινε μια προσπάθεια ελέγχου του κατά πόσο τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος επηρεάζουν τις απαντήσεις που δόθηκαν στο κύριο μέρος του ερωτηματολογίου, δηλαδή μια προσπάθεια περαιτέρω ανάλυσης των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο έλεγχος χ^2 , μέσα από τα μη παραμετρικά chi-square tests, έγινε με συνδυασμό όλων των δημογραφικών στοιχείων του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου με τις απαντήσεις που δόθηκαν στο δεύτερο μέρος αυτού. Στους παρακάτω πίνακες φαίνονται τα αποτελέσματα των chi-square test τα οποία φάνηκαν να παρουσιάζουν κάποια στατιστική σημαντικότητα αναφορικά με το αντικείμενο της παρούσας μελέτης και σχετίζονται άμεσα και με το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης. Τα υπόλοιπα τεστ δεν εμφανίζουν κάποια στατιστική σημαντικότητα συνεπώς δεν συνεισφέρουν στην παρούσα μελέτη ούτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Στο κάθε τετράγωνο του κάθε πίνακα εμφανίζονται δύο τιμές. Η επάνω τιμή είναι η τιμή του τεστ (value) και η κάτω τιμή η στατιστική σημαντικότητα (sig). Στις περιπτώσεις όπου το sig < 0,1 τότε η παρατήρηση χαρακτηρίζεται στατιστικά σημαντική.

Στον Πίνακα 1 γίνεται έλεγχος της σχέσης επιλεγμένων δημογραφικών στοιχείων με τις απαντήσεις που δόθηκαν στο πρώτο ερώτημα του κύριου μέρους, που ουσιαστικά αποτελεί και το πιο σημαντικό όλων σε σχέση με το ερευνητικό ερώτημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Έλεγχος ανεξαρτησίας (*chi – square tests*) των απαντήσεων του πρώτου ερωτήματος με επιλεγμένα δημογραφικά στοιχεία

	Εκπαίδευση	Ειδικότητα	Θέση Εργασίας	Προϋπηρεσία
Εξειδίκευση Προσωπικού	0,937 (0,816)	7,007 (0,220)	6,375* (0,041)	16,719 (0,609)
Συμπεριφορά Προσωπικού	2,024 (0,567)	2,321 (0,803)	0,694 (0,707)	12,999 (0,839)
Ομαδική συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων	3,474 (0,324)	8,259 (0,143)	0,750 (0,687)	21,582 (0,306)
Εξοπλισμός - Μηχανήματα	7,138* (0,068)	10,714* (0,057)	8,707** (0,013)	20,311 (0,376)
Εργασιακή Εμπειρία Προσωπικού	4,899 (0,179)	4,582 (0,469)	0,323 (0,851)	12,166 (0,878)
Τήρηση Κανόνων Υγιεινής	5,677 (0,128)	11,552** (0,041)	0,289 (0,866)	18,330 (0,501)
Καταγραφή και τήρηση όλων των διαδικασιών	4,312 (0,230)	8,997 (0,109)	9,518*** (0,009)	20,742 (0,351)
Οργανωμένο σύστημα μηχανογράφησης	1,227 (0,746)	5,309 (0,379)	1,532 (0,465)	23,934 (0,199)
Χρήση Δεικτών Ποιότητας	2,997 (0,392)	7,695 (0,174)	17,839*** (0,000)	25,627 (0,141)
Κίνητρα επιβράβευσης για το προσωπικό	4,467 (0,215)	3,488 (0,625)	5,227* (0,073)	20,369 (0,373)

Σε κάθε παράμετρο ο επάνω αριθμός είναι η τιμή του τεστ (value) και ο κάτω η στατιστική σημαντικότητα (sig).

*sig < 0,1 , **sig <0,05 , ***sig<0,01

Έτσι όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, στον έλεγχο της επιρροής επιλεγμένων δημογραφικών στοιχείων με τις απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με τις παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα στα ΚΑΑ, η θέση εργασίας είναι εκείνη που εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα.

Αρα πιθανών, η θέση εργασίας που κατέχει ο κάθε εργαζόμενος και συμμετέχων στην έρευνα επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την ποιότητα και τις παραμέτρους που την επηρεάζουν. Βλέπουμε ότι πέντε από τις δέκα παραμέτρους, που αποτελούν απαντήσεις στην ερώτηση, επηρεάστηκαν από την θέση που κατέχει ο συμμετέχων. Έτσι υπάρχουν ενδείξεις ότι η θέση που βρίσκεται ο καθένας επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ΚΑΑ.

Στον πίνακα 2 έγινε έλεγχος της σχέσης επιλεγμένων δημογραφικών στοιχείων με το κατά πόσο αυτά επηρεάζουν την παρακολούθηση σεμιναρίων ποιότητας, τη γνώση ύπαρξης τμήματος ποιότητας στο ΚΑΑ καθώς και τη χρήση δεικτών μέτρησης ποιότητας στο τμήμα εργασίας του κάθε ερωτώμενου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Έλεγχος ανεξαρτησίας (*chi – square tests*) των απαντήσεων του δεύτερου, τρίτου και τέταρτου ερωτήματος με επιλεγμένα δημογραφικά στοιχεία

	Παρακολούθηση σεμιναρίων ποιότητας	Γνώση ύπαρξης τμήματος ποιότητας στο ΚΑΑ	Χρήση δεικτών μέτρησης ποιότητας στο τμήμα εργασίας
Εκπαίδευση	1,442 (0,696)	1,262 (0,738)	3,884 (0,274)
Ειδικότητα	11,668** (0,020)	1,263 (0,939)	4,813 (0,307)
Θέση Εργασίας	2,438 (0,296)	2,513 (0,285)	4,218 (0,121)
Προϋπηρεσία	19,962 (0,397)	22,699 (0,251)	18,546 (0,486)

Σε κάθε παράμετρο ο επάνω αριθμός είναι η τιμή του τεστ (value) και ο κάτω η στατιστική σημαντικότητα (sig).

*sig < 0,1 , **sig < 0,05 , ***sig < 0,01

Σε αυτό τον έλεγχο το μόνο που εμφάνισε στατιστική σημαντικότητα είναι η παρακολούθηση σεμιναρίων ποιότητας σε σχέση με την ειδικότητα. Αυτό σημαίνει ότι ενδέχεται να υπάρχουν ειδικότητες που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια ποιότητας, σε αντίθεση με άλλες που έχουν λάβει μέρος σε σεμινάρια και άρα πιθανών να έχουν βασικές γνώσεις της έννοιας της ποιότητας και της σημαντικότητας της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Αναζητώντας απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επιδρούν στη βελτίωση της ποιότητας στα ΚΑΑ η παρούσα έρευνα δίνει μερικά συμπεράσματα.

Αρχικά φαίνεται πως σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν, σημαντικότερο παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας σε ένα ΚΑΑ φαίνεται να αποτελεί η ομαδική συνεργασία μεταξύ όλων των ειδικοτήτων. Έτσι μπορεί να υποθεθεί ότι επιβεβαιώνονται τα όσο μελετήθηκαν και στη βιβλιογραφία για την αναγκαιότητα της συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης. Αυτό αποτελεί παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας γιατί η ιδιαιτερότητα των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΚΑΑ είναι η μακροχρόνια νοσηλεία, η προσαρμογή στα νέα δεδομένα της κατάστασης τους και η διατήρηση της καλής υγείας και ψυχολογίας με στόχο τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Έτσι η αποκατάσταση αποτελείται από μία αλυσίδα, κρίκοι της οποίας αποτελούν οι ειδικότητες των επιστημόνων που συμμετέχουν σε αυτή, οι σχέσεις των οποίων πρέπει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Οι ασθενείς στην αποκατάσταση πρέπει να έχουν ιατρική υποστήριξη και νοσηλευτική φροντίδα για την σταθεροποίηση της υγείας τους, θεραπευτική υποστήριξη για την βελτίωση της κινητικότητας ή των όποιων άλλων επιπλοκών έχουν υποστεί από την πάθηση τους καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για να ανταπεξέλθουν στο πρόγραμμα. Μέσα από αυτό τον συνδυασμό μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα ΚΑΑ και να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Στις παραπάνω ιδιαιτερότητες και για την βελτίωση της ποιότητας, φαίνεται πιθανών πως σημαντικό ρόλο παίζουν και η συμπεριφορά και η εξειδίκευση του προσωπικού. Ασθενείς που ακολουθούν προγράμματα αποκατάστασης χρειάζονται προσωπικό με ευγένεια, καλή διάθεση, υπομονή και επιμονή καθώς επίσης και εξειδικευμένη επιστημονική ομάδα σε τεχνικές και μεθόδους που συντελούν στη γρηγορότερη βελτίωση της κατάστασης τους. Στη βελτίωση και διατήρηση των παραπάνω, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, συντελούν από ότι φαίνεται και τα bonus επιβράβευσης για το προσωπικό, γεγονός που σίγουρα το βοηθά να εργάζεται με

όρεξη και συνέπεια καθώς επίσης να δείχνει ενδιαφέρον και να παρακολουθεί τις νέες και εξειδικευμένες μεθόδους σχετικά με την αποκατάσταση.

Οι δείκτες μέτρησης ποιότητας φαίνεται να λαμβάνουν χαμηλό ποσοστό σχετικά με το πόσο βοηθούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα ΚΑΑ γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα όσο μελετήθηκαν στη βιβλιογραφία. Επίσης ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί κάποιον δείκτη μέτρησης ποιότητας στο τμήμα όπου εργάζεται.

Οι δείκτες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποτελούν έναν από τους βασικότερους παράγοντες μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας στον κλάδο της υγείας. Έτσι υπάρχουν ενδείξεις ότι παρότι το ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» που μελετάται, έχει κάνει αξιοσημείωτες προσπάθειες για τη μέτρηση και βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών του, αρκετοί εργαζόμενοι σε αυτό, πιθανών δεν έχουν γνώση για την ευεργετική επίδραση της χρήσης των δεικτών ποιότητας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας αυτών.

Επιπροσθέτως όπως εξάγεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων στο ΚΑΑ που μελετάται δεν έχει παρακολουθήσει σεμινάρια σχετικά με την ποιότητα και μέσα από τον έλεγχο που έγινε στο δείγμα αυτό φαίνεται ότι πιθανών να σχετίζεται και με την ειδικότητα του κάθε εργαζόμενου. Δηλαδή φαίνεται ότι πιθανών υπάρχουν ειδικότητες που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια ποιότητας και άλλες που απέχουν από τέτοιου είδους επιμόρφωση. Ακόμη, ένα μικρό ποσοστό του δείγματος δεν γνωρίζει την ύπαρξη τμήματος ποιότητας στο εν λόγω μελετώμενο ΚΑΑ.

Επίσης από τον έλεγχο επιρροής των δημογραφικών στις απαντήσεις φαίνεται ότι η κάθε ειδικότητα ορίζει διαφορετικά την ποιότητα και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να οφείλεται στις αρμοδιότητες που η κάθε ειδικότητα έχει και στον τρόπο που ορίζει την ποιότητα και τις μεθόδους βελτίωσης της, σύμφωνα με αυτές.

Συνεπώς με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα ΚΑΑ, προτεινόμενη στρατηγική μπορεί να αποτελέσει η διοργάνωση από τη διοίκηση σεμιναρίων ποιότητας, για κάθε ειδικότητα ξεχωριστά, προσαρμοσμένων στις ανάγκες και στο είδος των υπηρεσιών που η καθεμιά παρέχει, έχοντας όμως

κοινό βασικό άξονα. Μέσα από αυτά τα σεμινάρια μπορούν να μελετηθούν οι βασικές γνώσεις της έννοιας της ποιότητας και της σημαντικότητας της στις υπηρεσίες αποκατάστασης καθώς και η χρησιμότητα των δεικτών μέτρησης ποιότητας.

Μπορούν επίσης να ορισθούν δείκτες για κάθε τμήμα ξεχωριστά, οι οποίοι στην πορεία του χρόνου θα παρακολουθούνται από το εξειδικευμένο τμήμα ποιότητας, με στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα. Μέσα από την παρακολούθηση των δεικτών και ανάλογα με την βελτίωση της ποιότητας υπάρχει η δυνατότητα να τεθούν στόχοι από τη διοίκηση, που όταν επιτυγχάνονται να υπάρχει η αντίστοιχη επιβράβευση για το προσωπικό.

Έτσι το προσωπικό έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις μέσα από την παρακολούθηση των σεμιναρίων, έχοντας εντάξει τους δείκτες μέτρησης ποιότητας στο τμήμα όπου εργάζεται και έχοντας το κίνητρο να επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί, συμβάλει άμεσα στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Μέσα από την παρούσα μελέτη προέκυψε ότι στο ΚΑΑ που μελετάται οι υπηρεσίες που χρήζουν μεγαλύτερης βελτίωσης είναι αυτές της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να οφείλεται στο ότι η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αποτελεί ένα από τα βασικότερα κομμάτια ενός προγράμματος αποκατάστασης. Οι ασθενείς στην αποκατάσταση για να έχουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα θα πρέπει να έχουν την απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα, με στόχο την αποφυγή λοιμώξεων, την αυστηρή τήρηση κανόνων υγιεινής και την αποφυγή πτώσεων λόγω έλλειψης κινητικότητας.

Όλα τα παραπάνω για να επιτευχθούν χρειάζεται η συνεχής βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας και η βελτίωση των νοσηλευτικών πράξεων. Έτσι πρόταση ως προς τη διοίκηση αποτελεί η εξέλιξη της νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από την ενίσχυση και την διαρκή εκπαίδευση της νοσηλευτικής ομάδας.

Εξετάζοντας τη σημαντικότητα της λήψης πιστοποίησης για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών παρατηρείται ότι αυτή έχει άμεση επίδραση. Δηλαδή υπάρχουν ενδείξεις, που επιβεβαιώνουν και τη βιβλιογραφία, ότι η λήψη πιστοποίησης ποιότητας ενισχύει και βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πιστοποίηση ποιότητας φαίνεται να βοηθά στην καταγραφή και

τήρηση όλων των διαδικασιών με συνέπεια να τηρούνται από όλο το προσωπικό και έτσι να αυξάνεται η ασφάλεια των ασθενών καθώς και να μειώνονται τα σφάλματα και οι αστοχίες. Τα παραπάνω ενδέχεται να αποτελούν σημαντικό παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών του ΚΑΑ, που χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα διαδικασιών και μακροχρόνιες νοσηλείες ασθενών και πιθανών να συμβάλλουν και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

5.3 Περιορισμοί και Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Περιορισμός της παρούσας έρευνας θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι αποτελεί τη μελέτη μιας περίπτωσης. Το μελετώμενο ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» αν και αποτελεί ένα πρότυπο Κέντρο στο χώρο της αποκατάστασης, καθώς μελετάται σε αποκλειστικότητα σε αυτή τη μελέτη, δεν παρέχεται η δυνατότητα σύγκρισης του με άλλα ΚΑΑ εντός ή και εκτός του Ελλαδικού χώρου.

Επίσης στη συγκεκριμένη μελέτη, αν και το δείγμα των εργαζομένων του ΚΑΑ που ανταποκρίθηκε στην έρευνα ανέρχεται σε 103 εργαζομένους από ένα σύνολο 240, εάν υπήρχε μεγαλύτερη ανταπόκριση και αύξηση του δείγματος πιθανών να υπήρχε η δυνατότητα μελέτης περισσότερων παραμέτρων.

Η παρούσα έρευνα εστίασε στην μελέτη των προσδιοριστικών παραγόντων που βελτιώνουν την ποιότητα στο ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» βασιζόμενη στην άποψη των εργαζομένων σε αυτό. Πρόταση για μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει η μελέτη των ίδιων παραγόντων βασιζόμενη όμως στις απόψεις των ασθενών ή συνοδών αυτών που νοσηλεύονται στο εν λόγω ΚΑΑ.

Επίσης ενδιαφέρον θα παρουσίαζε και η σύγκριση των αποτελεσμάτων που αφορούν το ΚΑΑ «Euromedica-Αρωγή Θεσσαλονίκης» με κάποιο άλλο ΚΑΑ που κατέχει την ίδια δυναμική στην αγορά των Βαλκανίων ή της Ευρώπης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Abbot, L. (1955). *Quality and Competition*, N.Y.: Columbia University Press.
2. Blessing, L.T.M., & Chakrabarti, A. (2009). *DRM, a design research methodology*. Luxembourg: Springer.
3. Barnbaum, D. R. (2001). Teaching empathy in medical ethics: the use of “lottery assignments”. *Teaching philosophy*, 24(1), 63-75.
4. 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.
5. Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*. 6th edn. London: Routledge
6. Creswell, J.W. (2002). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage.
7. Crosby, P. B. (1980). *Quality is free*, N.Y: Mentor Books.
8. Deming, W.E. (1993). *New Economics for Industry, Government, Education*, Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
9. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care, *Milb Mem Fd Quart*, 44:166.
10. Donabedian, A. (1980). *Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Michigan, Health Administration Press.
11. Donabedian, A. (1990). *Seven Pillars of Quality*, *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114: 14.
12. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in HealthCare*, Oxford, University Press.
13. Evans, D.B., Edejer, T.T., Lauer, J., Frenk, J., Murray, C.J. (2001). *Measuring quality: from the system to the provider*, *International Journal of Quality in Health Care*, December, 13(6):439-446.
14. Feigenbaum, V. A. (1951). *Total Quality Control: Engineering and Management*, N.Y: McGraw-Hill.

15. Gilmore, H. L. (1974). Product Conformance Cost, Quality Progress, June, pp. 16–19.
 16. 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.
 17. Hopkins, A. (1990). *Measuring the quality of medical care*, Royal College of Physicians, London.
 18. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2000). *Lexicon Dictionary of healthcare terms, organizations, and acronyms for the era of reform*, Chicago.
 19. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(2005). *Europe –Joint Commission International branches out in Europe*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(3).
 20. Jester, R. (2007). The role of the specialist nurse within rehabilitation. *Advancing Practice in Rehabilitation Nursing*, 14.
 21. Juran, J. M. (1986). The quality trilogy, *Quality Progress*, August, pp. 19-24.
 22. Kapoor, B.P. (2011). Why quality in healthcare?. *MJAFI*,67(3), 206-208.
 23. 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.
 24. Maxwell, R. (1984). Dimensions of quality revisited: from thought to action, *Quality in Healthcare*, 1(3): 171-177.
 25. Mosadeghrad, A.M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77-89.
 26. Muijs, D. (2010). *Doing Quantitative Research in Education: With SPSS*. London: Sage.
 27. Nelson, AR (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling, London.
 28. Reeves, C. A. & Bednar, D. A. (1994). *Defining Quality: Alternatives and Implications*, *The Academy of Management Review*, 19(3): 419-445.
- TNS Opinion & Social (2010). Patient safety and quality of healthcare. Ανακτήθηκε από:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf

29. Scrivens, E. (1995). Accreditation: protecting the professional or the consumer? Buckingham: Open University Press.
30. Scrivens, E. (1996). A taxonomy of accreditation systems, *Journal of Social Policy and Administration*, 20: 114-124.
31. 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.
32. Steiner, W.A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. & Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*. 82.pp. 1098-1107.
33. Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60-92.

Ελληνική Βιβλιογραφία

34. Βούζας, Φ. (2002). Αξιοποίηση ανθρώπινου δυναμικού, στρατηγικός παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας: a contingency approach, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τεύχος 108-109: 285-301.
35. Δερβιτσιώτης, Κ.Ν. (2001). Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Αθήνα: INTERBOOKS.
36. Δερβιτσιώτης, Κ.Ν. (2005). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, β' έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Οικονομική Βιβλιοθήκη.
37. ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗΣ (2001). Ελληνικό πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000 «Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας – Θεμελιώδεις αρχές και λεξιλόγιο», Αθήνα.
38. Ζιάμπα, Β., Σαμαρά, Θ., Γιαννοπούλου, Ε., Βυρλιός, Κ. (2010). Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Η ελληνική πραγματικότητα. *Επιθεώρηση Υγείας*, Μάρτιος – Απρίλιος, 39-43.
39. Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., Πατηράκη, Ε., Σίσκου, Ο., (2006). Ο έλεγχος της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ογκολογικούς ασθενείς. *Ελληνική Ογκολογία*, 42:221-231.

40. Κρητικός, Α. (2004). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μια θεωρητική προσέγγιση. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών. Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών. Ειδίκευση: Οικονομική Θεωρία και Πολιτική, Ιωάννινα.
41. Κυριαζή, Ν. (2002). «Η Κοινωνιολογική Έρευνα», Κριτική Επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
42. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου.
43. Κωτούλα, Σ. (2004). Αποτελεσματικότητα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ΕΚΠΑ Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
44. Λαζάρου, Π.Ν. (2005). Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
45. Λαζάρου, Π., Οικονομοπούλου, Χ., (2007). Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα. Νοσηλευτική, 46(2), 199-214.
46. Λιαρόπουλος, Λ.Α. (2007). Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας: Α' Τόμος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
47. Λιαρόπουλος, Λ.Α. (2010). Διεθνή συστήματα υγείας. Αθήνα :Βήτα.
48. Παπακωστίδης, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4), 480-488.
49. Παπαθανασίου, Α. (2007). Προτεραιότητες των συστημάτων υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες: ο ρόλος της διατροφής στα συστήματα υγείας.
50. Παπανικολάου, Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
51. 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.
52. Ραφτόπουλος, Β.Γ. (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
53. Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσεάς / Νέα Υγεία.

54. Τούντας, Γ. (2008). Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.
Ανακτήθηκε από : <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=785>
55. Τσιότρας, Γ.Δ.(2016). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Εκδόσεις Broken Hill Ltd, Cyprus.
56. Τσούγκα, Μ. (2004). Διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.
Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος – Φεβρουάριος, 41– 44.

Ηλεκτρονικές Πηγές

57. <http://www.iatrikokentro.gr/iatrikoskosmos/sites/default/files/articles/periodiko-13/sunenteuksi/13%20-%20KALOFUSOUDHS.pdf> Πρόσβαση: 04/05/20147
58. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/perithalipse/pd-395-1993.html>
Πρόσβαση: 05/05/2017
59. <http://www.euromedica-arogi.gr/> Πρόσβαση: 05/05/2017
60. <http://journal-ene.gr/?p=3063> Πρόσβαση: 07/05/2017
61. http://www.qlc.gr/?section=1794&language=el_GR Πρόσβαση: 09/05/2017
62. http://www.qlc.gr/?section=1802&language=el_GR Πρόσβαση: 09/05/2017
63. <http://www.carf.org/home/> Πρόσβαση: 09/05/2017

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο

ΘΕΜΑ: Διερεύνηση Καλών Πρακτικών για την Βελτίωση της Ποιότητας στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας

Γενικές Πληροφορίες

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου διεξάγεται η διπλωματική διατριβή με θέμα : "Διερεύνηση καλών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας". Στόχος της παρούσας έρευνας είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΚΑΑ καθώς και η εύρεση καλών πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας. Συγκεκριμένα μελετάται η περίπτωση του ΚΑΑ "Euromedica - Αρωγή Θεσσαλονίκης". Για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις και πληροφορίες σχετικά με την διπλωματική διατριβή και την παρούσα έρευνα επικοινωνείτε με: Ερευνητής: Σταυρούλα - Χριστίνα Μπακατσέλου ,email: stavroula.bakatselou@st.ouc.ac.cy Επιβλέπων καθηγητής: Γεώργιος Τσιότρας ,email: tsiotras@uom.edu.gr

Αίτηση Συγκατάθεσης

Έχοντας διαβάσει τις παραπάνω πληροφορίες και γνωρίζοντας ότι:

- 1) η συμμετοχή μου είναι εθελοντική,
- 2) μπορώ να απαντήσω όσες ερωτήσεις επιθυμώ,
- 3) οι απαντήσεις μου θα είναι εμπιστευτικές,
- 4) θα τηρηθεί απόλυτη ανωνυμία,
- 5) οι απαντήσεις μου δεν θα χρησιμοποιηθούν για μελλοντική έρευνα.

- Επιθυμώ να συμμετέχω στην ακόλουθη έρευνα
- Δεν επιθυμώ να συμμετέχω στην ακόλουθη έρευνα

Ερωτηματολόγιο - Δημογραφικά Στοιχεία

Παρακαλώ επιλέξτε την επιθυμητή απάντηση στις παρακάτω ερωτήσεις

Φύλο

- Άντρας
- Γυναίκα

Ηλικία

(Γράψτε τον αριθμό των ετών ηλικίας σας)

Εκπαίδευση

- Β'Βάθμια
- Μεταλυκειακή (π.χ. ΤΕΕ, ΙΕΚ)
- ΑΕΙ/ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

Ειδικότητα

- Ιατρικό Προσωπικό
- Νοσηλευτικό Προσωπικό
- Θεραπευτικό Προσωπικό
- Διοικητικό Προσωπικό
- Τεχνικό Προσωπικό
- Άλλο

Θέση Εργασίας

- Υπάλληλος
- Προϊστάμενος
- Διευθυντής Τμήματος

Έτη Προϋπηρεσίας

(Γράψτε τον αριθμό των ετών προϋπηρεσίας σας)

Ερωτηματολόγιο - Κύριο Μέρος

Ποιές από τις παρακάτω παραμέτρους θεωρείτε ότι ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (ΚΑΑ)? (μπορείτε να επιλέξετε έως ΠΕΝΤΕ (5) από τις απαντήσεις)

- Εξειδίκευση Προσωπικού
- Συμπεριφορά Προσωπικού
- Ομαδική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ. νοσηλευτικό με θεραπευτικό προσωπικό)
- Εξοπλισμός - Μηχανήματα
- Εργασιακή Εμπειρία Προσωπικού
- Τήρηση Κανόνων Υγιεινής
- Καταγραφή και τήρηση όλων των διαδικασιών
- Οργανωμένο σύστημα μηχανογράφησης
- Χρήση Δεικτών Μέτρησης Ποιότητας
- Κίνητρα - Bonus επιβράβευσης για το προσωπικό

Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια αναφορικά με την ποιότητα και τις πρακτικές βελτίωσής της?

- Ναι
- Όχι

Γνωρίζεται αν το ΚΑΑ που εργάζεστε διαθέτει εξειδικευμένο τμήμα ποιότητας?

- Ναι
- Όχι

Χρησιμοποιείτε κάποιον δείκτη για την μέτρηση της ποιότητας στο τμήμα που εργάζεστε?

- Ναι
- Όχι

Χρήζει βελτίωσης η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ΚΑΑ που εργάζεστε όσον αφορά τις παρακάτω υπηρεσίες?

Σε	μικρό	Σε	μέτριο	Σε	μεγάλο	Σε	πολύ
βαθμό		βαθμό		βαθμό		μεγάλο	βαθμό

Ιατρική

Φροντίδα

Νοσηλευτική

Φροντίδα

Θεραπευτικές

Υπηρεσίες

Διοικητικές

Υπηρεσίες

Ποιές από τις παρακάτω παραμέτρους της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (ΚΑΑ), θεωρείτε ότι ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ η λήψη μιας πιστοποίησης ποιότητας υπηρεσιών? (μπορείτε να επιλέξετε έως ΤΕΣΣΕΡΙΣ (4) απαντήσεις)

- Ομαδική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων (πχ νοσηλευτικό με θεραπευτικό προσωπικό)
- Τήρηση Κανόνων Υγιεινής
- Καταγραφή και τήρηση των διαδικασιών
- Αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων
- Δείκτες Μέτρησης Ποιότητας
- Μείωση σφαλμάτων - αστοχιών
- Ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή
- Ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή.