



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Διπλωματική Εργασία

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ».

της

ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑΣ ΑΓΓΕΛΗ (του Γεωργίου)

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη Δημόσια Διοίκηση

Ιανουάριος 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη, αλλά και την υποχρέωση να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου σε εκείνους τους ανθρώπους που χωρίς τη βοήθειά τους δε θα είχε υλοποιηθεί αυτή η μελέτη. Θα ήθελα, λοιπόν, να ευχαριστήσω το Γεώργιο Τουρκάκη, το Σπύρο Τελίδη, τον γιο μου Λύσανδρο-Χαράλαμπο για τη συμπαράσταση, την ηθική υποστήριξη και αγάπη που μου προσέφεραν σε όλη τη διαδρομή της συγγραφής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης των επιχειρήσεων στο επιχειρησιακό περιβάλλον, είτε μία επιχείρηση προσφέρει προϊόντα, είτε υπηρεσίες. Διαχρονικά συνδέεται στο μυαλό του καταναλωτή με την υπεροχή ενός προϊόντος έναντι κάποιου άλλου και ουσιαστικά αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης, κατάταξης, ενώ με κατάλληλη διαχείριση μπορεί να οδηγήσει και στη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί μέρος της εταιρικής διαχείρισης και διοίκησης σε παγκόσμια κλίμακα και αναφέρεται σε κάθε βήμα της παραγωγικής διαδικασίας ή της δημιουργίας μιας υπηρεσίας, περιλαμβάνοντας ολόκληρο τον επιχειρησιακό οργανισμό από τον προμηθευτή στον πελάτη, τόσο στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, όσο και στο εξωτερικό. Στόχος της είναι η εισαγωγή καινοτόμων δομών, διεργασιών, οράματος, συνεργατικού περιβάλλοντος και ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών του, συνεισφέροντας στην εφαρμογή και ενσωμάτωση συστημάτων ποιότητας, εργαλείων ελέγχου και Πιστοποίηση ISO των Οργανισμών.

Η παρούσα εργασία αφενός μεν στοχεύει στη θεωρητική παρουσίαση της έννοιας της Ποιότητας και των εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, της ανάλυσης των προτύπων ISO, της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και αφετέρου επεξεργάζεται και αναλύει ερευνητικά την περίπτωση της ικανοποίησης ασθενών των Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου του Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης. Προκειμένου να διεξαχθεί έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο διαμοιράστηκε ερωτηματολόγιο. Το δείγμα της έρευνας ήταν 200 ασθενείς και τα αποτελέσματα μεταξύ άλλων έδειξαν πως η αναμονή για την λήψη των υπηρεσιών ήταν μικρή, το προσωπικό ευγενικό και οι οδηγίες που δόθηκαν εν μέρη κατανοητές.

Λέξεις κλειδιά: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Πρότυπα ISO, Υπηρεσίες Υγείας, Ικανοποίηση πελατών, Ανθρώπινο δυναμικό.

ABSTRACT

Quality is an important factor in diversifying business within the business environment, whether an enterprise offers products or services. Over time, quality is linked to the mind of the consumer with the superiority of a product over something else and it is essentially a factor of diversification, ranking, and with proper management it can lead to the creation of a competitive advantage.

Total Quality Management is part of corporate management and international management and it refers to every step of the production process or the creation of a service, including the whole business function from the supplier to the customer, both inside the organization on the external environment. It also inserts innovative structures, processes, vision, collaborative environment and effective communication between the members involved, ISO standards; all contributes to the implementation and integration of quality systems of organizations.

Therefore the present study aims at the theoretical presentation of the concept of quality, the management of health units and total quality, its tools, analysis of ISO standards, the satisfaction of the users internal and externals of health services, while, on the other hand, it processes and analyses the case of emergencies of the general public Hospital of Ippokratio Thessaloniki. A questionnaire was distributed in order to investigate the patient's satisfaction in this hospital. The sample of the survey was 200 patients and the results among others showed that the waiting time for receiving the services was low, the staff polite and the instructions given was partly understandable.

Key words: Total Quality Management, ISO, Health Services, Satisfaction of internal and external customers

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο «Ποιότητα»	
1.1.Ορισμός Ποιότητας.....	16
1.2.Ιστορική Αναδρομή.....	17
1.3.Η Διασφάλιση της Ποιότητας και η σημασία της.....	19
1.4.Χαρακτηριστικά της Ποιότητας.....	19
1.5.Κόστος Ποιότητας.....	20
1.6.Αναγκαιότητα εφαρμογής συστημάτων Ποιότητας.....	21
1.7.Οι ειδικοί της Ποιότητας –προσέγγιση του Deming.....	26
1.8.Η προσέγγιση του Juran.....	28
1.9.Η προσέγγιση του Feigenbaum.....	29
1.10.Η προσέγγιση του Ishikawa.....	31
1.11.Η προσέγγιση του Genichi Taguchi.....	33
1.12.Η προσέγγιση του Grosby.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας»	
2.1.Ορισμός της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.....	36
2.2.Εργαλεία Ποιότητας και στόχοι της ΔΟΠ.....	37

2.2.1.Διάγραμμα Αιτίου Αποτελέσματος (Cause-Effect Diagram) ή (Fishbone).....	37
2.2.2.Γράφημα (Pareto).....	39
2.2.3.Διάγραμμα ροής (flowchart).....	41
2.2.4.Διάγραμμα ελέγχου (Control Chart)	42
2.2.5.Ιστόγραμμα (Histogram).....	43
2.2.6 Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram).....	43
2.2.7 Φύλλο ελέγχου (Check Sheet)	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο «ISO»

3.1.Πρότυπα «ISO».....	47
3.2.Στόχοι των Προτύπων «ISO».....	47
3.3.Κατηγορίες Προτύπων.....	52
3.4.Συστήματα Ποιότητας «ISO» στις Υπηρεσίες Υγείας.....	52
3.5. «ISO» στην Υγεία. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Ανθρώπινο Δυναμικό»

4.1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και ικανοποίηση αναγκών εσωτερικών πελατών.....	54
4.1.1. Ηγεσία.....	58
4.1.2.Κατάρτιση και εκπαίδευση.....	60
4.1.3.Ομαδική εργασία.....	61
4.1.4.Οργανωτική κουλτούρα.....	64
4.1.5.Ενδυνάμωση των εργαζομένων.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο «Ποιότητα σε Υπηρεσίες Υγείας»

5.1. Ορισμός της Ποιότητας σε Υπηρεσίες Υγείας.....	67
5.2. Στόχοι της Ποιότητας.....	68
5.3. Διαστάσεις της Ποιότητας.....	68
5.4. Μέτρηση της Ποιότητας σε Υπηρεσίες Υγείας.....	69
5.5. Αξιολόγηση της Ποιότητας.....	70
5.6. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της Ποιότητας σε Υπηρεσίες Υγείας.....	73
5.7. Οργανωσιακή αλλαγή στους Νοσοκομειακούς Οργανισμούς.....	75
5.8. Αλλαγή στη δομή, στις διαδικασίες στην εισαγωγή νέων διαδικασιών.....	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο «Ικανοποίηση Ασθενών»

6.1. Προσανατολισμός στους εσωτερικούς πελάτες.....	80
6.2. Ιστορική Αναδρομή.....	82
6.3. Ορισμοί Ικανοποίησης ασθενών.....	85
6.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	87
6.5. Χρησιμότητα μέτρησης Ικανοποίησης των ασθενών.....	88
6.6. Οφέλη και βαθμός ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο «Ικανοποίηση ασθενών στο Γ.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης.

Η περίπτωση των ΤΕΠ».

7.1. Ιστορική Αναδρομή του Γ.Ν. Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης.....	93
7.2. Οργανωτική δομή του Νοσοκομείου.....	93

7.3.Μεθοδολογία Έρευνας-Σκοπός έρευνας και πεδίο εφαρμογής.....	94
7.4. Ερευνητικό εργαλείο.....	95
7.5.Πληθυσμός-Δείγμα.	95
7.6.Διαδικασία υλοποίησης.....	96
7.7.Ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων.....	96
7.8.Αποτελέσματα έρευνας.....	121

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο «Συμπεράσματα και προτάσεις ικανοποίησης εξωτερικών πελατών και ανθρώπινου δυναμικού»

8.1.Συμπεράσματα ικανοποίησης ασθενών στα ΤΕΠ του Γ.Ν. Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης.....	123
8.2.Γενικά συμπεράσματα ικανοποίησης εσωτερικών πελατών του νοσοκομείου.....	124
8.3.Προτάσεις βελτίωσης λειτουργίας του νοσοκομείου και ικανοποίησης πολιτών και ανθρώπινου δυναμικού.....	126

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 134

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 142

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Για ποιον συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο.....	97
Πίνακας 2: Φύλο Ασθενούς.....	98
Πίνακας 3: Ηλικία Ασθενούς.....	99
Πίνακας 4: Υπηκοότητα Ασθενούς.....	99
Πίνακας 5: Μορφωτικό επίπεδο Ασθενούς.....	100

Πίνακας 6:Μέσο μετάβασης στο Νοσοκομείο.....	101
Πίνακας 7:Με την άφιξη σας στο νοσοκομείο πόσο εύκολο ήταν να βρείτε το δρόμο σας προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών;.....	103
Πίνακας 8:Καταχωρήθηκαν τα ατομικά σας στοιχεία άμεσα από το διοικητικό υπάλληλο;.....	104
Πίνακας 9:Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό απέναντί σας;.....	105
Πίνακας 10:Πόσο περιμένατε ώσπου να εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας από τη διαλογή (triage);.....	106
Πίνακας 11: Πόσο περιμένατε ώστε να εξεταστείτε απόν ιατρό εφημερίας.....	107
Πίνακας 12:Θεωρείτε ότι το προσωπικό στο χώρο υποδοχής είχε καλό συντονισμό και οργάνωση ώστε να εξυπηρετηθείτε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα;.....	108
Πίνακας 13: Ενημερωθήκατε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (δική σας ή του παιδιού σας);.....	109
Πίνακας14:Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες που σας έδωσε ήταν κατανοητές για εσάς;.....	110
Πίνακας 15:Εξεταστήκατε σε καθαρό και ασφαλές ιατρικό περιβάλλον;.....	111
Πίνακας 16:Νιώσατε ότι κάποια στιγμή το προσωπικό στο ΤΕΠ σας παραμέλησε ή ότι σας αγνόησε για κάποιο χρόνο;.....	112
Πίνακας 17:Αντιμετωπίστηκα με σεβασμό και αξιοπρέπεια σε όλη τη διάρκεια παραμονής μου στο ΤΕΠ.....	113
Πίνακας18:Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από την εξυπηρέτηση κατά τη άφιξή σας στο νοσοκομείο;.....	114
Πίνακας 19:Η οικογένειά σας ενημερώθηκε σχετικά με την κατάστασή της υγείας σας και τη θεραπεία σας με τη συναίνεσή σας;.....	115

Πίνακας 20: Η θεραπεία και οι οδηγίες που σας δόθηκαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας σας ήταν αποτελεσματικές	116
Πίνακας 21: Το ιατρικό έργο.....	118
Πίνακας 22: Το νοσηλευτικό έργο.....	119
Πίνακας 23: Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου.....	120

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Για ποιον συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο.....	97
Γράφημα 2: Φύλο Ασθενούς.....	98
Γράφημα 3: Υπηκοότητα Ασθενούς	100
Γράφημα 4: Μορφωτικό επίπεδο Ασθενούς.....	101
Γράφημα 5: Μέσο μετάβασης στο Νοσοκομείο.....	102
Γράφημα 6: Με την άφιξη σας στο νοσοκομείο πόσο εύκολο ήταν να βρείτε το δρόμο σας προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών;.....	103
Γράφημα 7: Καταχωρήθηκαν τα ατομικά σας στοιχεία άμεσα από το διοικητικό υπάλληλο;.....	104
Γράφημα 8: Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό απέναντί σας;	105
Γράφημα 9: Πόσο περιμένατε ώπου να εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας από τη διαλογή (triage);.....	106
Γράφημα 10: Πόσο περιμένατε ώστε να εξεταστείτε από τον ιατρό εφημερίας.....	107
Γράφημα 11: Θεωρείτε ότι το προσωπικό στο χώρο υποδοχής είχε καλό συντονισμό και οργάνωση ώστε να εξυπηρετηθείτε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα;.....	108
Γράφημα 12: Ενημερωθήκατε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (δική σας ή του παιδιού σας);.....	109

Γράφημα 13:Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες που σας έδωσε ήταν κατανοητές για εσάς;.....	110
Γράφημα 14:Εξεταστήκατε σε καθαρό και ασφαλές ιατρικό περιβάλλον;.....	111
Γράφημα 15:Νιώσατε ότι κάποια στιγμή το προσωπικό στο ΤΕΠ σας παραμέλησε ή ότι σας αγνόησε για κάποιο χρόνο;.....	112
Γράφημα 16:Αντιμετωπίστηκα με σεβασμό και αξιοπρέπεια σε όλη τη διάρκεια παραμονής μου στο ΤΕΠ.....	113
Γράφημα 17:Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από την εξυπηρέτηση κατά τη άφιξή σας στο νοσοκομείο;.....	115
Γράφημα 18:Η οικογένειά σας ενημερώθηκε σχετικά με την κατάστασή της υγείας σας και τη θεραπεία σας με τη συναίνεσή σας;.....	116
Γράφημα 19:Η θεραπεία και οι οδηγίες που σας δόθηκαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας σας ήταν αποτελεσματικές	117
Γράφημα 20:Το ιατρικό έργο.....	118
Γράφημα 21:Το νοσηλευτικό έργο.....	119
Γράφημα 22:Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου.....	121

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα:1.7.1 Ο κύκλος του Deming.....	23
Σχήμα:1.Διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος, (Cause-Effect Diagram) ή (Fishbone).....	38
Σχήμα 2 Γράφημα Pareto.....	39
Σχήμα 3 Διάγραμμα ροής.(flowchart).....	40
Σχήμα 4 Διάγραμμα ελέγχου (control chart).....	42

Σχήμα 5. Ιστόγραμμα (Histogram).....	43
Σχήμα 6 Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram).....	43
Σχήμα 7 Φύλλο ελέγχου (Check Sheet)	44

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Ελληνικό Δημόσιο και οι Οργανισμοί Υγείας τα τελευταία χρόνια μέσα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) (Total Quality Management-TQM), επιχειρούν να εμφυσήσουν και να προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των Νοσοκομειακών Οργανισμών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη δέσμευση της ηγεσίας, το σαφή καθορισμό στόχων, τη δημιουργία δεικτών, τη διαρκής αξιολόγηση αποτελεσμάτων σε ομαδικό και ατομικό επίπεδο όλων των ιεραρχικών βαθμίδων και τη συνεχόμενη επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού. Η διαδικασία της ΔΟΠ ολοκληρώνεται και επιτυγχάνεται με τη συνεχόμενη ανασκόπηση και αναθεώρηση αυτών των διαδικασιών.

Το πρώτο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια της ποιότητας. Περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της, η αναγκαιότητα εφαρμογής της και παρουσιάζονται βιβλιογραφικά οι προσεγγίσεις των «Πατέρων της Ποιότητας».

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Καθορίζονται οι στόχοι της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και τα εργαλεία της Ποιότητας.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ενότητα της Πιστοποίησης ISO. Παρουσιάζονται τα πρότυπα ISO, οι στόχοι και οι κατηγορίες των προτύπων. Γίνεται αναφορά στις Υπηρεσίες Υγείας και παρατίθενται τα κυριότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των Προτύπων αυτών.

Το τέταρτο κεφάλαιο αφιερώνεται στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και το Ανθρώπινο Δυναμικό. Αναπτύσσεται η θεματολογία δίνοντας έμφαση στην ανάγκη, αφενός μεν μείωσης του κόστους, εφαρμογής των εργαλείων της ποιότητας και αφετέρου, ικανοποίησης των σύγχρονων αναγκών του ανθρώπινου δυναμικού στους νοσοκομειακούς οργανισμούς μέσα από την άσκηση της ηγεσίας, της κατάρτισης της εκπαίδευσης, και ενδυνάμωσης του.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στην Ποιότητα σε Υπηρεσίες Υγείας. Αναλύονται οι στόχοι της Ποιότητας και οι διαστάσεις της. Γίνεται λόγος για μέτρηση και

αξιολόγηση της ποιότητας, αναπτύσσονται τα κυριότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της στις Υπηρεσίες Υγείας.

Το έκτο κεφάλαιο αφορά την «Ικανοποίηση των Ασθενών». Δίνονται ορισμοί της έννοιας «ικανοποίηση του ασθενή», παρουσιάζονται αναλυτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των σύγχρονων αναγκών των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας, αναλύεται η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών-ασθενών και τα οφέλη που προκύπτουν από την ικανοποίηση των πελατών των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Το έβδομο κεφάλαιο περιγράφει την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν. Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα αυτή του Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών. Οι πληροφορίες και τα δεδομένα προέκυψαν μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε με διανομή σχετικού ερωτηματολογίου προς τους ασθενείς. Δίνονται πληροφορίες για τη μεθοδολογία της έρευνας, το σκοπό της έρευνας, το δείγμα, πραγματοποιείται ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων και τέλος, παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας.

Το όγδοο κεφάλαιο ασχολείται με την παρουσίαση των συμπερασμάτων που προκύπτουν από την επεξεργασία του ερευνητικού δείγματος των ασθενών από την προσέλευσή τους στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών τις ημέρες των εφημεριών του Γ.Ν. Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης. Επιπλέον, παρατίθενται και γενικά συμπεράσματα ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, καθώς και προτάσεις ικανοποίησης των σύγχρονων αναγκών του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στους νοσοκομειακούς οργανισμούς.

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφική αναφορά, τους πίνακες τα γραφήματα και τα σχήματα που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση αυτής της Διπλωματικής εργασίας.

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται αφενός μεν την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και αφετέρου την ικανοποίηση των πελατών, εσωτερικών και εξωτερικών. Δίνεται έμφαση στο θέμα της ικανοποίησης των πολιτών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών του Γενικού Δημόσιου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η μαζική προσέλευση και ικανοποίηση των χρηστών

από τις προσφερόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου ερευνούνται μέσα από τη χρήση σχετικού ερωτηματολογίου, με απώτερο σκοπό να διαπιστωθεί και να γίνει γνωστός ο βαθμός ικανοποίησης και συνολικής εξυπηρέτησης των πολιτών από το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ευρεία ανασκόπηση έντυπης ηλεκτρονικής ξένης και ελληνικής βιβλιογραφίας , χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: “PubMed”και “Google Scholar”.

Αποτελέσματα: Η παρουσίαση των χαρακτηριστικών και των εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Παράλληλα, η διαπίστωση της ικανοποίησης τόσο του ανθρώπινου δυναμικού βιβλιογραφικά, όσο και των ασθενών ως δείκτη και εργαλείο καταγραφής απόψεων των προσερχόμενων ασθενών στο ΤΕΠ του Γ. Ν. Ιπποκρατείου (μέσω δομημένου ερωτηματολογίου) που αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο αξιολόγησης και ανατροφοδότησης του συστήματος για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο συγκεκριμένο νοσοκομειακό οργανισμό που στις μέρες μας κρίνεται πλέον αναγκαία.

Συμπεράσματα: Η επίτευξη ικανοποίησης των σύγχρονων αναγκών των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών μέσα από την εφαρμογή των διαδικασιών και εργαλείων της ΔΟΠ, ως φιλοσοφία κουλτούρας, στις υπηρεσίες υγείας με τη μορφή καθημερινής βέλτιστης πρακτικής και η κατάλληλη και συνεχόμενα συντονισμένη παροχή φροντίδας από τους εργαζόμενους η οποία βελτιστοποιεί σημαντικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Ποιότητα, Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ISO, Ικανοποίηση πολιτών, υπαλλήλων, υπηρεσίες υγείας, ΤΕΠ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

«Ποιότητα»

1.1. Ορισμός της ποιότητας

Η βασική φιλοσοφία της διαχείρισης της ποιότητας είναι να οδηγεί και να λειτουργεί μια οργάνωση με επιτυχία, με ένα συστηματικό και διαφανή τρόπο που δίνει στους υπαλλήλους την αίσθηση της καθοδήγησης και του ελέγχου (Al-Dhaafri et al., 2016). Βιβλιογραφικά, μπορούν να εντοπιστούν δύο τύποι ορισμών της ποιότητας, οι γενικοί και οι αναλυτικοί ορισμοί. Οι γενικοί ορισμοί της ποιότητας μπορεί να είναι σύντομες φράσεις, όπως μηδενικά ελαττώματα (Mohammad Mosadeghrad, 2014), χρήσιμα αποτελέσματα (Juran, 1988) και ικανοποίηση του πελάτη (Al-Dhaafri et al., 2016). Ο αναλυτικός ορισμός είναι πιο συγκεκριμένος και σύμφωνα με τον Crosby «...ποιότητα είναι η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές και επιτυγχάνεται με πρόληψη και όχι με διαπίστωση της αστοχίας. Ο στόχος είναι τα μηδέν λάθη όχι περίπου μηδέν...» (Ξουρίδας, 2016: 15). Ακολούθως, ο Zehir και οι συνεργάτες του (2012) όρισαν την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας ως συνέπεια προς τις προδιαγραφές που έχουν τεθεί. Συγκεκριμένα, η προσέγγιση αυτή έχει να κάνει με το βαθμό στον οποίο ακολουθούνται οι τεχνικές προδιαγραφές ενός προϊόντος, με σκοπό την αποφυγή τυχόν απωλειών και στόχο την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας με το αντίστοιχο χαμηλότερο κόστος. Τέλος, σύμφωνα με τους Goetsch και Davis (2014), ως ποιότητα θεωρείται η αίσθηση της υπεροχής που ένα αγαθό προσδίδει με την απόκτηση του και τα χαρακτηριστικά που διαθέτει.

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος «ποιότητα» με την έννοια του ελέγχου αναφέρθηκε αρχικά σε συγγράμματα Αμερικανών τη δεκαετία του οικονομικού κραχ.

Η δεκαετία, μετά το τέλος του Β. Παγκοσμίου Πολέμου, βρίσκει την Ιαπωνία μία κατεστραμμένη χώρα με ελάχιστη παραγωγή και πολλαπλά προβλήματα στις

παραγωγικές της διαδικασίες. Η Ιαπωνική κυβέρνηση μελέτησε τις θεωρίες του Edward Deming, Πατέρα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, οι οποίες είχαν ήδη εφαρμογή σε Αμερικάνικες επιχειρήσεις. Αυτές οι αρχές τόνιζαν τόσο τη σημασία της ορθής διοίκησης, μέσα από την ύπαρξη ομάδας ανώτερων στελεχών κατάλληλα εκπαιδευμένων, τη θέσπιση μεθόδων διαλογής προϊόντων και αξιολόγηση του προσωπικού, την ύπαρξη ελεγκτικού μηχανισμού στις διαδικασίες και διεργασίες ενός οργανισμού ή επιχείρησης όπως, επίσης και την επιβολή και χρήση στατιστικού ποιοτικού ελέγχου, κάτι που σε παραλλαγές συνοδεύει την Ιαπωνική Βιομηχανία έως σήμερα. (Department of Trade and Industry, 2006 The Stationery Office Limited on behalf of the Controller of her Majesty's stationery office).

Στην Ιαπωνία, επομένως, εφαρμόστηκαν οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας οι οποίες συνέβαλλαν στην ανάπτυξη του Japanese Management. Τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν γνωστά για την ποιότητα τους την ίδια ώρα που η αμερικάνικη φιλοσοφία ενδιαφερόταν για την αύξηση της παραγωγικότητας των προϊόντων τους. (Charman, A. 2006) . Αργότερα πραγματοποιήθηκε το πρώτο Συνέδριο Ποιοτικού Ελέγχου που διοργανώθηκε στο Τόκιο με τη συμμετοχή Ευρωπαϊκών και Αμερικανικών χωρών. Αμερικανοί managers διαπίστωσαν, έπειτα από επισκέψεις σε ιαπωνικές εταιρίες, τη διαφορετικότητα της κουλτούρας αναφορικά με την «υποχρέωση» που είχαν τα στελέχη και οι εργαζόμενοι σε μία ιαπωνική εταιρία για τη διασφάλιση της ποιότητας στη παραγωγική διαδικασία και στα παραγόμενα προϊόντα και υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να υιοθετηθούν οι αρχές Deming και των Συνεργατών του οριστικά (Ζαβλανός, 2006).

1.3 Η διασφάλιση της ποιότητας και η σημασία της

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι ένα από τα βασικά στοιχεία που στηρίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των πελατών και μπορεί να οριστεί ως μια προσπάθεια αλλαγής ή βελτίωσης του επιπέδου εξυπηρέτησης βάσει συγκεκριμένων μέτρων ποιότητας (Al-Dhaafri et al., 2016). Επιπλέον, αποτελεί μια συστηματική και τεκμηριωμένη αξιολόγηση δραστηριοτήτων που οδηγεί σε όσο το δυνατόν πιο αυστηρές και συναφείς επιχειρησιακές λειτουργίες (Varma & El-Kafafi, 2011).

Στη δεκαετία του '70, οι ερευνητές εργάστηκαν για να βοηθήσουν στη δημιουργία προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας σε νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Egdahl & Gertman, 1976). Οι Egdahl και Gertman (1976) ανέφεραν ότι κατά καιρούς, υπήρξαν πολλές ελλείψεις της διασφάλισης της ποιότητας και οφείλονταν στις συνήθειες και τις συμπεριφορές των ιατρών και, κυρίως, στα χαρακτηριστικά του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ορισμένα παραδείγματα περιλάμβαναν την επάρκεια του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων, τα προσόντα, την οργάνωση του ιατρικού προσωπικού και τη διοικητική δομή των προγραμμάτων παροχής φροντίδας (Mohammad Mosaddeghrad, 2014). Οι ερευνητές συνέστησαν την ανάπτυξη κριτηρίων για συγκεκριμένες διαδικασίες, την ανάπτυξη συγκεκριμένων μέτρων για την έκβαση των ασθενειών και την ανάπτυξη μέτρων για την ποσοτικοποίηση των δομών παροχής υπηρεσιών και για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Ο Hall και οι συνεργάτες του (1993) ανέφεραν πως η καλής ποιότητας φροντίδα καθιστά, για παράδειγμα, τα ιατρικά εργαλεία ασφαλέστερα και πιο αποτελεσματικά. Μη ασφαλή όργανα μπορεί να είναι επικίνδυνα για τους χειριστές και τους ασθενείς. Οι ανεπαρκώς παρασχεθείσες υπηρεσίες μπορούν να προκαλέσουν λανθασμένες διαγνώσεις, τραυματισμούς ή ακόμη και θάνατο. Επομένως, για να διατηρηθεί μια βιώσιμη αξιοπιστία του κλινικού εξοπλισμού, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα καλό πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας για τον προσδιορισμό του κλινικού εξοπλισμού ως ελαττωματικού (El-Kafafi & Varma, 2012). Ένα καλά διατηρημένο και βαθμονομημένο όργανο εξαλείφει τις αμφιβολίες σχετικά με την ασφάλεια του εξοπλισμού και τις λανθασμένες διαγνώσεις, αυξάνει την εμπιστοσύνη των κλινικών για τη θεραπεία των ασθενών και αυξάνει την εμπιστοσύνη του ασθενή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αντίθετα, τα ανεπαρκώς συντηρημένα ή μη βαθμονομημένα όργανα μπορούν να αποθαρρύνουν τους ιατρούς να πραγματοποιούν θεραπείες υψηλής δυσκολίας. Οι επικίνδυνες πρακτικές, ο ελαφρώς συντηρημένος εξοπλισμός ή ακόμη και η άσχημη θεραπεία δεν ικανοποιούν τους ασθενείς, τους αποθαρρύνουν να αναζητήσουν φροντίδα και να επιστρέψουν για νέες υπηρεσίες και τους παροτρύνει να αλλάξουν νοσοκομειακή μονάδα. Ακόμα, οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν περαιτέρω ότι το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης αντλεί μεγαλύτερη προσωπική και επαγγελματική ικανοποίηση από τη δουλειά του όταν

μπορεί να προσφέρει καλής ποιότητας φροντίδα και να αισθάνεται ότι το έργο του είναι πολύτιμο (Hall et al., 1993).

Όλα τα νοσοκομεία έχουν κάποια μορφή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας για να συμμορφωθούν με τις κανονιστικές απαιτήσεις και τις απαιτήσεις διαπίστευσης (Camacho & Rubin, 1998). Τα συστήματα περιλαμβάνουν ανασκοπήσεις ιατρών και αναδρομικές αναλύσεις κλινικών αρχείων χρησιμοποιώντας μια μέθοδο δύο σταδίων. Οι μη ιατροί παρακολουθούν τα ιατρικά αρχεία για ενδείξεις πιθανής υποβαθμισμένης περίθαλψης και οι ιατροί εξετάζουν αυτά τα αρχεία για να διαπιστώσουν εάν υπάρχει πρόβλημα ποιότητας (Camacho & Rubin, 1998).

1.4 Χαρακτηριστικά της Ποιότητας

Η ποιότητα είναι συνυφασμένη με κάποια χαρακτηριστικά (Φαρατζιάν, 2007) όπως η αποδοτικότητα- η ικανότητα μείωσης του κόστους, χωρίς όμως να μειώνεται η ποιότητα της προσφερόμενης υπηρεσίας, η αποτελεσματικότητα- ο βαθμός βέλτιστης επίδοσης, η διαθεσιμότητα, η κατάλληλη φροντίδα που αρμόζει εξατομικευμένα στον κάθε ασθενή, η καταλληλότητα, η ισορροπία ανάμεσα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, στις ανάγκες των ασθενών και στις γνώσεις που έχουν τα όργανα που προσφέρουν τις υπηρεσίες αυτές, η συνέχεια, δηλαδή η ύπαρξη συνεχόμενης ιατρονοσηλευτικής υποστήριξης, η δραστικότητα, η φροντίδα δηλαδή που παρέχεται με σκοπό να κάνει ορατά τα θετικά της αποτελέσματά, η ασφάλεια, δηλαδή η περίθαλψη να συμβαδίζει με συγκεκριμένες εγκεκριμένες προδιαγραφές (Ovretveit, 1995). Τέλος, ποιοτικό χαρακτηριστικό αποτελεί και ο σεβασμός με τον οποίο οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν τις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών και επιπλέον κάνουν αποδεκτές τις αποφάσεις και τις προτιμήσεις των ασθενών που έχουν σχέση με την επιλογή και αποδοχή της δικής τους ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης.

1.5 Κόστος ποιότητας

Αρχικά, θα λέγαμε πως κόστος ποιότητας ορίζεται «το άθροισμα των προκληθεισών δαπανών, που σχετίζονται με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας από τον παραγωγό του προϊόντος, ή της υπηρεσίας, το χρήστη και την κοινωνία» σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο ISO 8402 (BS 4778). Το κόστος ποιότητας σχετίζεται με το κόστος καλής ποιότητας προσφορά, δηλαδή, όσο γίνεται καλύτερης ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό εφικτό κόστος και προϋποθέσεις,, όπως κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό προσανατολισμένο σε εφαρμογή πρωτοκόλλων για άρτια παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και καλό συντονισμό δραστηριοτήτων με συγκεκριμένη ακολουθία βημάτων και απόδοσης ποιοτικού παραγόμενου έργου. Επιπλέον, το κόστος ποιότητας σχετίζεται και με το κόστος κακής ποιότητας που αποδέκτης του είναι ο πελάτης - ασθενής με οικονομικό αντίκτυπο, τόσο σε ατομικό επίπεδο αφού ο πελάτης θα αναγκαστεί να απουσιάσει μέρες από την εργασία του, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, εφόσον θα προκληθεί αύξηση δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά στην περίπτωση πρόκλησης μόνιμης βλάβης, αναπηρίας ή θανάτου του ασθενή από ιατρονοσηλευτικά λάθη ή παραλείψεις (Φαμέλη, 2005).

1.6 Αναγκαιότητα εφαρμογής συστημάτων ποιότητας

Την εποχή της Τεχνολογικής Επανάστασης και του καταϊγισμού των σύγχρονων πληροφοριών, διαδικασίες όπως η τυποποίηση, ο έλεγχος ποιότητας, η πιστοποίηση προϊόντων και υπηρεσιών, μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, κρίνονται αναγκαίες για την διαμόρφωση ενός σύγχρονου μηχανισμού οργανωτικής και διοικητικής δομικής βελτίωσης επιχειρήσεων και οργανισμών, αποσκοπώντας στην αντιμετώπιση νομοθετικών απαιτήσεων, αλλά και αναγκών των πολιτών, τόσο σε ιδιωτικές επιχειρήσεις όσο και δημόσιους οργανισμούς (Juran, 1988, p: 128, Deming, 1986).

Το σύγχρονο management και η εφαρμογή του στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων ως μορφή σύγχρονης οργανωσιακής δομής με την εισαγωγή καινοτόμων δομών, διεργασιών, οράματος, συνεργατικού περιβάλλοντος και ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών του συνεισφέρει και συνδράμει προς την κατεύθυνση της εφαρμογής και ενσωμάτωσης συστημάτων

ποιότητας. Ταυτόχρονα, αποτελεί και εργαλείο ελέγχου της ανώτερης διοίκησης στην προσπάθεια να υπερβεί και να συρρικνώσει στοιχεία και προβληματικές καταστάσεις που οδηγούν σε κρίσεις και μη αποδοτικές και αποτελεσματικές καταστάσεις.

1.7 Οι Ειδικοί της Ποιότητας- Η προσέγγιση του Deming

Η ικανοποίηση των αναγκών των πελατών είναι στην ουσία ο ορισμός της ποιότητας κατά τον Deming. Υποστήριξε ότι τα περισσότερα προβλήματα ποιότητας έχουν να κάνουν με σφάλματα τη διοίκησης, ενώ ελάχιστα οφείλονται σε λάθη και παραλείψεις εργαζομένων. Διατύπωσε δεκατέσσερα (14) σημεία για το management – διοίκηση, τα οποία αν υιοθετηθούν τόσο από τα ανώτερα κλιμάκια διοίκησης όσο και από τους εργαζόμενους είναι ικανά να μεταμορφώσουν μία επιχείρηση ή ένα οργανισμό σε ποιοτικό. Τα σημεία αυτά είναι τα ακόλουθα:

1. Σκοπός μιας επιχείρησης δεν πρέπει να είναι το άμεσο χρονικά κέρδος, αλλά μία συνέπεια στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων – υπηρεσιών με στόχο την ανταγωνιστικότητα της.
2. Η νέα αυτή κουλτούρα διοίκησης πρέπει να ενστερνιστεί από το σύνολο των εργαζομένων.
3. Η ποιότητα είναι μέρος της παραγωγής από το αρχικό στάδιο αντίθετα με την πρακτική της επιθεώρησης των τελικών έτοιμων προϊόντων.
4. Η λήψη αποφάσεων για την επιλογή των προμηθευτών πρέπει να γίνεται πλέον με γνώμονα την ποιότητα των προμηθευόμενων ειδών και όχι με κριτήριο την ελάχιστη τιμή. Σημασία έδωσε στη διαμόρφωση μακροχρόνιων συνεργασιών με προμηθευτές με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση ποιότητας.
5. Μείωση του κόστους παραγωγής, αύξηση της παραγωγικότητας με τη συνεχή βελτίωση του συστήματος παραγωγής.
6. Συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων όταν προκύπτουν αλλαγές.

7. Ηγεσία προσανατολισμένη στην καθοδήγηση και στη βοήθεια των εργαζομένων παρέχοντας τα κατάλληλα συστήματα – εργαλεία με στόχο την βελτίωση της αποτελεσματικότητας με παράλληλη μεταβίβαση ευθυνών.

8. Αποβολή του φόβου ο οποίος λειτουργεί αποτρεπτικά στην αμφίδρομη επικοινωνία και δημιουργία καλού κλίματος συνεργασίας.

9. Στην οριζόντια συνεργασία δεν πρέπει να υπάρχουν εμπόδια τα οποία ευθύνονται για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

10. Μετριασμός ή όπου απαιτείται και κατάργηση τυποποιημένων εκφράσεων – συνθημάτων τα οποία δεν παρακινούν πλέον τους εργαζόμενους για αύξηση παραγωγικότητας.

11. Ελαχιστοποίηση της θέσπισης ποσοτικών και μόνο στόχων. Εξερεύνηση δυνατοτήτων και τρόποι βελτίωσης.

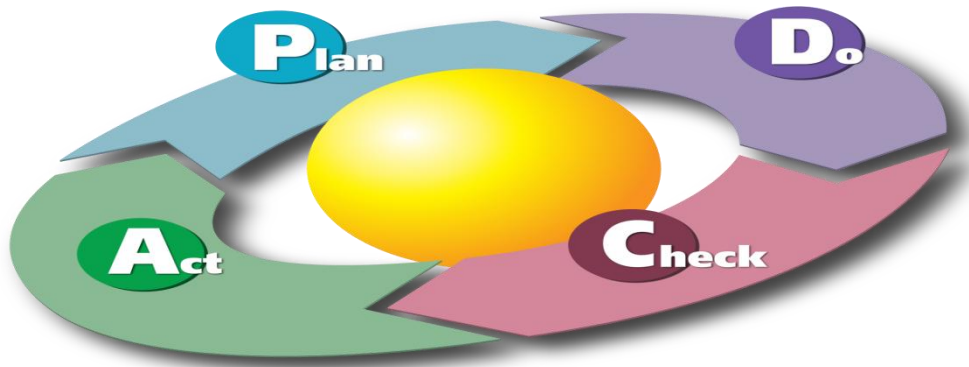
12. Επιβράβευση εργαζομένων ώστε να αισθάνονται υπερήφανοι που αποτελούν μέλη του οργανισμού.

13. Εισαγωγή και ενθάρρυνση για συνεχή εκπαίδευση και βελτίωση κάθε εργαζόμενου.

14. Δέσμευση για συμμετοχή όλων ανεξαρτήτων των στελεχών και των εργαζομένων για την εφαρμογή των προαναφερθέντων σημείων (Πατρινός, Δ.1993) Ζαβλανός, Μ.2006)

Ο Deming (1986) διατύπωσε αυτές τις 14 βασικές αρχές και πρότεινε ότι τα σημεία αυτά πρέπει να εφαρμοστούν στο σύνολό τους, προκειμένου να είναι αποτελεσματικά. Στην περίπτωση της παράλειψης ενός σημείου εμποδίζεται η αποτελεσματικότητα των άλλων 13. Από αυτές τις αρχικές έννοιες, ο Deming αργότερα ανέπτυξε αυτό που ανέφερε ως "σύστημα βαθιάς γνώσης" και ανέφερε πως τα κορυφαία στελέχη θα μπορούσαν να βελτιώσουν τα συστήματα και τις

δομές των εταιρειών μόνο αν κατανοούσαν την εταιρεία ως ένα πολύπλοκο σύστημα (Mohammad Mosadeghrad, 2014). Αργότερα, ο Deming διέυρνε τη χρήση του κύκλου PDCA σε όλες τις καταστάσεις και σε όλα τα επίπεδα, με έμφαση στη μάθηση και τη βελτίωση, και το ονόμασε Plan-Do-Study-Act (PDSA) (Beckford, 1998). Ο κύκλος του Deming



«Σχήμα »1.7.1 ο κύκλος του Deming

Ο κύκλος του Deming είναι ένα μέσο που στοχεύει στη βελτίωση του τρόπου διοίκησης μέσω ενός συνεχούς κύκλου ενεργειών – σταδίων.

Σχεδιασμός (Plan): Αξιολόγηση της παρούσης κατάστασης, συλλογή πληροφοριών – στοιχείων (διαδικασίες, πελάτες, προμηθευτές, προβλήματα, λύσεις) ώστε να σχεδιαστεί η πορεία για την επίτευξη των στόχων.

Εφαρμογή (Do):Υλοποίηση όσων έχουν σχεδιαστεί στο προηγούμενο στάδιο.

Έλεγχος – Μελέτη (Check – Study) : Αρχικά έλεγχος και μετά το 1990 μελέτη αν το σχέδιο λειτουργεί σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό και αν προκύπτουν απειλές – ευκαιρίες.

Δράση - Υλοποίηση (Act): Ενσωμάτωση αλλαγών που προέκυψαν, ώστε να εφαρμοστεί το τελικό σχέδιο.(Kotler P, 2000). Ένα από τα μοναδικά χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου είναι ο κυκλικός χαρακτήρας της επίδρασης και της εκτίμησης της αλλαγής, που επιτυγχάνεται καλύτερα με μικρές και συχνές αλλαγές αντί για μεγάλες και αργές (Berwick, 2003, Bialek, Duffy & Moran, 2009). Ο κύκλος PDSA είναι επαναληπτικός και όταν ολοκληρωθεί μία ενέργεια συστηματικά, ξαναρχίζει χωρίς διακοπή. Σήμερα, ο τροχός Deming χρησιμοποιείται σε όλα τα επίπεδα σε

ορισμένους οργανισμούς όπου εφαρμόζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Calabrese & Corbo, 2015). Για την επιτυχή εφαρμογή του PDCA, προτείνονται τα παρακάτω βήματα:

Βήμα 1: Σχεδιασμός μίας ενδεχόμενης βελτίωσης

Ο στόχος σε αυτό το στάδιο είναι να αποφασίσει η επιχείρηση τι πρέπει να γίνει και πώς μπορεί να γίνει καλύτερα. Η επίτευξη αυτού του στόχου επιτυγχάνεται μέσω της αναθεώρησης και της μελέτης των τρεχουσών διαδικασιών εργασίας και των διαθέσιμων δεδομένων. Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει την εξέταση των μεθόδων ή των προβληματικών περιοχών.

Βήμα 2: Εφαρμογή της προγραμματισμένης δραστηριότητας

Το στάδιο 2 περιλαμβάνει την υλοποίηση του σχεδίου βελτίωσης ή επίλυσης προβλημάτων στην πράξη. Αυτό το στάδιο εφαρμογής συμβαίνει όταν το σχέδιο δοκιμάζεται πραγματικά στο λειτουργικό πλαίσιο. Οι υπεύθυνοι πρέπει να εκπαιδεύονται και να εξοπλίζονται με τους απαραίτητους πόρους για την ολοκλήρωση του έργου. Επίσης, το στάδιο αυτό μπορεί να είναι και μικρότερο καθώς τα προβλήματα εφαρμογής εντοπίζονται και επιλύονται. Σε αυτό το σημείο, αρχίζουν να προκύπτουν προβλήματα εάν η εφαρμογή του σχεδίου δεν παρέχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Βήμα 3: Έλεγχος αποτελεσμάτων

Η πρόσφατα εφαρμοζόμενη λύση αξιολογείται για να διαπιστωθεί εάν έχει οδηγήσει στην αναμενόμενη βελτίωση της απόδοσης στο στάδιο τρία. Η ανάλυση των νέων δεδομένων και η μέτρηση των αποτελεσμάτων δείχνουν εάν η εφαρμογή του σχεδίου αποφέρει τα αποτελέσματα που θα έπρεπε.

Βήμα 4: Ενέργειες μελλοντικής αποφυγής

Εάν η υλοποίηση είναι επιτυχημένη, το τέταρτο στάδιο περιλαμβάνει την εφαρμογή ελέγχων ώστε το πρόβλημα να μην εμφανιστεί ξανά. Εάν η αλλαγή δεν είναι επιτυχής, αυτό το στάδιο επιτρέπει την προσαρμογή όπου είναι απαραίτητο για να ξεπεραστούν τα προβλήματα και να συλλεχθούν πληροφορίες πριν ξεκινήσει πάλι ο κύκλος PDCA. Κατά την εκκίνηση, οι χειριστές μπορούν να προχωρήσουν σε

οποιαδήποτε διορθωτική ενέργεια απαιτείται, να διατηρήσουν τα θετικά αποτελέσματα και να επιστρέψουν στο στάδιο του σχεδιασμού και να επαναλάβουν ότι είναι απαραίτητο (Tague, 2004). Εκτός των 14 σημείων ο Deming πρότεινε και αποφυγή 7 σημείων – «ασθενειών» τα οποία αποτρέπουν την επίτευξη ποιότητας και συνεπώς δημιουργούν προβλήματα σε επιχειρήσεις και οργανισμούς:

1. Έλλειψη σταθερότητας του σκοπού το οποίο έρχεται σε αντίθεση με το 1^ο σημείο των αρχών του Deming. Η εφαρμογή της ποιότητας γίνεται βραχυπρόθεσμα χωρίς να ενσωματωθεί στη φιλοσοφία της επιχείρησης.
2. Σημασία στο άμεσο βραχυπρόθεσμο κέρδος σε συνδυασμό με μείωση της ποιότητας. Η επιχείρηση με τέτοιο στόχο δεν έχει προοπτική απόκτησης μεγαλύτερου μεριδίου στην αγορά.
3. Αξιολόγηση απόδοσης με βάση βραχυπρόθεσμο προγραμματισμό ο οποίος οδηγεί σε επίτευξη ατομικών και όχι συνολικών στόχων. Γίνεται κατάργηση κάθε προσπάθειας συνεργασίας εργαζομένων διαφορετικών τμημάτων.
4. Συχνή αλλαγή στελεχών. Τα στελέχη δεν κατανοούν πλήρως τη φιλοσοφία της επιχείρησης, θέτουν δικούς τους βραχυπροθέσμους στόχους και καθίσταται δύσκολη η εφαρμογή αλλαγών μακροπρόθεσμα για τη βελτίωση της ποιότητας.
5. Εστιασμός σε αριθμητικά και μόνο στοιχεία. Ο βαθμός ικανοποίησης του πελάτη δεν είναι ορατά μετρήσιμος στόχος.
6. Αύξηση εξόδων για περίθαλψη εργαζομένων που επιβαρύνουν τα τελικά προϊόντα – υπηρεσίες.
7. Μεγάλες δαπάνες για πληρωμή εγγυήσεων εξαιτίας ελαττωματικών προϊόντων. (Δερβιτσιώτης, Κ. 2001)

Τέλος, προκειμένου να επιτευχθεί η ποιοτική βελτίωση ο Deming πρότεινε το κάτωθι σχέδιο 7 σημείων:

1. Εφαρμογή των 14 αρχών.
2. Σε επίπεδο ανώτατης διοίκησης, θετική αλλαγή στην ψυχολογία και μετάδοση αυτής σε όλο το προσωπικό.
3. Επεξήγηση στους εργαζόμενους των λόγων για τους οποίους είναι μονόδρομος η εφαρμογή αυτής της φιλοσοφίας.

4. Διαχωρισμός των δραστηριοτήτων σε φάσεις και προσδιορισμός των πελατών και των προμηθευτών. Λειτουργική σύνδεση των φάσεων, ορθολογική οργάνωση, διασφάλιση κοινού σκοπού.
5. Σε όλα τα επίπεδα εφαρμογή ομαδικής εργασίας.
6. Οργανική δομή πλήρως προσαρμοσμένη στην ποιότητα.
7. Εφαρμογή κύκλου Deming (Τσιότρας, Γ.1995).

1.8 Η προσέγγιση του Juran

Η σημαντική συμβολή του Juran στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας επικεντρώθηκε στον τομέα της διαχείρισης, και ιδιαίτερα της διαχείρισης της ποιότητας. Η προσέγγισή του περιλαμβάνει περισσότερα στοιχεία προσανατολισμένα στη διαδικασία με μια διαχειριστική προσέγγιση (Fu et al., 2015). Ο Juran εξέφρασε την άποψη ότι η ποιότητα αποτελείται από εκείνα τα χαρακτηριστικά του προϊόντος που ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών και έτσι εξασφαλίζουν την ικανοποίησή τους, καθώς, επίσης η ποιότητα αναφέρεται στην απουσία ελλείψεων (Juran, 1988).

Σύμφωνα με τον Juran (1988), για να αποδείξει την προσήλωσή της στην ποιότητα, η διοίκηση μίας επιχείρησης πρέπει να δημιουργήσει ένα σύμβουλο ποιότητας για τον συντονισμό των διαφόρων δραστηριοτήτων της εταιρείας. Επιπλέον, η διοίκηση θα πρέπει να καθορίσει ποσοτικούς στόχους ποιότητας και θα πρέπει να έχει χρονικό πλαίσιο για την επίτευξη αυτών. Μόλις καθοριστεί το χρονοδιάγραμμα και οι συγκεκριμένοι στόχοι, είναι ευθύνη της διοίκησης να παρέχει τους απαραίτητους πόρους. Στο πλαίσιο της συμβολής του στη θεωρία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ο Juran ανέπτυξε επίσης τη σπειροειδή βελτίωση που δείχνει ότι η βελτίωση της ποιότητας είναι μια συνεχής διαδικασία και όχι μόνο ένα σημείο έναρξης και τέλους (Mohammad Mosadeghrad, 2014). Επιπλέον, ο Juran πρωτοστάτησε στην έννοια των εσωτερικών σχέσεων πελάτη / προμηθευτή. Θεώρησε ότι οι άνθρωποι που εργάζονται σε έναν οργανισμό παρέχουν προϊόντα ή υπηρεσίες ο ένας στον άλλο. Αυτό μπορεί να εφαρμοστεί στη ροή πληροφοριών σε περιβάλλον γραφείου ή στην παραγωγή προϊόντων, όπου συμμετέχουν διαφορετικοί εργαζόμενοι σε διαφορετικές φάσεις μιας διαδικασίας παραγωγής.

Ο Dr Joseph Juran Αμερικανός με καταγωγή από Ρουμανία μηχανικός , καθηγητής πανεπιστημίου, σύμβουλος επιχειρήσεων είναι από τους πολυγραφότατους αναλυτές , ερευνητές για την ποιότητα καθώς έχει συγγράψει 20 βιβλία και πολλά άρθρα.

Ένα από αυτά το “Quality Control Handbook” το ολοκλήρωσε σε μεγάλη ηλικία παρόλα αυτά έχει πραγματοποιήσει τις περισσότερες επανεκδόσεις.

Ακριβώς όπως ο Deming βοήθησε σε θέματα ποιότητας στις Ιαπωνικές επιχειρήσεις. Οι Αμερικάνικες επιχειρήσεις όπως προείπαμε είχαν μειωμένη ποιότητα και αυξανόμενο κόστος επομένως όλα τα θέματα που αφορούσαν την ποιότητα έπρεπε να διακατέχονται με σαφήνεια τόσο από την πλευρά της διοίκησης όσο και από την πλευρά των εργαζομένων.

Έδωσε έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα σε όλες τις βαθμίδες της ιεραρχίας με προσανατολισμό στην εκπαίδευση – κατάρτιση των στελεχών.

Η αντίθεση του με τον Deming αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται – κατανοούνται τα στατιστικά αποτελέσματα σε διαφορετικές κλίμακες της ιεραρχίας. Για παράδειγμα τα στελέχη στο management team μιας εταιρίας κατανοούν με διαφορετικό τρόπο την ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας σε συνάρτηση με το χρηματικό κόστος σε αντίθεση με στελέχη χαμηλότερων βαθμίδων τα οποία δεν το εξετάζουν.

Η ποιότητα κατά τον Juran είναι το επίπεδο της καταλληλότητας για τη χρήση σύμφωνα με το σχεδιασμό τη συμμόρφωση τη διαθεσιμότητα και τη ασφάλεια του παραγόμενου προϊόντος. Ποιότητα είναι η δημιουργία ενός προϊόντος το οποίο ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών και τέλος ο ελάχιστος αριθμός παραγωγής ελαττωματικών προϊόντων.

Ο Juran εφάρμοσε την αρχή Pareto: το 20% των Συνεργατών ή και Πελατών φέρνει το 80% των πωλήσεων και αντίστροφα το 80 % των Συνεργατών – Πελατών φέρνει το 20 % των πωλήσεων. Η επίτευξη των αποτελεσμάτων αυτών γίνεται μέσω τριών διαδικασιών οι οποίες ονομάστηκαν Τριλογία της Ποιότητας κατά τον Juran.

1. Σχεδιασμός Ποιότητας (Quality Planning): Αφορά τις ενέργειες εκείνες για το σχεδιασμό προϊόντων – υπηρεσιών ώστε να επιτευχθούν οι ποιοτικοί στόχοι.

2. Έλεγχος Ποιότητας (Quality Control): Συμπεριλαμβάνει τις διαδικασίες για την επίτευξη των στόχων στη λειτουργία της επιχείρησης.
3. Βελτίωση Ποιότητας (Quality Improvement): Βελτίωση της απόδοσης με μείωση του κόστους εξαιτίας παραγωγής ελαττωματικών προϊόντων.

Το πρόγραμμα του Juran για τη βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνει τον ενστερνισμό από τα στελέχη για τη βελτίωση της ποιότητας, τις ξεχωριστές ενέργειες ώστε να επιτευχθούν τα αποτελέσματα, την έγκαιρη διάγνωση των αιτιών και τη βοήθεια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων, και την αέναη προσπάθεια για βελτίωση με βάση στην εκπαίδευση. (Juran, J. 1981, Kotler P, & Keller, K. 2016, Κουτούζης, Μ. 1999, Κεχαγιάς, Ι. 2001).

1.9 Η προσέγγιση του Feigenbaum

Ο Feigenbaum μπορεί να θεωρηθεί ως ο δημιουργός της έννοιας του "συνολικού ποιοτικού ελέγχου", όπου η βελτίωση της ποιότητας ξεκινάει από την παραγωγή και εξαπλώνεται σε ολόκληρο τον οργανισμό (Fu et al., 2015). Θεωρείται θεμελιωτής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Εργάστηκε στη General Electric ως διευθυντής του τμήματος παραγωγής και θεωρούσε την ποιότητα ως τρόπο διοίκησης ενός οργανισμού και τις ανθρώπινες σχέσεις ως παράγοντα για ποιοτικό έλεγχο. Έθεσε ποιοτικά πρότυπα, μεθόδους αξιολόγησης των προτύπων ενέργειες και προγραμματισμό, ώστε να βελτιωθούν σε μέγιστο βαθμό.

Η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να επιτευχθεί με τη συμμετοχή του συνόλου του ανθρώπινου παράγοντα και να εισαχθεί σε όλες τις διαδικασίες της παραγωγής από τους επιθυμητούς πελάτες, τη στρατολόγηση, την πώληση και το feedback από τους πελάτες οι οποίοι αγόρασαν το προϊόν.

Έκανε ανάγκη τη μελέτη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας όχι μόνο στο τελικό προϊόν και στον κεφαλαιουχικό εξοπλισμό της επιχείρησης αλλά και μεταξύ των τμημάτων μιας επιχείρησης.

Στην ουσία πρόκειται για μορφή υποκίνησης στους εργαζόμενους όλων των τμημάτων η οποία συνδυάζεται με αντίστοιχη βελτίωση στην ποιότητα εξυπηρέτησης – υποστήριξης της διαχείρισης.

Ένα επιπλέον στοιχείο είναι η μελέτη της συμπεριφοράς των καταναλωτών ως αντιδράσεις αναφορικά με την ποιότητα ανά επιχείρηση και τη σύνδεση των ποιοτικών επιχειρήσεων με ποιοτικά προϊόντα. Η ποιότητα είναι η κινητήρια δύναμη για οργάνωση σε μία επιχείρηση – οργανισμό.

Ο Feigenbaum μελέτησε την ποιότητα και εξάγαγε συμπεράσματα έπειτα από μετρήσεις στις επιδόσεις για τη συνολική ποιότητα. Οι μετρήσεις αφορούσαν την ποιότητα ως τρόπο λειτουργίας, ως επιχειρηματική διαδικασία, ως ηθική, ως αναγκαιότητα για συνεχή βελτίωση, ως αντίδραση – άποψη πελάτη, ως κουλτούρα όλων των εργαζομένων και στελεχών επιχείρησης, ως η μέθοδο εκείνη η οποία πρέπει να εφαρμόζεται σε όλο τον οργανισμό και συνδέεται με προμηθευτές, πελάτες, τελικούς καταναλωτές (Feigenbaum, A. 2003, Feigenbaum, A.2006, Feigenbaum, A. 2015).

Σύμφωνα με τον Feigenbaum, η ποιότητα είναι ζήτημα εκπαίδευσης του ανθρώπινου παράγοντα και σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο δόμησης, εκτέλεσης και εκτίμησης διαδικασιών (Ζαβλανός, 2003). Ειδικότερα, ο ερευνητής τόνισε πως:

- Η ποιότητα είναι ευθύνη όλων των συντελεστών μίας επιχείρησης. Η ποιότητα δεν παράγεται μόνο από το τμήμα παραγωγής αλλά και από το μάρκετινγκ, τη χρηματοδότηση, τη συντήρηση, την αγορά και άλλες υπηρεσίες υποστήριξης του οργανισμού (Fu et al., 2015).
- Το κόστος της απουσίας ποιότητας, το οποίο είναι το κόστος του ελέγχου και το κόστος της αδυναμίας ελέγχου, μπορεί να ελαχιστοποιηθεί. Το κόστος του ελέγχου πρέπει να μετράται με την πρόληψη του κόστους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την παροχή ποιοτικής εκπαίδευσης του προσωπικού και με την ανάπτυξη εγχειριδίων ποιότητας και διαδικασιών, κρατώντας τα λάθη στο ελάχιστο (Fu et al., 2015).

1.10 Η προσέγγιση του Kaoru Ishikawa

Ο Kaoru Ishikawa σπούδασε στο Πολυτεχνικό Τμήμα στο Πανεπιστήμιο του Τόκιο όπου αργότερα έγινε καθηγητής. Υιοθέτησε και προώθησε τους κύκλους ποιότητας του Deming , του απονεμήθηκε το συγκεκριμένο βραβείο

μεταξύ πολλών άλλων και προσπάθησε να κάνει γνωστές τις τεχνικές συλλογής και παρουσίασης δεδομένων σε όλους τους εργαζόμενους ενός Οργανισμού. Βέβαια δεν ήταν εφικτό το εγχείρημα το οποίο περιορίστηκε σε πρώτη φάση σε στελέχη και υπευθύνους τμημάτων (Τσιότρας, Γ.(1992).

Ο Ishikawa έκρινε ότι για να είναι επιτυχής η Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, τα εργαλεία και οι τεχνικές της χρήσης των δεδομένων για τη λήψη αποφάσεων πρέπει να γίνουν κατανοητές από τους εργαζόμενους, τους επιβλέποντες και τους διευθυντές της πρώτης γραμμής. Η άποψη της Ishikawa σχετικά με τη Διοίκησης Ολικής Ποιότητας συνοψίζεται ως εξής:

- Η ποιότητα είναι ισοδύναμη με την ικανοποίηση του καταναλωτή.
- Η ποιότητα πρέπει να καθοριστεί διεξοδικά. Δεν αρκεί να ειπωθεί πως ένα προϊόν είναι υψηλής ποιότητας. Πρέπει να δοθεί προσοχή στην ποιότητα κάθε πτυχής της οργάνωσης / επιχείρησης.
- Η τιμή του προϊόντος ή της υπηρεσίας αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ποιότητάς του, με την ερευνήτρια να ισχυρίζεται ότι ανεξάρτητα από το πόσο υψηλή είναι η ποιότητα, αν το προϊόν είναι υπερτιμημένο δεν μπορεί να κερδίσει την ικανοποίηση του πελάτη.

Στη βιομηχανία οι στατιστικές τεχνικές ασχολούνται με σωστή συλλογή δεδομένων, προβλημάτων που απορρέουν από τα δεδομένα και ανάλυση τους. Χρησιμοποίησε τα διαγράμματα του Pareto και τα διαγράμματα Ishikawa «ψαροκόκαλο» που παρουσιάζουν αιτία και αποτέλεσμα.

Το τελευταίο αποτέλεσε εργαλείο ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα στις διάφορες ομάδες που συμμετέχουν και επικοινωνούν διατμηματικά. Σε ανώνυμα έντυπα οι εργαζόμενοι εκθέτουν τις απόψεις τους για τις αιτίες ή και τους υπεύθυνους σχετικά με τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν σε μία επιχείρηση. Από τις αιτίες προκύπτουν τέσσερις κατηγορίες (εργατικό δυναμικό, υλικά, μηχανήματα, - εξοπλισμός και μέθοδοι). Αναφορικά με τη διοίκηση οι κατηγορίες διαμορφώνονται σε εξοπλισμό, στρατηγικές, διαδικασίες, ανθρώπινο κεφάλαιο.

Ο Ishikawa χρησιμοποίησε επίσης και άλλες τεχνικές όπως τα φύλλα ελέγχου, τα διαγράμματα διασποράς και η δειγματοληψία. Ο ποιοτικός έλεγχος ο οποίος ξεκίνησε στην Ιαπωνία αφού προηγήθηκαν οι επισκέψεις των Deming και Juran

χαρακτηρίζεται από καθολική συμμετοχή ξεκινώντας από τα ανώτατα στελέχη διοίκησης έως και τον τελευταίο εργαζόμενο. Οι μέθοδοι του ποιοτικού ελέγχου χρησιμοποιούνται για τη διαμόρφωση και επιλογή πολιτικών και στρατηγικών, τους τρόπους επίλυσης προβλημάτων αναφορικά με τις πωλήσεις, την επιλογή ανθρώπινου δυναμικού, στη παραγωγική διαδικασία και στον έλεγχο νέων προϊόντων. Παρατηρούμε ότι κυριαρχεί σε όλες της δραστηριότητες. Η ποιότητα «ακολουθεί» το προϊόν και στις υπηρεσίες μετά την πώληση γενικά η ποιότητα συνδέεται και ταυτίζεται με την επιχείρηση και τους ανθρώπους της.

Τα επιθυμητά αποτελέσματα είναι :

- η μείωση του κόστους
- η αύξηση της αξιοπιστίας των προϊόντων
- η αύξηση της παραγωγικότητας
- η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων
- η μείωση των λαθών , ατελειών στη διαδικασία παραγωγής
- οι τεχνικές βελτίωσης εξελίσσονται συνεχώς
- η επικοινωνία είναι αποτελεσματικότερη
- η αύξηση των πωλήσεων και μεριδίου αγοράς
- οι σχέσεις μεταξύ τμημάτων γίνονται καλύτερες
- η συνεργασία με τους προμηθευτές είναι καλύτερη
- οι συνεδριάσεις εξάγουν αποτελέσματα σε σύντομο χρόνο
- οι επισκευές και η συντήρηση γίνονται ορθολογικότερα
- οι ανθρώπινες σχέσεις βελτιώνονται

Τα παραπάνω αποτελούν ενδεικτικά αποτελέσματα από την εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου. Σε αυτά προσθέτουμε την καθιέρωση συναντήσεων ατόμων με σκοπό τη βελτίωση των διαδικασιών και ποιότητας, τη μείωση δαπανών και την αύξηση της παραγωγικότητας.(Paul, James.,1996, Ishikawa K.,1991, Springer, N., Ishikawa K., 1985, Prentice H., 2015).

1.11 Η προσέγγιση του Genichi Taguchi

Ο Taguchi εργάστηκε αρχικά ως σύμβουλος σε Ιαπωνικές φαρμακευτικές εταιρίες, έπειτα ως σύμβουλος σε ηγέτιδες εταιρίες της Αμερικάνικης αγοράς όπως είναι η Ford και η IBM όπου συνείσφερε στην ανάπτυξη συστημάτων βελτιωμένου στατιστικού ελέγχου των παραγωγικών διαδικασιών τους.

Όρισε την ποιότητα ως μία προσπάθεια για ελαχιστοποίηση των απωλειών στο κοινωνικό σύνολο από τη στιγμή που το προϊόν εξέρχεται της παραγωγικής μονάδας και διατίθεται στους καταναλωτές. (Τσιότρας Γ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας 2016 Broken Hill Publishers)

Τιμήθηκε με το βραβείο εφαρμογής Deming και με το βραβείο Deming για τη βιβλιογραφία αναφορικά με την ποιότητα.

Ο Taguchi ενδιαφέρθηκε στη βελτίωση του προϊόντος από το στάδιο του σχεδιασμού, της αρχικής διαδικασίας πριν την έναρξη της παραγωγής – κατασκευής. Η φιλοσοφία της ποιότητας εφαρμόζεται από τη διαδικασία του σχεδιασμού επειδή το στάδιο εκείνο «φέρει ευθύνη» για άστοχα αποτελέσματα. Χρησιμοποιείται επίσης η μέθοδος Taguchi και στον εντοπισμό των προβλημάτων στη διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας.

Η ποιότητα είναι συνάρτηση της ελαχιστοποίησης των απωλειών στο κοινωνικό σύνολο από τη στιγμή που το προϊόν διατίθεται στην αγορά.

Με τον όρο «απώλεια» νοείται οτιδήποτε επιβαρύνει τον πελάτη και προκαλεί δυσπιστία προς την επιχείρηση όπως λάθη, αστοχίες εξοπλισμού επιπλέον κόστος που αναλογεί σε πελάτες εξαιτίας ελαττωματικών προϊόντων με το άθροισμα σε μία εξίσωση να σημαίνει μείωση πωλήσεων και απώλεια μεριδίου αγοράς σε σχέση με τον ανταγωνισμό. (Γαλάνης, Β.2006).

Εφαρμόζεται στην αξιολόγηση των αποφάσεων σχεδιασμού, με σκοπό να αποφασιστεί αν μία επένδυση στην παραγωγή θα έχει θετικό αντίκτυπο στην αγορά.

Η μεθοδολογία Taguchi εφαρμόζεται στον έλεγχο ποιότητας εκτός (σχεδιασμός) και εντός παραγωγής.

Ο έλεγχος ποιότητας εκτός γραμμής παραγωγής κατά τον Taguchi χωρίζεται σε τρεις επίπεδα:

- Επίπεδο 1^ο, σχεδιασμός συστημάτων
- Επίπεδο 2^ο, καθορισμός παραμέτρων
- Επίπεδο 3, προσδιορισμός ανοχών (αποκλίσεις από πρότυπα)

Να τονιστεί ότι ο καθορισμός των παραμέτρων είναι ίσως το κρισιμότερο επίπεδο στην Ιαπωνική φιλοσοφία για επίτευξη ποιότητας χωρίς να συνοδεύεται από αύξηση στο κόστος. Η μέθοδος Taguchi διαφοροποιείται επειδή αναπτύχθηκε και χρησιμοποιήθηκε από μηχανικούς και όχι από στατιστικούς αναλυτές. Χρησιμοποιείται κοινή «γλώσσα», η επικοινωνία είναι καλύτερη και η μέθοδος προσαρμόζεται στο πλαίσιο της παραγωγής. (Taguchi G., 1993. Taguchi G., 2005. Wiley, E., 2002. Noon H., 1989)

1.12 Η προσέγγιση του Crosby

Ο Philip Crosby συγγραφέας σχετικά με τη διαχείριση και τις πρακτικές της στην ποιότητα ήταν επίσης ανώτατο στέλεχος στην International Telephone and Telegraph για αρκετά χρόνια και παρείχε εκπαίδευση με επιμορφωτικά σεμινάρια στο Σύνδεσμο που φέρει το όνομα του. Η προσέγγιση του Crosby σχετικά με την ποιότητα των προϊόντων είναι πως όλα τα μετρούμενα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας πρέπει να πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια και προδιαγραφές (Crosby, 1979). Ο ερευνητής προσδιόρισε τις "απαιτήσεις των πελατών" ως στόχο που καλύπτεται από την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών και πρότεινε ένα πλέγμα διαχείρισης ποιότητας που περιγράφει τα στάδια της εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σχετικά με την κατανόηση των τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, την οργανωτική προσέγγιση και τα αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν. (Δερβιτσιώτης, 2001):

Υποστήριξε την ανάγκη για επένδυση στη βελτίωση της ποιότητα η οποία θα επιφέρει μεσομακροπρόθεσμα οφέλη τα οποία θα καλύψουν το κόστος της επένδυσης και η επιχείρηση θα αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην αγορά. Διατύπωσε πέντε βασικές αρχές της ποιότητας:

Συμμόρφωση με τις απαιτήσεις: Ο καθορισμός των απαιτήσεων προϋποθέτει συμμόρφωση με αυτές διαφορετικά δεν επιτυγχάνεται η ποιότητα. Στην ουσία η

χαμηλή ποιότητα οφείλεται σε έλλειψη φιλοσοφίας συμμόρφωσης η οποία είναι ευθύνη ανώτατης διοίκησης.

Διασφάλιση ποιότητας: Συλλογή, επεξεργασία και διάδοση των καθηκόντων ανά λειτουργικό τμήμα κάθε εταιρίας. Συμμόρφωση όλων των τμημάτων με τις προδιαγραφές ώστε να επιτυγχάνεται το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Ποιότητα και Οικονομία: είναι δύο όροι διαφορετικοί αφού η ποιότητα πρέπει να παρέχεται στον τελικό καταναλωτή. Απαραίτητη προϋπόθεση όλες οι διαδικασίες να πραγματοποιούνται χωρίς λάθη από την αρχή και να μην απαιτείται διόρθωση η οποία αυξάνει το κόστος.

Κόστος Ποιότητας: Το κόστος που αφορά τη διαχείριση της ποιότητας είναι μικρότερο αν δοθεί από την αρχή για την πρόληψη παρά για τη διόρθωση των αποκλίσεων που ευθύνονται για την παραγωγή προϊόντων χαμηλής ποιότητας.

Κανένα Ελαττωματικό Προϊόν:: Όλα πρέπει να γίνονται σωστά από την αρχή, πρέπει να προβλεφθούν οι αρχικές αδυναμίες και να διορθωθούν πριν την έναρξη παραγωγής. Επίσης απαιτείται η προσοχή των εργαζομένων και η προσήλωση στην εργασία τους.

Επιπρόσθετα στο πλαίσιο του συνόλου των υπηρεσιών συμπεριλαμβάνονται ο ορατό όφελος του πελάτη και το συναισθηματικό – ψυχολογικό όφελος από την αγορά και χρήση της υπηρεσίας (Fitzsimmons ,M.J. & Bordoloi , S.K. 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

«Διοίκηση Ολικής Ποιότητας»

2.1. Ορισμός και στόχοι της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Στον σύγχρονο κόσμο, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) αποτελεί μέρος της εταιρικής διαχείρισης και διοίκησης σε παγκόσμια κλίμακα (Lakle & Mohanty, 1994, Melan, 1998). Στην παρούσα διπλωματική εργασία η ποιότητα συγκαταλέγεται και μελετάται στο πλαίσιο της γενικής «ομπρέλας» της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η βασική φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, όπως γίνεται αντιληπτή σήμερα, αναφέρεται σε κάθε βήμα της παραγωγικής διαδικασίας ή της δημιουργίας μιας υπηρεσίας, περιλαμβάνοντας ολόκληρο τον επιχειρησιακό οργανισμό από τον προμηθευτή στον πελάτη, τόσο στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, όσο και εξωτερικό. Ενδεικτικά, οι προμηθευτές πρέπει να εκπληρώνουν τις απαιτήσεις των πελατών στο χαμηλότερο δυνατό κόστος, ενώ η επιχείρηση πρέπει να προσβλέπει στη μείωση των λαθών και στη συνεχή βελτίωση (Calabrese & Corbo, 2015).

Ο επίσημος ορισμός της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σύμφωνα πάντα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 8402 είναι ο εξής: «...(Η Δ.Ο.Π. είναι) τρόπος διοίκησης ενός οργανισμού εστιαζόμενος στην ποιότητα, ο οποίος βασίζεται στη συμμετοχή όλων των μελών του και στοχεύει στη μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσω της ικανοποίησης του πελάτη και στην παροχή οφελών σε όλα τα μέλη του οργανισμού και στην κοινωνία...». Με την υιοθέτηση της φιλοσοφίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, τα διευθυντικά στελέχη δεσμεύονται σε μια συνεχή πορεία προς την αριστεία σε όλες τις πτυχές προϊόντων και υπηρεσιών που είναι σημαντικές για τον πελάτη (Heizer & Render, 2004). Σύμφωνα με τον James (1996), η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αφορά ουσιαστικά την ανάπτυξη μιας ιδεολογίας ή φιλοσοφίας επικεντρωμένης σε δράσεις που έχουν σχεδιαστεί για να ικανοποιούν πλήρως τους πελάτες μέσω της συνεχούς βελτίωσης. Ο James (1996) αναγνωρίζει ως τους κύριους στόχους ενός οργανισμού την υποστήριξη των πελατών, την εξυπηρέτησή τους και τέλος την συνολική τους ικανοποίηση. Οι Heizer και Render (2004) υποδεικνύουν ότι όταν η Διοίκηση Ολικής

Ποιότητας λειτουργεί αποδοτικά, επιτρέπει στους οργανισμούς να εξουσιοδοτούν τα μέλη να λαμβάνουν κατάλληλες και λογικές αποφάσεις στο επιχειρησιακό τους επίπεδο για τη βελτίωση των διαδικασιών ή των προϊόντων της επιχείρησης. Επίσης, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας βοηθά τον οργανισμό στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τους πελάτες, αναπτύσσοντας τη δέσμευση και το αίσθημα συμμετοχής που έχουν. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ευκαιρίες επικοινωνίας προς τα πάνω και προς τα κάτω με ταυτόχρονη ανταλλαγή ιδεών και βελτίωση της συνολικής παραγωγικής διαδικασίας. Στόχος λοιπόν της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η Ικανοποίηση του Πελάτη εσωτερικού και εξωτερικού μέσα από Θεμελιώδη Αρχές όπως Εστίαση στον Πελάτη, Συμμετοχή και Ομαδική Εργασία, Συνεχής βελτίωση μέσα από τα υποστηρικτική «ομπρέλα» της Ηγεσίας, της Εκπαίδευσης, ανάπτυξης δικτύου επικοινωνίας της Οργανωσιακής Δομής, της Αξιολόγησης –ανταμοιβής και Μετρήσεων με τη βοήθεια των Εργαλείων της Ποιότητας που αναλύονται πιο κάτω Heizer και Render (2004)

2.2 Εργαλεία Ποιότητας και στόχοι της ΔΟΠ

Τα εργαλεία ποιότητας είναι ένα σύνολο τεχνικών χρήσιμων για πετυχημένη διεκπεραίωση προβλημάτων σχετικά με την ποιότητα. Διαχωρίζονται σε εργαλεία μέτρησης και σε εργαλεία σχεδίασης. Τα εργαλεία μέτρησης μελετούν ανάλυση δεδομένων και εξάγουν αποτελέσματα διαδικασιών και τα εργαλεία σχεδίασης έχουν ως στόχο την εφαρμογή της ποιότητας για τη βελτίωση των διαδικασιών. Είναι απλά στη χρήση τους και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από άτομα χωρίς εξειδικευμένες γνώσεις στατιστικής (Ishikawa K. 1985, Montgomery D. 2005,). Ο όρος «εργαλεία» για τον ποιοτικό έλεγχο χρησιμοποιήθηκε αρχικά στην Ιαπωνία , βέβαια η «λίστα» των εργαλείων διευρύνθηκε και είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με το management. Χρησιμοποιούνται στους μεγαλύτερους οργανισμούς παγκοσμίως, με σκοπό την επιλογή των καλύτερων στρατηγικών και την εφαρμογή τους. Εναλλακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα ή και συνδυαστικά, ώστε η επιλογή της καλύτερης στρατηγικής να εφαρμοστεί με τις μικρότερες δυνατών αποκλίσεις και να οδηγηθεί ο οργανισμός στην επίτευξη των στόχων του. (Joyce P. Green R. Winch G., 2006).

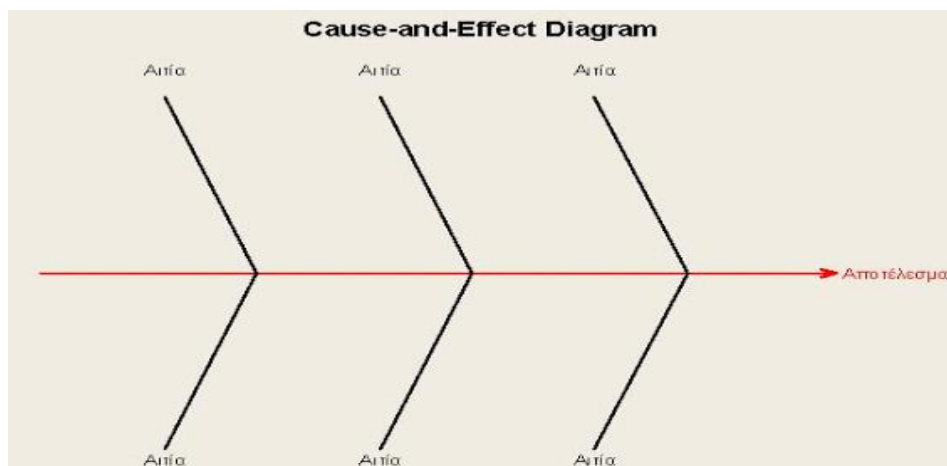
Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνει τη στατιστική ποιότητα και τον έλεγχο της διαδικασίας, καθώς και άλλα ποσοτικά εργαλεία που είναι τα ακόλουθα: 1. Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause effect diagram), 2. διάγραμμα Pareto, 3. διάγραμμα ροής (flowchart), 4. διάγραμμα ελέγχου (checklist), 5. ιστογράμμο (histogram), 6. διάγραμμα διασποράς (scatter diagram), 7. φύλλο ελέγχου (checksheet). (Bell & Krivich. 2000).

2.2.1. Το διάγραμμα αιτίας – αποτελέσματος: ονομάζεται επίσης και διάγραμμα ψαροκόκαλο ή διάγραμμα Ishikawa χρησιμεύει στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος πολύπλοκου με πολλαπλά αίτια. Το «πρόβλημα» τοποθετείται στην άκρη του βέλους και τα πιθανά αίτια – τα οποία εντοπίζονται έπειτα από έρευνα διατμηματική - σε σχηματισμό ψαροκόκαλου προς την οριζόντια γραμμή η οποία καταλήγει στο βέλος – πρόβλημα. (Τσιότρας Γ. 2002).

Ακολουθούν επτά αρχές για την κατασκευή και χρήση του διαγράμματος:

- Προσδιορίζεται το πρόβλημα – αποτέλεσμα
- Απαρτίζεται ομάδα η οποία θα αντιμετωπίσει το πρόβλημα
- Έχοντας σχεδιάσει την κεντρική γραμμή η οποία οδηγεί στο βέλος - πρόβλημα σχεδιάζουμε και τις πλάγιες που οδηγούν στον κορμό.
- Επιλογή των βασικών αιτιών του προβλήματος
- Για κάθε αιτία προσδιορίζονται οι υπο-αιτίες
- Καταγραφή των υπο-αιτιών στο διάγραμμα
- Αποφάσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος

Διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος (Cause-Effect Diagram) ή (Fishbone)



Σχήμα 1: Διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος (Cause-Effect Diagram) ή (Fishbone)

2.2.2.Γράφημα Pareto (pareto analysis)

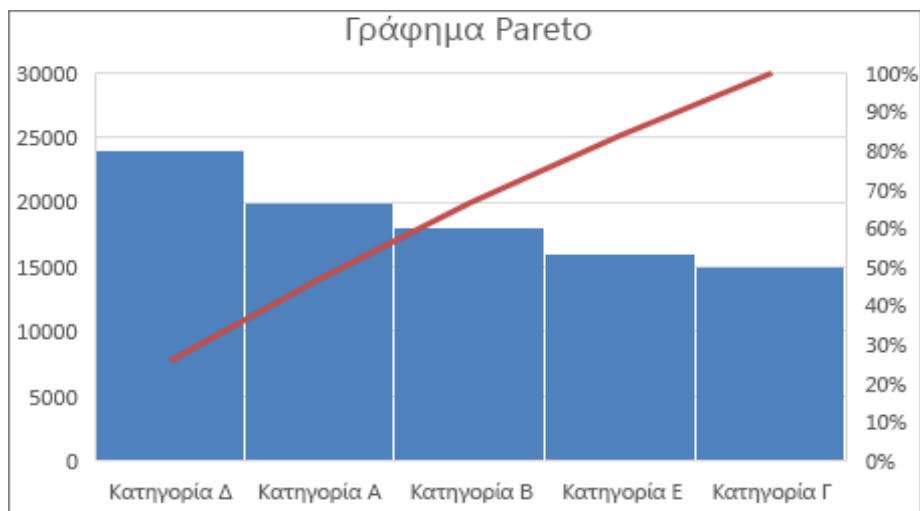
Ο Vilfredo Pareto (1848-1923) Ιταλός πολιτικός και οικονομολόγος μελέτησε την οικονομική δύναμη (πλούτος και φτώχεια) στην Ευρώπη του 19^{ου} αιώνα. Η μελέτη του οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η οικονομική δύναμη ήταν συγκεντρωμένη σε λίγα άτομα ενώ η πλειονότητα των ανθρώπων ζούσε φτωχικά. Η αρχή Pareto βασίζεται στον κανόνα «80-20» όπου το 80% των επιπτώσεων οφείλεται στο 20% των προβλημάτων. Εάν ένας οργανισμός επικεντρωθεί στο 20% των αιτιών τότε σε σημαντικό βαθμό θα επηρεαστεί το 80% των αποτελεσμάτων. Το ίδιο ισχύει και επιχειρηματικά, ειδικότερα στον κλάδο πωλήσεων των επιχειρήσεων – οργανισμών όπου το 20% των πελατών είναι οι «σημαντικοί λίγοι» οι οποίοι ευθύνονται για το 80% των πωλήσεων ενώ το 80% των πελατών οι «ασήμαντοι πολλοί» ευθύνονται για το μόλις 20% των πωλήσεων. (Τσιότρας, Γ. 2002)

Ο Juran χρησιμοποίησε το διάγραμμα Pareto για την κατηγοριοποίηση των προβλημάτων ποιότητας. Τα κύρια προβλήματα είναι λίγα παρόλα αυτά οι επιπτώσεις τους είναι μεγάλες ενώ τα δευτερεύοντα τα οποία είναι πολλά δημιουργούν λίγες επιπτώσεις. Στο διάγραμμα Pareto όλα τα δεδομένα του προβλήματος που εξετάζεται καταγράφονται, κατηγοριοποιούνται και τοποθετούνται με ιεραρχική σειρά με βάση τη σπουδαιότητα και τη συχνότητα εμφάνισής τους. Ακολούθως γίνεται επικέντρωση στα κρισιμότερα προβλήματα τα οποία με τη σειρά τους καθορίζουν ιεραρχικά ποια

θα επιλυθούν πρώτα. Η διαδικασία αυτή γίνεται επιπροσθέτως για την ανάλυση της επιρροή των αλλαγών σε στάδια ξεκινώντας από πριν έως και το πέρας αυτών. (Juran J.M. 1999).

Τα διάγραμμα Pareto μπορεί να εφαρμοστεί στον Ιατρικό – Νοσηλευτικό χώρο στο σχεδιασμό των εργασιών, ώστε να γίνουν αντιληπτά τα προβλήματα, οι αιτίες, ώστε να εξαιρεθούν για να δημιουργηθεί ένα σύστημα το οποίο θα παρέχει την καλύτερη ιατρική – νοσηλευτική φροντίδα είτε μιλάμε για πρωτοβάθμια είτε για δευτεροβάθμια περίθαλψη. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι να υπάρχει προσωπικό με εξοικείωση, να αναλυθούν οι συχνότερες αιτίες, η απόδοση των αποτελεσμάτων των δεικτών να συλλεχθεί, να μετρηθεί και να αναλυθεί σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και τέλος να υπάρχει επαρκής βάση δεδομένων.

Το όφελος από τη διαγραμματική απεικόνιση Pareto προκύπτει από την ευκολία στην αναγνώριση των αιτιών που δημιουργούν τα προβλήματα όταν βέβαια η ιεράρχηση των αιτιών γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια (Evans J.R. & Lindsay W. 2005).



Σχήμα 2 Pareto

2.2.3. Διάγραμμα Ροής (flowchart)

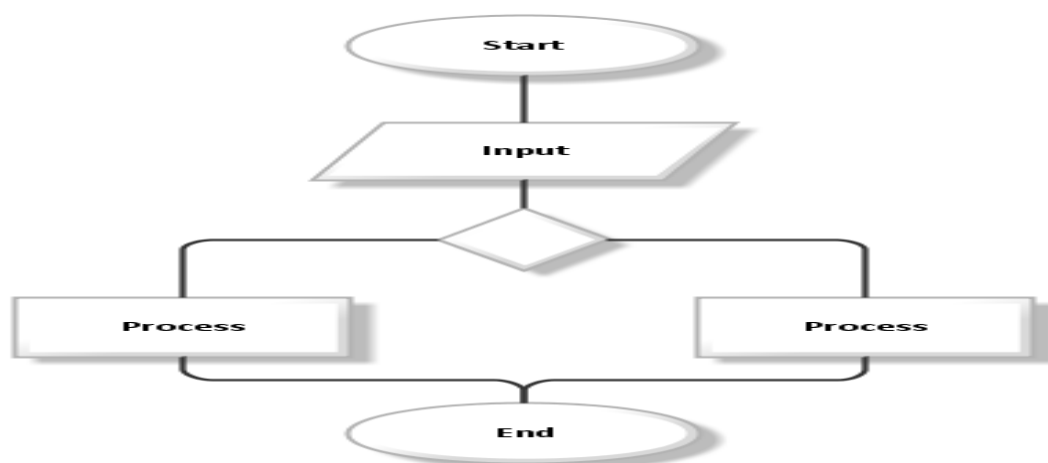
Το διάγραμμα ροής απεικονίζει έναν αλγόριθμο ή και μία σειρά ενεργειών παρουσιάζοντας τα στάδια μέσω σχημάτων τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με βέλη απεικονίζοντας τις διάφορες μορφές λειτουργίας. Τα σχήματα αναπαριστούν τα

δεδομένα του προβλήματος και τα βέλη δείχνου τη ροή των δεδομένων. (Τσιότρας Γ. 2002).

Με τη διαδικασία αυτή παρουσιάζεται μία σειρά ενεργειών η οποία οδηγεί στην επίλυση ενός προβλήματος. Η αποτύπωση οφείλει να γίνεται με σαφή τρόπο ώστε μέσω των βημάτων να παρουσιάζεται η δομή και ο δρόμος που ακολουθείται για την λύση. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που θέλουμε να βελτιώσουμε μία διαδικασία, στην απεικόνιση της και τέλος στο σχεδιασμό ενός έργου. Η διαδικασία προϋποθέτει μία σειρά σχετικών απλών «βημάτων»:

- Κατάλογος σταδίων από το πρώτο έως το τελευταίο
- Οριοθετείται η διαδικασία (έναρξη θέσης και περάτωση- τέλος -)
- Υπολογισμός χρόνου για ολοκλήρωση κάθε σταδίου
- Αποτύπωση ενεργειών
- Σειρά υλοποίησης των ενεργειών
- Σύνδεση των ενεργειών με βέλη τα οποία δείχνουν ροή διαδικασίας
- Συμπληρωματικά δεδομένα τα οποία προστίθενται εφόσον απαιτούνται
- Προσαρμογή των δεδομένων σε τροποποιημένο διάγραμμα
- Παρουσίαση τελικού διαγράμματος.

Με τη χρήση του διαγράμματος ροής υπάρχει κατανόηση της διαδικασίας, παρουσίαση – εκπαίδευση από την αρχή έως και την ολοκλήρωση των σταδίων και τέλος η επικοινωνία όλων των εμπλεκόμενων μερών γίνεται αποτελεσματικότερη. (Evans J.R. & Lindsay W. 2005)



Σχήμα 3 Διάγραμμα Ροής (flowchart)

Το διάγραμμα ροής απεικονίζει έναν αλγόριθμο ή και μία σειρά ενεργειών παρουσιάζοντας τα στάδια μέσω σχημάτων τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με βέλη απεικονίζοντας τις διάφορες μορφές λειτουργίας . Τα σχήματα αναπαριστούν τα δεδομένα του προβλήματος και τα βέλη δείχνουν τη ροή των δεδομένων. (Τσιότρας Γ. 2002).

Με τη διαδικασία αυτή παρουσιάζεται μία σειρά ενεργειών η οποία οδηγεί στην επίλυση ενός προβλήματος. Η αποτύπωση οφείλει να γίνεται με σαφή τρόπο ώστε μέσω των βημάτων να παρουσιάζεται η δομή και ο δρόμος που ακολουθείται για την λύση. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που θέλουμε να βελτιώσουμε μία διαδικασία, στην απεικόνιση της και τέλος στο σχεδιασμό ενός έργου. Η διαδικασία προϋποθέτει μία σειρά σχετικών απλών «βημάτων»:

- Κατάλογος σταδίων από το πρώτο έως το τελευταίο
- Οριοθετείται η διαδικασία (έναρξη θέσης και περάτωση- τέλος -)
- Υπολογισμός χρόνου για ολοκλήρωση κάθε σταδίου
- Αποτύπωση ενεργειών
- Σειρά υλοποίησης των ενεργειών
- Σύνδεση των ενεργειών με βέλη τα οποία δείχνουν ροή διαδικασίας
- Συμπληρωματικά δεδομένα τα οποία προστίθενται εφόσον απαιτούνται
- Προσαρμογή των δεδομένων σε τροποποιημένο διάγραμμα
- Παρουσίαση τελικού διαγράμματος.

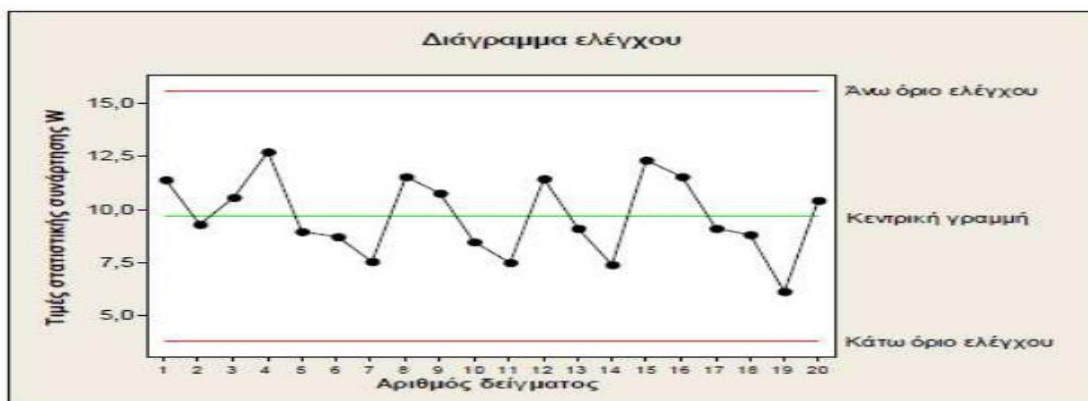
Με τη χρήση του διαγράμματος ροής υπάρχει κατανόηση της διαδικασίας, παρουσίαση – εκπαίδευση από την αρχή έως και την ολοκλήρωση των σταδίων και τέλος η επικοινωνία όλων των εμπλεκόμενων μερών γίνεται αποτελεσματικότερη. (Evans J.R. & Lindsay W.2005).

2.2.4.Διάγραμμα ελέγχου (Control Chart)

Τα διαγράμματα ελέγχου ποιότητας χρησιμοποιούνται για τη γραφική απεικόνιση των τιμών που καταγράφονται σε τακτικούς ελέγχους. Το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι παρουσιάζουν το αποδεκτό εύρος απόκλισης και τη μεταβλητότητα

μιας διαδικασίας στη διάρκεια του χρόνου . Βασίζονται στην κανονικότητα των δεδομένων και δείχνοντας ανώτατα και κατώτατα όρια ελέγχου. Τα όρια του εύρους στο διάγραμμα καθορίζονται από δύο παράλληλες ευθείες οι οποίες είναι τα «άνω» και τα «κάτω» όρια ελέγχου ενώ υπάρχει και μία κεντρική γραμμή η οποία παριστάνει τη μέση τιμή των τιμών της ποιότητας που εξετάζεται.

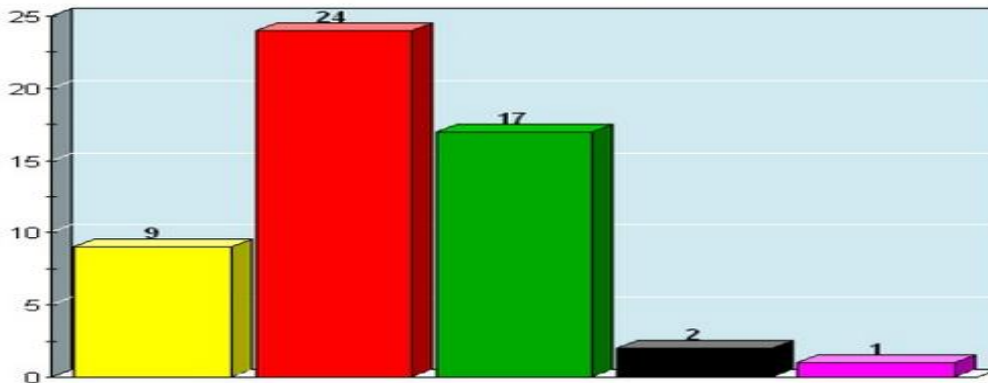
Όσο οι τιμές που εμφανίζονται είναι εντός των ορίων ελέγχου δε χρειάζεται διορθωτική ενέργεια , διαφορετικά αν οι τιμές ξεφεύγουν από τα όρια τότε πρέπει να γίνει έλεγχος ώστε να ερευνηθεί το αίτιο που ευθύνεται για την απόκλιση ελέγχου , για να εντοπίσουμε και να διορθώσουμε αυτές τις αποκλίσεις, σε στατιστικούς ελέγχους, σε ανάλυση διακύμανσης εξαιτίας απρόβλεπτων ή προβλεπόμενων αιτιών και τέλος στις περιπτώσεις εκείνες που καθορίζουμε πότε το πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη και στις αλλαγές των διαδικασιών. (Τσιότρας Γ. 2002, Wayne D., Terrell J.C.1994).



Σχήμα 4 Διάγραμμα ελέγχου(Control Chart)

2.2.5.Ιστόγραμμα (Histogram)

Το ιστόγραμμα θεωρείται η κλασσική αναπαράσταση της κατανομής συχνότητας. Η κατανομή γίνεται με στήλες (ιστοί) οι οποίες αντιστοιχούν σε συχνότητες αξιών. (Τσιότρας, 2002) Αναγνωρίζουμε την κατανομή και τη διασπορά των τιμών. Η απεικόνιση των μετρούμενων αξιών δείχνει το εύρος κατανομής τους και τις θέσεις τους. Με τον τρόπο αυτό εντοπίζουμε εύκολα τις τάσεις που επικρατούν.

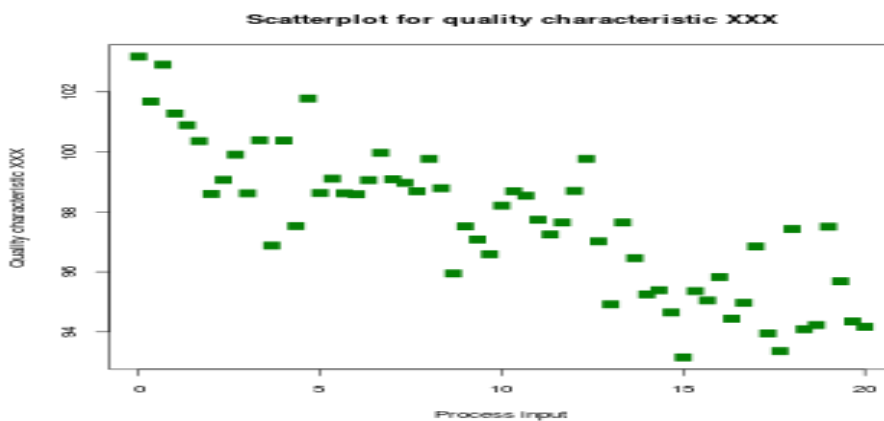


Σχήμα 5 Ιστόγραμμα (Histogram)

2.2.6. Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram)

Το διάγραμμα διασποράς χρησιμοποιείται για να απεικονίσει τις σχέσεις μεταξύ δύο μεταβλητών. Οι δύο μεταβλητές παρουσιάζονται στον οριζόντιο και στον κάθετο άξονα του διαγράμματος . Όταν η αύξηση στην τιμή μιας μεταβλητής συνοδεύεται με αύξηση στην τιμή της άλλης τότε η σχέση είναι ανάλογη και τα σημεία ακολουθούν την πορεία της καμπύλης, σε διαφορετική περίπτωση η σχέση είναι αντίστροφη.

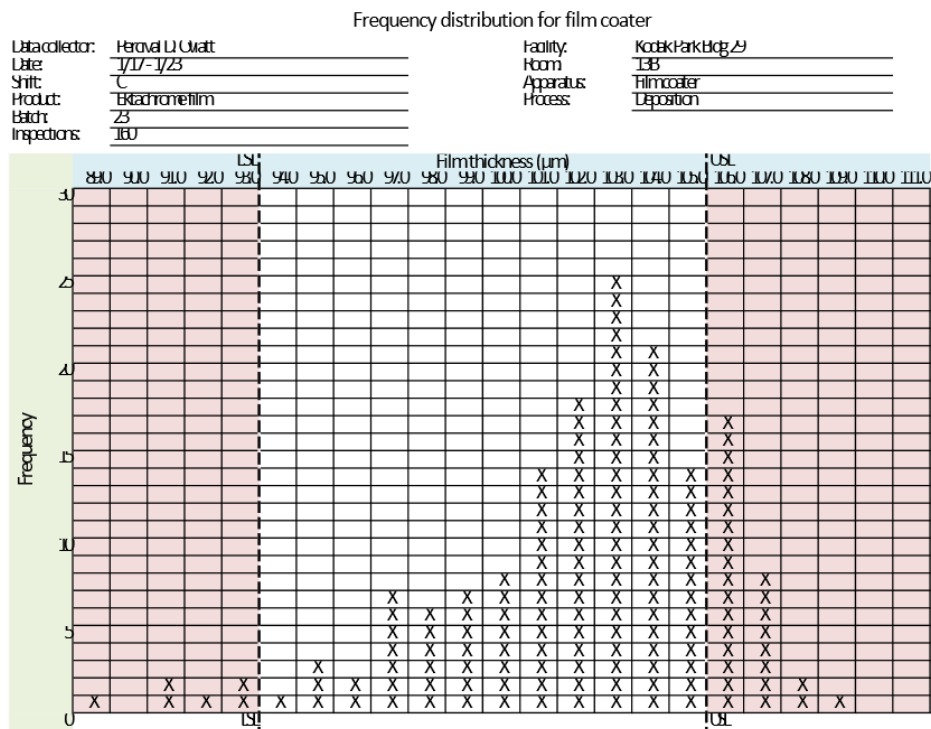
Χρησιμοποιείται για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος. Αν διαπιστώσουμε υψηλή συσχέτιση τότε επηρεάζοντας την τιμή της μιας μεταβλητής θα επηρεάσουμε ταυτόχρονα και τη τιμή της άλλης. (Evans J.R. & Lindsay W. 2005).



Σχήμα 6 Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram)

2.2.7. Φύλλο ελέγχου (Check Sheet)

Πρόκειται για έντυπη αποτύπωση συλλογής δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, στην ακριβή θέση όπου τα δεδομένα δημιουργούνται. Οι πληροφορίες που συλλέγονται καταγραφικά αποτελούν ποιοτικά ή ποσοτικά πορίσματα. (John R. Schultz, 2006).



Σχήμα 7 Φύλλο ελέγχου (Check Sheet)

Ακριβώς όπως τα εργαλεία και οι τεχνικές διαχείρισης της ποιότητας έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία στον τομέα της μεταποίησης και των βιομηχανικών υπηρεσιών, έχουν επίσης προσαρμοστεί και στην υγειονομική περίθαλψη (Calabrese & Corbo, 2015). Ο Al-Dhaafri και οι συνεργάτες του (2016) πρότειναν ότι τα εργαλεία ποιότητας μπορούν να προσφέρουν λειτουργικά οφέλη, όπως βελτίωση της

ποιότητας και μείωση του κόστους ή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, τα οποία συνδέονται όλα με την επιθυμία να βελτιωθούν οι υπηρεσίες της επιχείρησης.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο σύγχρονα εργαλεία και τεχνικές διαχείρισης, όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ανασχεδιασμός(Business Process Reengineering) διαδικασιών, που επιφέρει ριζικές βελτιώσεις, συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking),- υιοθέτηση λειτουργιών από άλλους οργανισμούς που έχουν επιδείξει έργο , διαχείριση αλυσίδας εφοδιασμού και τα Six Sigma για να ικανοποιήσουν τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς πελάτες (Dey & Hariharan, 2006). Επιπλέον, ο κύκλος PDCA (Plan-Do-Check-Act) του Deming, η αναθεώρηση και η διαχείριση της χρήσης έχουν προταθεί για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών από ερευνητές όπως οι Calabrese και Corbo (2015). Οι Calabrese και Corbo (2015) πρότειναν ότι αν και διάφορα προγράμματα βελτίωσης των επιδόσεων συμβάλλουν στη βελτίωση των επιδόσεων και της ποιότητας των υπηρεσιών, η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από το πόσο αποτελεσματικά μπορούν να ενσωματωθούν στις οργανωτικές στρατηγικές και τις πρακτικές διαχείρισης έργων ενός οργανισμού.

Επίσης, το μοντέλο Six Sigma εισήχθη στη νοσοκομειακή περίθαλψη με σκοπό τη βελτίωση της διαχείρισης της θνησιμότητας και της νοσηρότητας (Barry & Smith, 2005). Για παράδειγμα, το μοντέλο Six Sigma τέθηκε σε νοσοκομειακές μονάδες της Ολλανδίας προσφέροντας μια σειρά τεχνικών διαχείρισης της ποιότητας που θα μπορούσαν να λύσουν τα προβλήματα του νοσοκομείου, αλλά ορισμένες από τις έννοιές του έπρεπε να προσαρμοστούν, ώστε να εφαρμόζονται καλύτερα στην τοπική διάταξη της υγειονομικής περίθαλψης (Van den Heuvel & Bisgaard. 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πρότυπα «ISO»

3.1.Πρότυπα «ISO»

Η λέξη «ISO» προέρχεται από τα αρχικά του Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης - International Organization for Standardization – είναι όμως μία Ελληνική λέξη η οποία δηλώνει ότι οι επιχειρήσεις και οργανισμοί θεωρούνται ισότιμοι ως προς την παροχή της ποιότητας. Η χρησιμοποίηση είναι παγκόσμια.

Ο μεγαλύτερος διεθνής οργανισμός τυποποίησης ιδρύθηκε το 1947 και αναπτύσσει πρότυπα για πολλούς βιομηχανικούς τομείς και ως μέλη έχει σήμερα 163 εθνικούς οργανισμούς τυποποίησης με βάση την οικονομική κατάσταση κάθε ιδρύματος. Πολλά μέλη ανήκουν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα και άλλα ενώ ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα εποπτεύονται από κρατικές αρχές.

Στα τέλη της δεκαετίας του 70 το Βρετανικό Ινστιτούτο Τυποποίησης δημιούργησε το πρώτο πρότυπο διασφάλισης της διοίκησης ποιότητας στον κόσμο το BS 5750. Η Μεγάλη Βρετανία κατέχει την πρώτη θέση σε αριθμό εταιριών που έχουν πλέον το ISO 9000. Η εξάπλωση επιταχύνθηκε το 1987 όταν με Ευρωπαϊκή οδηγία ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Προτύπων έπρεπε να υιοθετήσει το ISO 9000 ως πρότυπο διασφάλισης ποιότητας για την ενοποίηση της αγοράς στην τότε Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

Πρότυπο είναι ένα έγγραφο το οποίο περιλαμβάνει οδηγίες, απαιτήσεις και χαρακτηριστικά σύμφωνα με τα οποία διασφαλίζεται έπειτα από τη συνεπή χρήση ότι μία διαδικασία, ένα προϊόν, μία υπηρεσία ή και οι εισροές σε μία επιχείρηση εξυπηρετούν τους σκοπούς για τους οποίους έχουν παραχθεί.

Τα πρότυπα αναφορικά με την διοίκηση ποιότητας διασφαλίζουν ότι κάποια από τα χαρακτηριστικά των διοικητικών πρακτικών μπορούν να τυποποιηθούν, ώστε ένα σχεδιασμένο σύστημα ποιότητας να εξασφαλίζει εκροές που θα ικανοποιούν τις

απαιτήσεις των πελατών Οι επιχειρήσεις που ολοκληρώνουν τη διαδικασία και πιστοποιούνται αποκτούν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι του ανταγωνισμού. (Singels J., Ruel & Van de Water .2001, Evans J. R. & Lindsay W. M. 2007).

Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των προϊόντων και υπηρεσιών του βιομηχανικού και ευρύτερα του επιχειρηματικού τομέα προσαρμόζεται στα διεθνή πρότυπα και επιτυγχάνεται κοινή αποδοχή των τυποποιήσεων μέσα από συμφωνίες με εθνικές αντιπροσωπείες οι οποίες περιλαμβάνουν όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη.

Η εταιρία η οποία έχει πιστοποιηθεί με σύστημα ISO έχει αντίστοιχη ποιότητα με άλλες εταιρίες οι οποίες έχουν πιστοποιηθεί με βάση το ίδιο πρότυπο. Σε πολλές συμβατικές συμφωνίες το ISO αποτελεί συμβατική υποχρέωση για άσκηση υποχρεωτικής δραστηριότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

3.2.Στόχοι των Προτύπων «ISO»

Τα πρότυπα «ISO» έχουν τους κάτωθι στόχους:

- 1) Σύμφωνα με τις εκάστοτε απαιτήσεις να πετύχουν, να διατηρήσουν και να βελτιώσουν την ποιότητα των προϊόντων και υπηρεσιών
- 2) Με γνώμονα τη κάλυψη των αναγκών πελατών και τρίτων να βελτιώσουν την ποιότητα των λειτουργιών.
- 3) Να δημιουργήσουν κλίμα εμπιστοσύνης στο προσωπικό και στη διοικητική ομάδα διασφαλίζοντας ότι οι στόχοι ποιότητας που έχουν τεθεί επιτυγχάνονται και συνεχίζονται οι προσπάθειες για βελτιώσεις
- 4) Να δημιουργήσουν κλίμα εμπιστοσύνης προς τους καταναλωτές πελάτες και προς όλες τις ομάδες συμφερόντων ότι τα παραγόμενα προϊόντα και οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι σύμφωνα με τις απαιτήσεις ποιότητας.
- 5) Να παρέχουν εμπιστοσύνη ως προς την κάλυψη των απαιτήσεων του συστήματος ποιότητας. (Χυτήρης Α.Σ. & Άννινος Α.Ν. 2015).

3.3.Κατηγορίες Προτύπων

Τα πρότυπα ISO 9000 αποτελούν ένα σύνολο από έγγραφα με τα οποία αν εφαρμοστούν στην πράξη πετυχαίνεται η εναρμόνιση των εθνικών και διεθνών προτύπων ποιότητας τα οποία υπήρχαν σε διάφορες χώρες και εφαρμόζαν οι τοπικές επιχειρήσεις. Περιλαμβάνουν έναν ελάχιστο αριθμό απαιτήσεων που πρέπει να τηρεί μία επιχείρηση για να διασφαλίσει διεθνών την ποιότητα εργασιών, παραγόμενων προϊόντων και προσφερόμενων υπηρεσιών. Δεν αναφέρονται σε ένα βιομηχανικό κλάδο ή σε ένα προϊόν – υπηρεσία. (Zhu Z.&Scheuermann L.1999).

Τα πρότυπα ISO 9000 δε μπορούν να εφαρμοστούν με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις επιχειρήσεις – οργανισμούς. Παρουσιάζουν τα απαραίτητα στοιχεία ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας χωρίς να συστήνουν τον τρόπο εφαρμογής τους. Κάθε επιχείρηση ερευνά και σχεδιάζει το σύστημα το οποίο ταιριάζει στις ανάγκες της με γνώμονα τις απαιτήσεις του προτύπου. (Tsiotras G. Gotzamani K. (1996).

Αξίζει να διευκρινισθεί ότι η πιστοποίηση με ISO 9000 δε διασφαλίζει από μόνη της την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και προσφερόμενων υπηρεσιών, διασφαλίζει, όμως ότι οι διεργασίες της επιχείρησης γίνονται σύμφωνα με συγκεκριμένες διαδικασίες. (Lamprecht, James L. 1947, Marcel Dekker. 1992).

Δεν είναι δόκιμο να θεωρούμε πως τα προϊόντα μιας επιχείρησης η οποία είναι πιστοποιημένη με ISO 9000 είναι ποιοτικώς καλύτερα από προϊόντα μιας ανταγωνιστικής επιχείρησης η οποία όμως δεν έχει πιστοποίηση. Τα προϊόντα της πιστοποιημένης επιχείρησης έχουν σταθερή ποιότητα πράγμα που ενδεχομένως μπορεί να μην έχουν τα προϊόντα της ανταγωνίστριας επιχείρησης. (Sarah T. Meegan, W. Andrew Taylor. (1997).

Στον τομέα υγείας το πρότυπο ISO 9000:2000 εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο. Παρόλα αυτά απέχει από την εφαρμογή σε άλλους κλάδους. (Sweeney J & Heaton C.2000).

Σε μία επιχείρηση ή σε έναν οργανισμό οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις διαδικασίες είναι γνωστή ως προσέγγιση διαδικασιών. Στις υπηρεσίες υγείας μέχρι τα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας είχαν αναπτυχθεί δύο πρωτοβουλίες για την εφαρμογή του ISO 9000, η μία από το ISO και η άλλη από το CEN (European Committee for Normalization)

Στον Ευρωπαϊκό Τομέα Υγείας το 2002 αναπτύχθηκε τεχνική οδηγία για την εφαρμογή των ISO 9000:2000 και ISO 9004:2000. Αποτέλεσε τον οδηγό για τη χρήση του ISO 9001:2000 για τις υπηρεσίες παροχής υγείας στη διοίκηση ποιότητας κλινικών που στόχευαν στη βελτίωση ποιότητας.(Ulises Ruiz & Jose Simon. 2004).

Ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) έχει «υιοθετήσει» τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 με την ονομασία ΕΛΟΤ EN ISO 9000. Περιλαμβάνουν μία σειρά από προδιαγραφές – απαιτήσεις των οποίων η ικανοποίηση πιστοποιείται από διαπιστευμένο φορέα όπως είναι ο ΕΛΟΤ. Για τους πελάτες των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας η εφαρμογή και πιστοποίηση ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι δέσμευση ότι θα λάβουν σταθερές και συμφωνημένες υπηρεσίες επιπέδου.

ISO 9001: Θέτει τις απαιτήσεις για ένα σύστημα διοίκησης ποιότητας σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις –οι οποίες αποτελούν την πλειονότητα τουλάχιστον στον Ελλαδικό χώρο – οι οποίες επιδιώκουν να διασφαλίζουν ότι τα προϊόντα και οι προσφερόμενες υπηρεσίες, αφενός ικανοποιούν τις απαιτήσεις των πελατών, αφετέρου ότι η ποιότητα είναι σε συνεχή βελτίωση. Στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές που είναι η πελατο-κεντρική προσέγγιση σύμφωνα με την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών, η κατεύθυνση που παρέχεται από τη διοικητική ομάδα, η συμμετοχή του ανθρώπινου κεφαλαίου, οι διαδικασίες, η φιλοσοφία για διαρκή βελτίωση και τέλος η διαχείριση των σχέσεων. (Χυτήρης Λ.Σ. & Αννινος Λ.Ν. 2015).

Το πρότυπο διαχείρισης ποιότητας ISO 9000:2015 αντικατέστησε το ISO 9001:2008. Διασφαλίστηκε ότι το πρότυπο καθιστά τις επιχειρήσεις ανταγωνιστικές σε συνδυασμό με τις συνεχιζόμενες αλλαγές στις προτιμήσεις των καταναλωτών εξαιτίας της ευκολίας στην πληροφόρηση. Το νέο πρότυπο έχει διαφοροποιηθεί στη δομή υιοθετώντας έννοιες υψηλού επιπέδου για τις ενδιαφερόμενες ομάδες ανθρώπων, τις απειλές και τις ευκαιρίες του περιβάλλοντος , την εξαγωγή των αποφάσεων οι οποίες βασίζονται στις εκτιμήσεις του κινδύνου, και σε επικαιροποίηση εννοιών όπως είναι η αποτελεσματικότητα , η παραγωγή , τα συστήματα πληροφοριών και η ανατροφοδότηση. (ASQ Knowledge Center. 2015). Αφορά πιστοποίηση συνθηκών παραγωγής και εγκατάστασης σε περιπτώσεις σχεδιασμού ή και προδιαγραφών της επιχείρησης ή της συμβατικής υποχρέωσης

μεταξύ πελάτη και επιχείρησης. Αναλύει τις διαδικασίες στην εγκατάσταση της επιχείρησης και στην παραγωγική της δραστηριότητα.

ISO 9003: Αφορά τις απαιτήσεις επιθεώρησης και της δοκιμές του τελικού προϊόντος. Βασίζεται στις συμβατικές υποχρεώσεις προμηθευτή και πελάτη Η ποιότητα του προϊόντος είναι ευθύνη του προμηθευτή.

ISO 9004: Το πρότυπο ISO 9004 περιλαμβάνει στοιχεία συστήματος ποιότητας για το σχεδιασμό και την εφαρμογή του συστήματος ποιότητας. Είναι μία ακολουθία οδηγιών ώστε να επιλεγεί τα κατάλληλο πρότυπο που αντιστοιχεί στις ανάγκες. Περιέχονται λεπτομέρειες για τις διοικητικές ευθύνες, για το σχεδιασμό, τις προμήθειες, την παραγωγή, το marketing, τις διαδικασίες μέτρησης, τον έλεγχο υλικών, τη χρήση στατιστικών μεθόδων, την ασφάλεια και τις διαδικασίες που αφορούν την εξυπηρέτηση των πελατών. Το ISO 9004 μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ανεξάρτητα ως χάρτης οδηγιών για τη γενική οργάνωση οργανισμών επειδή παρέχει οδηγίες και όχι πιστοποιήσιμες απαιτήσεις. (Παπανικολάου Β. 2007).

ISO 14000: Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό προσδιορίζονται οι απαιτήσεις για ένα σύστημα περιβαλλοντικής διαχείρισης ώστε οι πολιτικές του οργανισμού να είναι σύμφωνες με τις απαιτήσεις της νομοθεσίας σχετικά με το περιβάλλον Το πρότυπο χρησιμοποιείται από οργανισμούς οι οποίοι είναι συμμορφωμένοι και φιλικόι απέναντι με τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Το ανθρώπινο δυναμικό και το σύνολο των δραστηριοτήτων του οργανισμού συνεργάζονται με φιλική περιβαλλοντική προσέγγιση με γνώμονα τη συμμόρφωση στην κείμενη νομοθεσία.(Yousaf M. and Khajehalijani M. 2011).

Το πρότυπο αυτό αφορά εταιρικές περιβαλλοντικές λειτουργίες με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξαλειφθεί η έκθεση σε ευθύνες αναφορικά με το περιβάλλον μέσω κανονιστικών προδιαγραφών σε ανεκτά όρια ρύπανσης αφενός αφετέρου λειτουργεί αποτρεπτικά σε περιπτώσεις κυρώσεων από το Κράτος όπως αρχικά πρόστιμα και στη συνέχεια παύση εργασιών για κάποιο διάστημα. Η καθιέρωση επομένως μιας περιβαλλοντικής πολιτικής μέσω ISO 14000 με πρόληψη ρύπανσης και συμμόρφωση με τις νομοθετικές απαιτήσεις για την παραγωγή προϊόντων, υπηρεσιών και γενικά των δραστηριοτήτων του Οργανισμού καθιστά τον Οργανισμό ενεργό και βιώσιμο.(Halle M. 2008).

Το ISO 14001 είναι το διεθνές πρότυπο της σειράς ISO 14000 το οποίο εκδόθηκε αρχικά το 1996 και το 2004 εφαρμόστηκε η νέα έκδοση. Καθορίζει τις απαιτήσεις για ένα σύστημα περιβαλλοντικής διαχείρισης και βελτιώνει τις περιβαλλοντικές επιδόσεις των οργανισμών μέσω αποτελεσματικής χρήσης διαθέσιμων πόρων. Τα απόβλητα μειώνονται, τα υπόλοιπα συλλέγονται, αποθηκεύονται με συγκεκριμένους τρόπους και επεξεργάζονται με συγκεκριμένη διαδικασία ή δίνονται προς επεξεργασία σε ειδικές επιχειρήσεις. Καταφέρνει ο Οργανισμός να υπερτερεί έναντι άλλων και να απολαμβάνει εμπιστοσύνης επενδυτών και πιστωτών. Οι οργανισμοί – επιχειρήσεις εφαρμόζουν το ISO 14000 και με αυτό τον τρόπο πιστοποιούνται για τη συμμόρφωση των τρεχουσών και των μελλοντικών απαιτήσεων, βελτιώνουν τη φήμη έναντι τρίτων, στη θέσπιση των στόχων ενσωματώνονται περιβαλλοντικά ζητήματα και υιοθετείται η φιλοσοφία της φιλικής θέσης της επιχείρησης προς το περιβάλλον από διοίκηση και εργαζόμενους (Aravind D & Christmann P. 2011).

Το πρότυπο OHSAS 18000 & 18001 (Occupational Safety & Health Management System)18000 αναπτύχθηκε από το Βρετανικό Ίδρυμα Προτύπων (BSI) και περιλαμβάνει μία σειρά από πρότυπα όπως το OHSAS 18001:1999 που αφορά επαγγελματικά και διοικητικά συστήματα και προδιαγραφές ασφαλείας , το OHSAS 18002:2000 για διοικητικές και επαγγελματικές οδηγίες ασφαλείας.

Αναλυτικότερα το OHSAS 18001 αφορά ένα σύνολο οδηγιών για μείωση κινδύνων και προσωπικών ατυχημάτων κατά τη διάρκεια λειτουργίας ενός οργανισμού , τη συμμόρφωση με εθνικές και διεθνείς διατάξεις για και κανονισμούς ασφαλείας εργαζομένων , τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των εργαζομένων από το περιβάλλον εργασίας τους και τέλος τον τρόπο εισαγωγής των νεοπροσλαμβανομένων – νεοδιορισμένων εργαζομένων. Το πρότυπο συνοδεύεται με οδηγίες για την εφαρμογή του και είναι συμβατό με το ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 με ενδιαφέρον στον κλάδο υγείας επειδή ο επαγγελματικός κίνδυνος είναι αυξημένος εξαιτίας της ιδιαιτερότητας, ευαισθησίας και δυσκολίας των προσφερόμενων υπηρεσιών. (Βελονάκης Ε.& Τσαλίκου Φ.2005).

Σκοπός της εφαρμογής ενός συστήματος υγείας και ασφαλείας των εργαζομένων είναι η προστασία των εργαζομένων και των ασθενών και επισκεπτών που βρίσκονται στις εγκαταστάσεις ενός νοσοκομείου και μιας κλινικής. Ο Διοικητής

ενός νοσοκομείου είναι ο υπεύθυνος της εφαρμογής του συστήματος ενώ προβλέπεται συγκρότηση επιτροπής υγείας και ασφάλειας .

Τα βασικά προγράμματα διαχείρισης υγιεινής και ασφάλειας αφορούν γενικό κανονισμό ασφάλειας , μέτρα ελέγχου και διόρθωση αποκλίσεων, παρακολούθηση υγείας των εργαζομένων (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό), ασφαλή χρήση χημικών, και ανταπόκριση σε καταστάσεις κρίσεων. (Βελονάκης Ε.& Τσαλίκογλου Φ.2005).

3.4.Σύστημα Ποιότητας “ISO” στις Υπηρεσίες Υγείας

Τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από τον τύπο του ιδρύματος υγείας , τις οργανωτικές τους δομές και το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται. Οι βασικές αρχές είναι οι ίδιες επειδή το ISO 9000:2000 λειτουργεί ως κοινός τόπος διαφορετικών εθνικών προσεγγίσεων.

Τα τμήματα τα οποία καλύπτονται από το σύστημα ποιότητας είναι οι υποδομές ενός οργανισμού περιβάλλον , οι εγκαταστάσεις (facilities), το ανθρώπινο κεφάλαιο με την τεχνογνωσία, οι μέθοδοι και τεχνικές που εφαρμόζονται σε κλινικές – εργαστήρια, η διατμηματική αντιμετώπιση περιστατικών, και οι δείκτες οι οποίοι αφορούν μετρήσεις αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. (Κυριόπουλου Γ.Λιονή Χ.Σουλιώτη Κ.2003).

3.5. «ISO» στην Υγεία: Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα

Τα πλεονεκτήματα ενός οργανισμού υγείας από την εφαρμογή του προτύπου ISO είναι τα ακόλουθα:

1. Βελτιώνει τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας
2. Αυξάνει την παραγωγικότητα με ταυτόχρονη μείωση λειτουργικών εξόδων
3. Μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων
4. Ο βαθμός ικανοποίησης ασθενών – πελατών είναι υψηλότερος
5. Σαφήνεια στις μεθόδους εργασίας

6. Έρευνα και αξιοποίηση ευκαιριών
7. Βελτίωση συνθηκών εργασίας
8. Συμμόρφωση στην κείμενη νομοθεσία
9. Βελτίωση θέσης στην αγορά

Τα μειονεκτήματα του ISO:

1. Θεωρείται για πολλούς σειρά από γραφειοκρατικές διαδικασίες
2. Απαιτείται χρόνος εκμάθησης και υιοθέτησης των τεχνικών
3. Προσθέτει επιπλέον εργασίες
4. Υψηλό κόστος υλοποίησης
5. Μεταβάλλει – διαφοροποιεί τις θέσεις εργασίας (Βασταρδή Μ.2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

«Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Ανθρώπινο Δυναμικό»

4.1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Ικανοποίηση αναγκών εσωτερικών πελατών

Η βασική αρχή της φιλοσοφίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας για οποιαδήποτε επιχείρηση είναι να ικανοποιήσει τον πελάτη και τον προμηθευτή και να βελτιώνει συνεχώς τις επιχειρηματικές διαδικασίες (Reed, Lemak & Mero, 2000). Οι ερευνητές Kruger (2001), Virmani (2002), Scott (2005) και Frederick (2010) ανέφεραν πέντε βασικά στοιχεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας που μπορούν να μεταφερθούν σε οποιοδήποτε επιχειρηματικό περιβάλλον. Αυτά τα στοιχεία είναι η ικανοποίηση των πελατών, η μείωση του κόστους, η ηγεσία και η διαχείριση, η κατάρτιση και η εκπαίδευση και ο οργανωτικός πολιτισμός / κουλτούρα.

Επιπλέον, αν και η φιλοσοφία καθενός από τους ειδικούς ποιότητας που αναφέρθηκαν προηγουμένως είναι διαφορετική, το έργο τους στο πεδίο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχει επηρεάσει με πολλούς τρόπους την λειτουργία των επιχειρήσεων. Η αξιολόγηση των εννοιών που παρουσιάζονται από τους ειδικούς της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας αποκαλύπτει ότι η ικανοποίηση των εσωτερικών πελατών και η μείωση του κόστους είναι δύο εφικτά στοιχεία. Περαιτέρω, μπορούμε να πούμε ότι αυτά τα στοιχεία είναι εφικτά μέσω των ακόλουθων διαδικασιών:

Ηγεσία, εκπαίδευση και κατάρτιση, ομαδική εργασία, αλλαγή οργανωτικής καλλιέργειας, Ανάπτυξη / υποστήριξη των εργαζομένων, και εφαρμογή των εργαλείων ποιότητας.

Τα στοιχεία που αναφέρονται παραπάνω συζητούνται στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας στις επόμενες ενότητες.

4.1.1. Ηγεσία

Στην έρευνα για τη Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχει εντοπιστεί σταθερά μια ισχυρή σχέση μεταξύ της επιτυχούς εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και της ηγεσίας (Fu et al., 2015; Khanam, Siddiqui & Talib, 2016). Γενικότερα, έχει υποστηριχθεί πως η ικανότητα της ανώτατης διοίκησης να δημιουργήσει ένα όραμα

και να προωθήσει την αλλαγή για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών βρίσκεται στο επίκεντρο της επιτυχημένης εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Ειδικότερα, στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, οι ηγέτες πρέπει να κατανοήσουν τα στοιχεία που μπορούν και δεν μπορούν να αλλάξουν λόγω της φύσης της υπηρεσίας καθώς επίσης πρέπει να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον στο οποίο μπορεί να δοθεί στους υπαλλήλους η δυνατότητα να ενεργούν ανεξάρτητα και αλληλένδετα. Προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι η ενδυνάμωση / υποστήριξη των εργαζομένων αποτελεί σημαντικό στοιχείο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας για την ικανοποίηση και την συνεχή βελτίωσή τους (Khanam, Siddiqui & Talib, 2016). Οι Khanam, Siddiqui και Talib, (2016) πρότειναν επίσης ότι ένα βασικό συστατικό στοιχείο στην επίτευξη του οργανωτικού μετασχηματισμού είναι η δυνατότητα των εργαζομένων να εναρμονιστούν με την αλλαγή. Το επίπεδο εναρμόνισης μπορεί να είναι το πιο σημαντικό αποτέλεσμα της ευθύνης των εργαζομένων για προσωπική ανάπτυξη και ικανοποίηση.

Στο πλαίσιο των ΤΕΠ των νοσοκομειακών μονάδων, η ηγεσία αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Δύο μορφές ηγεσίας, η μετασχηματιστική ηγεσία και η συναλλακτική ηγεσία, παρουσιάζονται παρακάτω.

- **Μετασχηματιστική ηγεσία**

Στο μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας ο ηγέτης παρέχει μια αίσθηση αποστολής και είναι σε θέση να διατυπώσει ένα εμπνευσμένο όραμα μέσω του οποίου διαμορφώνει την οργανωτική εικόνα. Σύμφωνα με τους Khanam, Siddiqui και Talib (2016) και Psomas και Jaca (2016), οι μετασχηματιστικοί ηγέτες τοποθετούν τις ανάγκες των «οπαδών» τους ενώπιόν τους για να επιτύχουν υψηλότερο επίπεδο συνειδητοποίησης και να επιτρέψουν στον οργανισμό να επιτύχει ένα μεγαλύτερο στόχο. Το υψηλότερο επίπεδο ευαισθητοποίησης ενθαρρύνει τους «οπαδούς» να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα με νέους τρόπους, προωθώντας την αυξημένη μάθηση και την υψηλότερη ποιότητα. Σύμφωνα με τους Psomas και Jaca (2016) οι μετασχηματιστικοί ηγέτες πείθουν τους «οπαδούς» να προσπαθήσουν για κάτι μεγαλύτερο, γεγονός που οδηγεί σε υψηλότερα ποιοτικά αποτελέσματα.

- **Συναλλακτική ηγεσία**

Το επιχειρηματικό στυλ της ηγεσίας βασίζεται σε μια διαδικασία ανταλλαγής με την οποία οι «οπαδοί» επιβραβεύονται για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, την απόδοση ορισμένων υπηρεσιών ή την επίτευξη ενός ορισμένου επιπέδου απόδοσης (Sadikoglu & Olcay, 2014). Σύμφωνα με τους Bass, Avolio και Goodheim (1987), η ηγεσία των συναλλαγών μπορεί να γίνει αντιληπτή χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο δύο παραγόντων, παθητικό ή ενεργό. Η παθητική ηγεσία συναλλαγών, ή η διαχείριση κατά εξαίρεση, επιτρέπει την ύπαρξη status quo εφόσον λειτουργούν οι υφιστάμενοι τρόποι λειτουργίας. Αντίθετα, η ενεργή ηγεσία συναλλαγών περιλαμβάνει αλληλεπίδραση μεταξύ ηγέτη και «οπαδού» που δίνει έμφαση σε μια πιο δυναμική, θετική ανταλλαγή για παράδειγμα, να παρέχει τις κατάλληλες ανταμοιβές όταν οι «οπαδοί» εκπληρώνουν τους συμφωνημένους στόχους. Η έμφαση με την ενεργό ηγεσία των συναλλαγών είναι η επιβράβευση των «οπαδών» για την επίτευξη των αναμενόμενων επιδόσεων (Sadikoglu & Olcay, 2014). Μια τέτοια ηγεσία περιλαμβάνει την απόκτηση πληροφοριών για να καθορίσει ποιες είναι οι τρέχουσες ανάγκες των υφισταμένων, καθώς και να τους βοηθήσει να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των καθηκόντων και των ρόλων που έχουν ως αποτέλεσμα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτή η μορφή ηγεσίας παρακινεί τους «οπαδούς» να εργάζονται για υπερβατικούς στόχους και προκαλεί υψηλότερου επιπέδου ανάγκες για αυτορρύθμιση αντί για άμεσο συμφέρον. Το ενεργό ηγετικό στυλ συναλλαγών παρέχει υψηλή ικανοποίηση και οργανωτική αναγνώριση (Sadikoglu & Olcay, 2014).

Συνοπτικά, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες ενθαρρύνουν τους οπαδούς να εκτελούν τα μέγιστα επίπεδα. Επιτυγχάνουν τις μέγιστες επιδόσεις λόγω της ικανότητάς τους να εμπνέουν τους οπαδούς τους, να αυξάνουν τα κριτήρια επιτυχίας των οπαδών τους και να οδηγούν τους οπαδούς να σκέφτονται πέρα του συνηθισμένου αναζητώντας εναλλακτικές μεθόδους για την επίλυση προβλημάτων (Aquilani et al., 2017). Με τη σύνδεση των ατομικών αναγκών με αυτό που ο αρχηγός αναμένει να επιτύχει, καθώς και με τις ανταμοιβές που επιθυμούν οι οπαδοί, τα επίπεδα κινήτρων των οπαδών μπορούν να ενισχυθούν. Στο πλαίσιο της ποιότητας, η μετασχηματιστική ηγεσία θεωρείται πιο αποτελεσματική στην επίτευξη των υψηλών επιδόσεων που απαιτούνται από τα υψηλά επίπεδα ποιότητας (Bass, 1985). Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες επιχειρούν και επιτυγχάνουν την ευαισθητοποίηση των συναδέλφων, των υποκειμένων, των οπαδών, και των πελατών για μεγαλύτερη συνειδητοποίηση των

συνεπειών των ενεργειών τους (Aquilani et al., 2017). Αυτή η άνοδος της συνειδητοποίησης απαιτεί έναν ηγέτη με όραμα, αυτοπεποίθηση και εσωτερική δύναμη, και να υποστηρίζει επιτυχώς το προσωπικό. Το μετασχηματιστικό παράδειγμα ηγεσίας επικεντρώνεται περισσότερο στο τι επιτελεί ο ηγέτης παρά στα προσωπικά του χαρακτηριστικά. Σε ταραχώδη περιβάλλοντα, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματικοί επειδή αναζητούν νέους τρόπους εργασίας, αναζητούν ευκαιρίες ενάντια στον κίνδυνο, προτιμούν αποτελεσματικές απαντήσεις σε δύσκολες ερωτήσεις και είναι λιγότερο πιθανό να υποστηρίξουν το status quo (Aquilani et al., 2017). Ως εκ τούτου, μπορεί να αντιδράσουν αποτελεσματικά στις αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον ή να προβλέψουν τέτοιες αλλαγές και να δώσουν ένα όραμα για την ικανοποίηση του πελάτη.

Μερικές μελέτες δείχνουν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία έχει μια βαθιά, θετική επίδραση στις προσπάθειες για την ικανοποίηση των υποκειμένων (Aquilani et al., 2017). Ο Jimenez-Jimenez και οι συνεργάτες του (2015) υποστήριξαν ότι η διαχείριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχει καταστεί κύρια προτεραιότητα της δημόσιας πολιτικής, με τη μεγιστοποίηση της αξίας της από την μεγάλη δέσμευση πόρων και τη βελτίωση της ποιότητας της ίδιας της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, στην υγειονομική περίθαλψη, η ηγεσία πρέπει να προωθηθεί σε πολλούς τομείς όπως ο κλινικός, ο τεχνικός, ο διοικητικός, ο πολιτικός, ο εκπαιδευτικός, ο ερευνητικός και ο κανονιστικός τομέας. Η ίδια η γλώσσα της ποιότητας έχει προκαλέσει σύγχυση μεταξύ των μελών της υγειονομικής περίθαλψης, των ιατρών και των κλινικών, καθώς λίγοι έχουν γνώση όρων όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, η Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας ή η διαχείριση της ποιότητας.

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, τα τμήματα ΤΕΠ είναι από τη φύση τους ιεραρχικά με ισχυρούς διωπηρεσιακούς φραγμούς, στελεχωμένους από επαγγελματίες που είναι συνηθισμένοι να εργάζονται αυτόνομα αντί να εργάζονται συνδυαστικά με διοικητικούς υπαλλήλους κατά τη λήψη διοικητικών αποφάσεων. Αυτοί οι επαγγελματίες σχηματίζουν αυτό που μπορεί να χαρακτηριστεί ως επαγγελματική υποκουλτούρα, με την έννοια ότι μοιράζονται κοινά μια ξεχωριστή ιδεολογία και αναγνωρίσιμες πολιτιστικές μορφές ή πρακτικές που είναι εγγενείς στην κατοχή τους (Jung & Sosik. 2002, Zabada, Asubonteng & Munchus. 1998).

Μια σύγκριση των απόψεων διαφόρων συγγραφέων υποδηλώνει ότι ένα στυλ μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι πιο κατάλληλο για τα τμήματα ΤΕΠ στα νοσοκομεία, διότι όταν ένας ηγέτης αναγνωρίζει κάθε «οπαδό» ως άτομο με μεμονωμένες ανάγκες να αναπτυχθεί μέσα στον οργανισμό, η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί το συχνά αγχωτικό δημόσιο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι υπεύθυνοι πρέπει να έχουν τη δυνατότητα προσωπικής προσοχής και ευκαιριών μάθησης να αναπτύξουν υψηλότερα επίπεδα δυναμικού που θα έχουν θετικό αντίκτυπο στην οργάνωση. Επιπλέον, οι ηγέτες και οι οπαδοί πρέπει να ανταλλάσσουν ανοιχτά υψηλές προσδοκίες, δημιουργώντας ένα όραμα που απαιτεί υψηλότερα πρότυπα και οδηγεί σε καλύτερη φροντίδα των ασθενών.

4.1.2. Κατάρτιση και εκπαίδευση του Ανθρώπινου Δυναμικού

Η κατάρτιση και η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν ζωτικό μέρος κάθε συστήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η εκπαίδευση θεωρείται όχημα για την εφαρμογή και την ενίσχυση των ποιοτικών πρακτικών (Akgun et al., 2014). Οι μελετητές υποδεικνύουν ότι η εκπαίδευση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο οποιασδήποτε υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Deming, 1986; Juran, 1993; Akgun et al., 2014). Οι εργαζόμενοι πρέπει να λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση για να χρησιμοποιούν ποσοτικά εργαλεία και τεχνικές, να εργάζονται σε ομαδικό περιβάλλον, να βελτιώνουν τις επικοινωνιακές δεξιότητες και να συντονίζουν τις δραστηριότητες της επιχείρησης. Ως εκ τούτου, μία από τις βασικές έννοιες της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η συνεχής εκπαίδευση. Ο Oakland (1993) θεώρησε ότι η εκπαίδευση είναι το μοναδικό σημαντικό στοιχείο στην προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, ενώ ο Akgun et al. (2014) πρότεινε ότι η συνεχής εκπαίδευση συμβάλλει στη δημιουργία μιας κοινής γλώσσας σε όλη την επιχείρηση. Συνολικά, η βιβλιογραφική ανασκόπηση υποδηλώνει ότι η κατάρτιση αναγνωρίζεται ευρέως από τους ειδικούς της οργανωτικής ανάπτυξης ως σημαντικό στοιχείο στις επιτυχώς προγραμματισμένες προσπάθειες αλλαγής.

Η κατάρτιση και η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού είναι σημαντικές για την προετοιμασία μιας οργάνωσης για αλλαγή, για την πραγματοποίηση της ίδιας της αλλαγής και για τη θεσμοθέτηση της αλλαγής ως μόνιμου μέρους του οργανισμού. Η

σημασία της κατάρτισης στην επιτυχή εφαρμογή των προγραμμάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας αναγνωρίζεται επίσης ευρέως από συγγραφείς όπως οι Akgun et al. (2014) και Juran (1993), διότι η κατάρτιση παρέχει την ευκαιρία να ενημερώνονται οι εργαζόμενοι σχετικά με τους στόχους της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και παρέχει στους εργαζόμενους τις δεξιότητες και τις γνώσεις που απαιτούνται για την επίτευξη αυτών των στόχων. Η έλλειψη κατανόησης και κατάλληλης εκπαίδευσης μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων. Η κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί, επίσης να προσφέρει μια ευκαιρία για την ενδυνάμωση και την παρακίνηση των εργαζομένων, μειώνοντας την αντίσταση των εργαζομένων και αυξάνοντας τις πιθανότητες επιτυχίας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Επιπλέον, οι Mueller και Carter (2005) υποστήριξαν ότι η εκπαίδευση εν γένει είναι είτε πρακτική είτε συμπεριφορική. Σύμφωνα με τον Beckford (1998), η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα οχτώ στοιχεία.

- 1) Εισαγωγή νέων υπαλλήλων στις λειτουργίες της επιχείρησης.
- 2) Δεξιότητες χειρισμού ανθρώπων για τους επιβλέποντες που διαχειρίζονται παρόχους υπηρεσιών. Οι επόπτες πρέπει να είναι σε θέση να εκπαιδεύουν οι ίδιοι το προσωπικό και να συμβουλεύουν το προσωπικό τους, να επικοινωνούν, να μεταβιβάζουν, να παρακινούν και να θέτουν στόχους για το προσωπικό. Είναι, επίσης χρήσιμο να εκπαιδεύονται σε τεχνικές συνέντευξης.
- 3) Δεξιότητες ποιότητας για τους εποπτικούς φορείς. Οι υπεύθυνοι εποπτείας που διαχειρίζονται παρόχους υπηρεσιών πρέπει να γνωρίζουν πώς να παρέχουν οι ίδιοι μια ποιοτική υπηρεσία και πώς να χειρίζονται θετικά τους δυσαρεστημένους πελάτες.
- 4) Έννοια ποιότητας υπηρεσιών για διευθυντικά στελέχη και γενικότερα στελέχη. Αν η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια νέα εφαρμογή σε έναν οργανισμό, είναι πιθανό ότι οι διευθυντές και τα στελέχη δεν θα είναι εξοικειωμένοι με αυτό. Οι διευθυντές και τα στελέχη πρέπει να γνωρίζουν ποια είναι η έννοια της ποιότητας και της κουλτούρας των υπηρεσιών.
- 5) Προγράμματα ανάπτυξης της διαχείρισης. Ακόμη και αν οι διευθυντές και τα στελέχη είναι εξοικειωμένοι με την έννοια, μπορεί να δυσκολευτούν να

προσαρμόσουν ή να αλλάξουν τις καθιερωμένες εργασιακές πρακτικές ώστε να εναρμονιστούν με τη νέα εταιρική κουλτούρα. Ως εκ τούτου, πρέπει να μάθουν και να ασκήσουν τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να διαχειριστούν με επιτυχία το προσωπικό εντός της κουλτούρας ποιότητας υπηρεσιών.

- 6) Κατανόηση του οργανισμού. Ο καθένας μέσα στον οργανισμό πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί την επιχείρηση, τους σκοπούς και τα σχέδιά της, και την παρουσία της στην αγορά. Σημαντική είναι επίσης η μετάδοση των παραδόσεων, των αξιών και των κανόνων του οργανισμού και η επικοινωνία των στόχων και της κατεύθυνσης της εταιρείας στο μέλλον.
- 7) Τεχνική κατάρτιση. Εάν οι εργαζόμενοι αναπτύξουν νέες δεξιότητες πολύτιμες για την οργάνωση, θα πρέπει να ανταμειφθούν με κάποιο τρόπο.
- 8) Διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες για τους παρόχους υπηρεσιών. Οι πάροχοι υπηρεσιών θα πρέπει να λαμβάνουν συνεχή κατάρτιση, αλλά θα πρέπει επίσης να έχουν τη δυνατότητα να απευθύνονται στους προϊσταμένους τους προλαμβάνοντας πιθανά προβλήματα. Εκτός από την κατάρτιση που διατίθενται σε ολόκληρο τον οργανισμό, το εκπαιδευτικό προσωπικό ή η υπηρεσία θα πρέπει να παρακολουθεί τις εξελίξεις στον τομέα και να παρέχει πληροφορίες στους ενδιαφερόμενους.

4.1.3.Ομαδική εργασία

Η ομαδική εργασία έχει κεντρικό ρόλο στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Με βάση τη θεωρία παραδοχών X και Y του McGregor (McGregor, 1960), η ικανότητα λήψης αποφάσεων κατανέμεται ευρέως στον πληθυσμό, ανεξάρτητα από την οργανωτική τάξη. Σύμφωνα με τους Bishop και Scott (1997), η ομάδα προσφέρει έναν τέλειο μηχανισμό για την ικανοποίηση των αναγκών όλων των μελών και για την παροχή συνέργειας και αφοσίωσης. Ο Frederick (2010) εξέφρασε την άποψη ότι όλοι αποτελούν μέρος μιας ή περισσότερων ομάδων, είτε είναι προσανατολισμένοι στην παραγωγή, την υπηρεσία, είτε αποτελούν μέρος της δομής διαχείρισης του οργανισμού. Η απόδοση των ομάδων μέσα σε έναν οργανισμό είναι επομένως μια

σημαντική μεταβλητή στην απόδοση του οργανισμού στο σύνολό του. Βασικές για την απόδοση των ομάδων είναι οι ικανότητες και η συμπεριφορά των μελών τους. Επομένως, οι ρόλοι που παίζουν τα μέλη της ομάδας είναι επίσης σημαντικοί. Ο Belbin (1993) ορίζει έναν ομαδικό ρόλο ως μια τάση να συμπεριφέρεται, να συμβάλλει και να αλληλεπιδρά με έναν συγκεκριμένο τρόπο.

Οι Psomas και Jaca (2016) πρότειναν ότι ο ρόλος μιας ομάδας επιτρέπει σε ένα άτομο να επωφεληθεί και να προσαρμοστεί ανάλογα με την εξωτερική κατάσταση. Οι άνθρωποι συχνά επιλέγονται ως μέλη μιας ομάδας με βάση τους λειτουργικούς τους ρόλους, οι οποίοι θεωρούνται ως οι πλέον κατάλληλοι για τα καθήκοντα που πρέπει να εκτελέσει η ομάδα. Οι συγγραφείς όπως ο Belbin (1993) και οι Psomas και Jaca (2016) έχουν συζητήσει τις έννοιες των ρόλων των ομάδων και υποστηρίζουν ότι τα άτομα όχι μόνο θα φέρουν τα χαρακτηριστικά των λειτουργικών τους ρόλων στις δραστηριότητές τους ως μέλη μιας ομάδας, αλλά φυσικά θα αναλάβουν έναν ή περισσότερους πρόσθετους ρόλους. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να έχει καλές ιδέες. Ένας άλλος μπορεί να είναι καλός στη συλλογή πληροφοριών, ενώ άλλος μπορεί να αναλάβει το ρόλο του συντονιστή των συνεισφορών των άλλων ανθρώπων. Μπορούμε να πούμε ότι οι ομάδες είναι κατάλληλες όταν υπάρχει ανάγκη για συντονισμό της δραστηριότητας και όταν απαιτείται σημαντική πρόοδος στην απόδοση. Επιπλέον, οι ομάδες είναι πολύ χρήσιμες για την ενσωμάτωση δραστηριοτήτων, δημιουργώντας αποδοτικότητα και υπηρεσίες παραγωγής και για την παροχή καινοτόμων προσεγγίσεων σε θέματα παραγωγής ή υπηρεσιών (Psomas & Jaca, 2016).

Ως εκ τούτου, μπορεί να ειπωθεί ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση της υγειονομικής περίθαλψης, η συλλογική δέσμευση για ομαδική εργασία, συμμετοχική ασφάλεια, υψηλά πρότυπα απόδοσης και συστημική υποστήριξη της συνεργασίας, της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης είναι κρίσιμα για την ομαδική εργασία.

4.1.4.Οργανωτική κουλτούρα

Ο όρος "οργανωτική κουλτούρα" χρησιμοποιείται ευρέως στη θεωρητική προσέγγιση της διοίκησης των οργανισμών. Σύμφωνα με τους Martins και

Terblanche, η λέξη «κουλτούρα» έχει τις θεωρητικές ρίζες της μέσα στην κοινωνική ανθρωπολογία και χρησιμοποιήθηκε αρχικά με ολιστικό τρόπο για να περιγράψει τις ιδιότητες μιας ανθρώπινης ομάδας που μεταβιβάζονται από τη μία γενιά στην άλλη (Martins & Terblanche, 2003). Σήμερα, η κουλτούρα μπορεί να εντοπιστεί σε διαφορετικά επίπεδα επιχειρηματικών οργανώσεων.

Η πτυχή της κουλτούρας έχει τονιστεί από τους ιδρυτές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να λαμβάνουν αποφάσεις και να χρησιμοποιούν τη δική τους κρίση (Crosby, 1981). Η οργανωτική κουλτούρα ορίζεται ως το γενικό πρότυπο των πεποιθήσεων και των αξιών που τα μέλη της ομάδας ενός οργανισμού μοιράζονται και διαμορφώνουν τις συμπεριφορές και πρακτικές της οργάνωσης (Psomas & Jaca, 2016). Ο Schein (1985) ορίζει την κουλτούρα ως ένα σύστημα κανόνων, κοινών αξιών, ανησυχιών και κοινών πεποιθήσεων που γίνονται κατανοητά και αποδεκτά από τα μέλη της οργάνωσης. Τα μέλη της οργάνωσης αποδέχονται τα παραπάνω ως έγκυρα, τα ακολουθούν και τα διδάσκουν στα εισερχόμενα μέλη ως μοτίβο που πρέπει να ακολουθηθεί για την επίλυση προβλημάτων αλλά και ως απαιτούμενο τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς. Οι νεοφερμένοι σε έναν οργανισμό μπορούν να φέρουν μαζί τους προκαταρκτικές προσδοκίες για την κουλτούρα κατά την ένταξή τους. Η οργανωτική κουλτούρα διαμορφώνεται και αρθρώνεται όχι μόνο από τα άτομα αλλά και από νέα και παλιά οργανωτικά χαρακτηριστικά.

Με βάση την υπερβατική εικόνα της ποιότητας του Garvin (1993), η ίδια η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια φιλοσοφία με τη δική της ύπαρξη που δεν κινείται προς κάποια συγκεκριμένη χώρα ή εθνική κουλτούρα. Ομοίως, οι Khanam, Siddiqui και Talib (2016) επεσήμαναν ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι ενσωματωμένη στο δικό του σύνολο πολιτιστικών πεποιθήσεων, κανόνων, αξιών και υποθέσεων. Ωστόσο, κατά την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε ένα συγκεκριμένο πολιτιστικό περιβάλλον, η επίδραση σύντηξης της ίδιας της οργανωτικής κουλτούρας έχει μεγάλη σημασία. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί επίσης να περιγραφεί ως ανάπτυξη μιας οργανωτικής κουλτούρας, η οποία ορίζεται και στηρίζει τη συνεχή επίτευξη ικανοποίησης των πελατών μέσω ενός ολοκληρωμένου συστήματος τεχνικών και εργαλείων. Η κουλτούρα απαιτεί ποιότητα σε όλες τις πτυχές των λειτουργιών του οργανισμού, ενώ οι λειτουργίες γίνονται επιτυχώς την πρώτη φορά

και τα ελαττώματα εξαλείφονται από τις επιχειρήσεις (Guangming et al., 2000). Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι η κουλτούρα ενός οργανισμού που δεσμεύεται στην πλήρη ικανοποίηση του πελάτη μέσω της συνεχούς βελτίωσης. Σε μια τέτοια κουλτούρα, οι πόροι, τα υλικά, ο εξοπλισμός και τα συστήματα ποιότητας είναι οικονομικά αποδοτικά και χρησιμοποιούνται πλήρως (Khanam, Siddiqui & Talib, 2016). Κατά παρόμοιο τρόπο, οι Mani, Murugan και Rajendran (2003) ανέφεραν ότι η υλοποίηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι μία από τις πιο σύνθετες δραστηριότητες που μπορεί να επιχειρήσει οποιαδήποτε εταιρεία, λόγω του γεγονότος ότι συνεπάγεται αλλαγή της εργασιακής κουλτούρας και παρουσιάζει επιπτώσεις στους ανθρώπους. Η Vanisina (1990) υποστήριξε ότι η επιτυχής εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας απαιτεί αξιολόγηση της οργανωτικής νοοτροπίας και της εφαρμογής μιας ολοκληρωμένης διαδικασίας αλλαγής της οργανωτικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, οι Khanam, Siddiqui και Talib (2016) καταδίκασαν την έλλειψη εμπειρικής και θεωρητικής εργασίας στην εξέταση της σχέσης μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ιδιαίτερα όσον αφορά τη χρήση ποιοτικών εργαλείων, τεχνικών και συστημάτων για την εφαρμογή της. Ως εκ τούτου, μπορεί να ειπωθεί ότι η επιτυχής εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας απαιτεί την αλλαγή των αξιών της οργάνωσης έτσι ώστε να εναρμονιστεί με τις απαιτήσεις της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η αλλαγή των αξιών μιας οργάνωσης δεν είναι, ωστόσο, εύκολη υπόθεση, διότι οι αξίες είναι βαθιά στηριγμένες στην οργανωτική κουλτούρα. Οι Black και Porter (1996) ανέφεραν ότι η κουλτούρα έχει βρεθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας σε εμπειρικά επικυρωμένες μελέτες, οι οποίες προσπάθησαν να ορίσουν "κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας (Key Performance Indicators)" για την επιτυχή εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Από τους ορισμούς, ο ερευνητής έχει εντοπίσει τρία κύρια θέματα ή προοπτικές που σχετίζονται με την οργανωτική κουλτούρα. Πρώτον, η κουλτούρα είναι μια μαθησιακή διαδικασία και μπορεί να οριστεί ως ο τρόπος που πραγματοποιούνται οι λειτουργίες ή ο τρόπος που λαμβάνονται αποφάσεις (Fu et al. 2015). Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της κουλτούρας που παρέχεται από τον Schein (1984) είναι το πρότυπο των βασικών υποθέσεων που μια συγκεκριμένη ομάδα δημιουργήθηκε ή αναπτύχθηκε για να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής και

εσωτερικής ολοκλήρωσης. Αυτοί οι κανόνες και συμπεριφορές έχουν δοκιμαστεί αρκετά για να θεωρηθούν έγκυρες και επομένως πρέπει να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σε σχέση με τα προβλήματα. Το βασικό χαρακτηριστικό είναι ότι η κουλτούρα διδάσκεται στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος συμπεριφοράς, διαιωνίζοντας έτσι την οργανωτική επιβίωση και ανάπτυξη.

Δεύτερον, η εταιρική κουλτούρα προσφέρει μια αντίθεση με την προηγούμενη ακαμψία των μοντέλων διαχείρισης (Davis, 1984). Ο Davis (1984) ορίζει την κουλτούρα ως το μοτίβο των κοινών πεποιθήσεων και αξιών που δίνουν στα μέλη ενός ιδρύματος νόημα και τους παρέχουν τους κανόνες συμπεριφοράς στην οργάνωσή τους. Η εξέταση της οργανωτικής νοοτροπίας ξεκινά με τη διάκριση μεταξύ θεμελιωδών κατευθυντήριων πεποιθήσεων και καθημερινών πεποιθήσεων. Οι καθοδηγητικές πεποιθήσεις παρέχουν το πλαίσιο για τις πρακτικές πεποιθήσεις της καθημερινής ζωής. Με άλλα λόγια, οι καθοδηγητικές πεποιθήσεις δίνουν κατεύθυνση στις καθημερινές πεποιθήσεις. Οι καθημερινές πεποιθήσεις αποτελούν επίσης μέρος της εταιρικής κουλτούρας και μπορούν να περιγραφούν ως κανόνες και συναισθήματα για την καθημερινή συμπεριφορά.

Μια τρίτη προοπτική είναι η λήψη της κουλτούρας ως στρατηγική. Ο Bate (1995), σε μια ευρεία ανάλυση, διαφωνούσε θεμελιωδώς με τη διάκριση μεταξύ στρατηγικής και κουλτούρας. Σύμφωνα με τον Bate (1995), ο διαχωρισμός των δύο εννοιών δεν υφίσταται, καθώς είναι συνώνυμοι. Ειδικότερα, πρότεινε ότι η κουλτούρα και η στρατηγική είναι αλληλεξαρτώμενες έννοιες. Δηλαδή, η κουλτούρα είναι ένα στρατηγικό φαινόμενο και η στρατηγική είναι ένα πολιτιστικό φαινόμενο. Οι επιπτώσεις αυτών των πεποιθήσεων είναι διπλές. Συγκεκριμένα

- 1) Η διαμόρφωση στρατηγικής οποιασδήποτε μορφής είναι μια δραστηριότητα κουλτούρας.
- 2) Η αλλαγή στην κουλτούρα ενός οργανισμού αποτελεί στρατηγική αλλαγή.

Η ορθολογική έκβαση αυτών των δηλώσεων είναι ότι κάθε απόπειρα δημιουργίας ενός ξεχωριστού προγράμματος αλλαγής της κουλτούρας είναι ριζικά λανθασμένη, διότι η αλλαγή αυτή λαμβάνει χώρα ήδη μέσα σε επίσημες και ανεπίσημες διαδικασίες στρατηγικού σχεδιασμού (Bate, 1995).

4.1.5. Ενδυνάμωση των εργαζομένων

Τα τελευταία χρόνια, ο όρος "ενδυνάμωση" έχει γίνει μέρος της καθημερινής γλώσσας της διοίκησης των επιχειρήσεων (Fu et al., 2015). Έχει επίσης συνδεθεί με δημοφιλή κινήματα διαχείρισης όπως η διαχείριση ανθρώπινων πόρων (HRM) και η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η ενδυνάμωση θεωρείται ότι παρέχει λύση στο παλιό πρόβλημα των γραφειοκρατικών χώρων εργασίας, όπου η δημιουργικότητα καταπνίγεται και οι εργαζόμενοι αποξενώνονται, δείχνοντας δυσαρέσκεια μέσω ατομικών ή συλλογικών μέσων. Επιπλέον, ο Wilkinson (1998) ισχυρίστηκε ότι ο όρος "ενδυνάμωση" χρησιμοποιείται γενικά για να αναφερθεί σε μια μορφή πρωτοβουλίας εμπλοκής των εργαζομένων, η οποία ήταν ευρέως διαδεδομένη από τη δεκαετία του '80 και επικεντρώθηκε στην εμπλοκή και την αλλαγή της στάσης των ατόμων. Παρόλο που υπάρχει ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων και πρωτοβουλιών που έχουν τίτλο «ενδυνάμωση» και ποικίλλουν ως προς την έκταση της εξουσίας που ασκούν οι εργαζόμενοι, τα περισσότερα σχεδιάζονται με σκοπό να μην δίνουν στους εργαζομένους πολύ σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων, αλλά να εξασφαλίζουν μια ενισχυμένη συμβολή των εργαζομένων στον οργανισμό. Η ενδυνάμωση λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας αυστηρής ατζέντας διαχείρισης. Τα καθεστάτα ενδυνάμωσης τείνουν να είναι άμεσα και να βασίζονται στα άτομα ή σε μικρές ομάδες.

Ωστόσο, οι Fu et al. (2015) υποδεικνύουν ότι όταν βλέπουμε την ενδυνάμωση μέσω ενός οικονομικού φακού, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι εργαζόμενοι έχουν την ευκαιρία να συμβάλλουν στην οργανωτική επιτυχία και επειδή είναι πιο κοντά στην εργασιακή κατάσταση, μπορούν να είναι σε θέση να προτείνουν βελτιώσεις τις οποίες η διοίκηση δεν θα μπορούσε να υποδείξει λόγω της θέσης της στην ιεραρχία. Στο πλαίσιο των ΤΕΠ των νοσοκομείων, η ενδυνάμωση θα μπορούσε να αυξήσει την ικανοποίηση από την εργασία και να βελτιώσει τον κύκλο εργασιών, καθώς οι εργαζόμενοι θα αισθάνονται περισσότερο αφοσιωμένοι στους οργανωσιακούς στόχους.

Επιπλέον, καθώς οι εργαζόμενοι είναι εξουσιοδοτημένοι να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες, μειώνεται η ανάγκη για σύνθετα και δυσλειτουργικά συστήματα ελέγχου, αυξάνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα (Oloko & Ogutu. 2012; Fu et al. 2015). Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των ερευνητών, οι διαδικασίες των οργανισμών

όπως τα δημόσια νοσοκομεία μπορεί να αποδυναμωθούν λόγω έλλειψης επικοινωνίας, έλλειψης κατάρτισης, έλλειψης πόρων και περιορισμών του προϋπολογισμού. Για να διατηρηθεί η αποτελεσματικότητα, είναι προς το συμφέρον της οργάνωσης να επιτύχει μεγαλύτερη ευελιξία μέσω της χρήσης των μελών της ομάδας. Αντί να προσπαθήσουμε να ελέγξουμε τα μέλη της ομάδας και να τους πούμε τι να κάνουν και πώς να κάνουν το έργο τους, οι ερευνητές που αναφέρθηκαν παραπάνω δηλώνουν ότι λύσεις σε αυτά τα κοινά οργανωτικά προβλήματα βρίσκονται στα μέλη της ομάδας. Άλλωστε, οι εργαζόμενοι που εργάζονται στην πρώτη γραμμή είναι πραγματικοί εμπειρογνώμονες για τον τρόπο επίλυσης καθημερινών προβλημάτων.

Ως εκ τούτου, η διοίκηση πρέπει να προωθήσει την ανταλλαγή γνώσεων μεταξύ των μελών της ομάδας και να διδάξει στους εργαζόμενους πώς να εκτιμούν τους κινδύνους που είναι εγγενείς στο έργο τους και πώς να λαμβάνουν αποφάσεις. Η διοίκηση πρέπει επίσης να επιτρέπει στους εργαζομένους να παρέχουν τις ιδέες τους για τη βελτίωση των διαδικασιών και να τους δίνει τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις στο επίπεδό τους, δημιουργώντας έτσι μια κουλτούρα στην οποία όλα τα μέλη της ομάδας μπορούν να αισθάνονται ευχαριστημένα συμβάλλοντας στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και στην αύξηση της εσωτερικής ικανοποίησης των πολιτών. Το επιχείρημα αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για ταχύτερες αποφάσεις σε μια μεταβαλλόμενη αγορά, όπου οι εργαζόμενοι πλησιέστερα στον πελάτη / προϊόν είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με συναφή ζητήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

«Ποιότητα σε Υπηρεσίες Υγείας»

5.1 Ορισμός της Ποιότητας σε Υπηρεσίες Υγείας

Ο ορισμός του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, (1985) ορίζει την Ποιότητα ως άρτια και καθολική προσφορά διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σε όλους τους ασθενείς χωρίς καμία εξαίρεση. Αποτελεί δε η εφαρμογή της καθοριστικό συστατικό στοιχείο εκσυγχρονισμού, αναδόμησης και βελτίωσης των δομών των δημοσίων υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό την ταχύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και τη διασφάλιση μέγιστης ικανοποίησης των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες (Ζαβλανός, 2006).

Η έννοια της ποιότητας περιλαμβάνει τόσο την τεχνική πλευρά της περίθαλψης (προληπτική, θεραπευτική και διαγνωστική φάση), όσο και την τεχνική διάσταση που αφορά το εσωτερικό του περιβάλλον ενός νοσοκομείου και τον τρόπο συμπεριφοράς των υπαλλήλων που το απαρτίζουν (Πετσετάκη, 1995). Επηρεάζεται από παράγοντες όπως οι γνώσεις και το μορφωτικό επίπεδο των υπαλλήλων, η προϋπηρεσία τους, η επαγρύπνηση και η αφοσίωση που επιδεικνύουν προς τους ασθενείς, η τήρηση ειδικών μέτρων για πρόληψη ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, η χρήση σύγχρονων ιατροτεχνικών μηχανημάτων, η γενικότερη βελτίωση οργανωτικών δομών, αναβάθμιση κτιριακών εγκαταστάσεων, ανακαινίσεις εσωτερικών χώρων, ώστε να γίνουν πιο λειτουργικοί και ευχάριστοι (Τζανετάκη, 2006) στη χρήση τους, η μέριμνα για ευκολότερη πρόσβαση σε αυτές, και τελικά η υποστήριξη προς τους ασθενείς ακόμη και μετά το πέρας της προσφερόμενης θεραπείας τους, όλες αυτές οι προδιαγραφές αποδίδουν συνολικά τα χαρακτηριστικά ποιοτικής φροντίδας (Αδαμαντίδου, 2004).

5.2 Στόχοι της Ποιότητας

Οι αντικειμενικοί στόχοι της ποιότητας που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας συνοψίζονται στην ασφάλεια των ασθενών, την εξάλειψη λαθών, την

εφαρμογή ιατρονοσηλευτικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων για αποτελεσματική θεραπεία χωρίς καθυστερήσεις, αναμονές ή σπατάλες διασφαλίζοντας ταυτόχρονα το αίσθημα της ισότητας, του σεβασμού και της δίκαιης μεταχείρισης απαλλαγμένης από διακρίσεις (Fadlalla & Wckramasinghe, 2004).

5.3 Διαστάσεις της ποιότητας

Σύμφωνα με τον Dickens (1994) οι ορισμοί της ποιότητας αναφέρουν ρητά ότι η ποιότητα είναι μια πολύπλοκη έννοια πολλαπλών συνιστωσών στην οποία κάθε συστατικό μπορεί να διαχωριστεί και να καθοριστεί. Οι αναλυτικοί ορισμοί έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι ειδικοί και συνεπώς κατάλληλοι να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ των αναγκών των ατόμων και του επιχειρήσεων (Mohammad Mosadeghrad, 2014). Η ποιότητα μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί από διαφορετικές προοπτικές των ενδιαφερομένων. Παραδείγματος χάριν, η ποιότητα των πελατών, επαγγελματική ποιότητα και διοικητική ποιότητα. Κάθε οπτική εκτιμά διαφορετικά τις μεμονωμένες διαστάσεις της ποιότητας, όπως για παράδειγμα, η αποτελεσματικότητα είναι πιο σημαντική για τους χρηματοδότες παρά για τους εργαζομένους μίας επιχείρησης. (Al-Dhaafri et al. 2016).

5.4 Μέτρηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Ο προσανατολισμός στις ανάγκες των ασθενών συνηγορεί στην ανάγκη μέτρησης και αξιολόγησης της ικανοποίησής τους με την αποτύπωση αποτελεσμάτων απόδοσης των νοσηλευτικών τμημάτων (Nelson & Niederberger, 1990). Η αξιολόγηση αυτή επικεντρώνεται στη χρήση κριτηρίων όπως η ύπαρξη ποιοτικού διαιτολογίου σύμφωνα με προδιαγραφές, η καθαριότητα του εσωτερικού των χώρων και η γενικότερη καλή εικόνα του ξενοδοχειακού νοσοκομειακού εξοπλισμού. Επίσης, η μείωση των χρόνων αναμονής, η εξυπηρέτηση, η συμπεριφορά και η συνολική αποτελεσματική επικοινωνία των υπαλλήλων με τους ασθενείς (Matsui et al. 1998)

Η καταμέτρηση της συνολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, συνδέεται εκτός από την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών και την έννοια της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ποιότητα ζωής είναι η

υποκειμενική αντίληψη των ασθενών σχετικά με την υγεία τους μέσα στο γενικότερο φάσμα των κοινωνικών αξιών, των πολιτισμικών πεποιθήσεων και αξιών που συμπορεύονται με τις προσωπικές τους αξίες, πιστεύω και επιδιώξεις (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός δείκτη που ονομάζεται Ποιοτικά Σταθμισμένα Έτη Ζωής ή QALYs (Qualitative Adjusted Life Years). Η μέθοδος αυτή σχετίζεται και συνδυάζει την κλινική τεκμηριωμένη επιλογή με αυτό που προσδοκά ως ποιότητα ζωής το άτομο. Η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε από το 1970 και έπειτα στις υγειονομικές υπηρεσίες, καταμετρούσε και αξιολογούσε τις ιατρικές δραστηριότητες και προχωρούσε σε σύγκριση με την αποτελεσματικότητα και το κόστος της παρέμβασης. Ο δείκτης Qalys ουσιαστικά αποτυπώνει το αποτέλεσμα υγείας που προκύπτει μέσα από την αλληλεπίδραση τόσο της ποιότητας ζωής, όσο και της ποιότητας των προσδοκώμενων ετών ζωής των ατόμων, δηλαδή ο χρόνος επιβίωσης των ατόμων σε συσχετισμό με την ποιότητα της ζωής τους (Weinstein & Stason, 1977).

5.5 Αξιολόγηση της ποιότητας

«Αξιολόγηση» ορίζεται ο βαθμός συνολικής εκτίμησης, ολοκλήρωσης και επίτευξης στόχων και σκοπών που είχαμε αρχικά θέσει σε δεδομένα χρονικά πλαίσια (Σούλης, 1992). Η αξιολόγηση στην υγειονομική περίθαλψη συγκεκριμένα, αφορά δύο τομείς, αυτόν των ιατρονοσηλευτικών δραστηριοτήτων και αυτόν της αξιολόγησης των γενικότερων συστημάτων υγείας. Πτυχές προς αξιολόγηση κρίνονται για μία ακόμη φορά η αποδοτικότητα (efficiency), στην οποία καταμετράται η απόδοση σε σχέση με τους οικονομικούς πόρους και το κόστος που δαπανήθηκε για την ολοκλήρωση της θεραπείας ενός ασθενή, η αποτελεσματικότητα (effectiveness), ο βαθμός επίτευξης της άρτιας υγειονομικής φροντίδας υπό το πρίσμα γνώσεων, τεχνικών και ποιοτικής περίθαλψης, επιστημονική και τεχνική ποιότητα (technical quality level), η τεχνικού τύπου παρεμβάσεις που οδηγούν σε μείωση ή και εξάλειψη λαθών, η προώθηση αναίμακτων διαδικασιών στη θέση αιματηρών επεμβάσεων και ενίσχυση αξιοπιστίας και ανάπτυξη αισθήματος εμπιστοσύνης των χρηστών προς το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, Επάρκεια

(Adequacy), ικανοποιητικό αριθμό εργαζομένων που εργάζονται, Οικονομική διάσταση (Economic proportion), αξιοποίηση των οικονομικών πόρων που διαθέτει ένας νοσοκομειακός οργανισμός για τη ορθή λειτουργία των υπηρεσιών και τμημάτων του. Επίσης, για να πραγματοποιηθεί το έργο της αξιολόγησης χρησιμοποιούνται κάποιοι «δείκτες» οι οποίοι με τη σειρά τους δημιουργούν κριτήρια, τα οποία διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με τη γνώμη του Donabedian (1988).

Έτσι, σύμφωνα πάντα με την άποψη του υπάρχουν οι δείκτες δομής οι οποίοι περιλαμβάνουν τις υποδομές των νοσοκομειακών οργανισμών, (επαρκής αριθμός κλινών, διασφάλιση καθαριότητας, ασφάλειας ασθενών, εύκολη πρόσβαση ασθενών, εκσυγχρονισμένος εξοπλισμός, επαρκής αριθμός στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού επαγγελματιών υγείας.

Επίσης, οι δείκτες διαδικασιών που αφορούν ενδο-νοσοκομειακές διαδικασίες, (ιατρονοσηλευτικός εξοπλισμός που παραμένει σε αχρηστία, για πόσο διάστημα δε χρησιμοποιήθηκαν, χρόνος αναμονής ασθενών για την εξέτασή τους, εφαρμογή ή όχι θεραπευτικών πρωτοκόλλων ιατρονοσηλευτικών διαδικασιών).

Τέλος, οι δείκτες αποτελέσματος, που αφορούν στο τελικό αποτέλεσμα του παρεχόμενων ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών. (αποτέλεσμα θεραπείας κλπ). Οι προαναφερθέντες δείκτες ενδέχεται να αφορούν τόσο αποτελέσματα προσανατολισμένα στην ικανοποίηση των ασθενών, όσο και στην ποιότητα ζωής των πολιτών μέσα από την συμπλήρωση ερωτηματολογίων.

5.6 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η προσπάθεια που καταβάλλεται στις ημέρες μας για την εφαρμογή της ποιότητας, των συστημάτων της και την προώθηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας γενικότερα δεν περιορίζεται μόνο στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, το προσωπικό των οργανισμών αυτών και αυτούς που ασχολούνται με το κόστος των μονάδων αυτών, αλλά αποτελεί πλέον στοίχημα για όλους τους εμπλεκόμενους.

Αρχικά, στην περίπτωση των χρηστών πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι οι εξετάσεις διεκπεραιώνονται με μεγαλύτερη ταχύτητα, κατά συνέπεια και η διάγνωση, οπότε, προχωρά ο ασθενής με τον ιατρό του πιο γρήγορα στη φάση της θεραπείας. Η ψυχολογία του ασθενή είναι θετική, αφού δεν είναι απαραίτητη η μακρά παραμονή του στο χώρο του νοσοκομείου και ταυτόχρονα και το κόστος για τον ίδιο τον ασθενή είναι λιγότερο (Φαρατζιάν, 2007).

Έπειτα, στην περίπτωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των άλλων εσωτερικών πελατών το θετικό είναι πως καθώς εφαρμόζουν τα συστήματα ποιότητας σταδιακά συστηματοποιούν και αυτοματοποιούν τις ιατρονοσηλευτικές πράξεις και διαδικασίες στους οργανισμούς, στους οποίους ανήκουν, γίνονται πιο αποτελεσματικοί και προσφέρουν ποιοτικότερες υπηρεσίες, κάτι που ικανοποιεί και τους ίδιους ως επαγγελματίες, αλλά και τους ασθενείς (Φαρατζιάν, 2007). Ταυτόχρονα, οι ίδιοι οι οργανισμοί αποκτούν φήμη, κύρος, αλλά και μείωση κόστους που προκύπτει από άσκοπες εργαστηριακές διαδικασίες και εξετάσεις (Φαρατζιάν, 2007).

Τέλος, η ίδια η κοινωνία και τα μέλη της ενστερνίζονται τα οφέλη που προκύπτουν μέσα από την εφαρμοσμένη διοίκηση ολικής ποιότητας και γίνεται αντιληπτό πως αυτά (τα οφέλη) είναι υπόθεση όλων των εμπλεκόμενων φορέων και όχι μεμονωμένων προσπαθειών, που οδηγούν σε αυξημένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα ολόκληρου του συστήματος υγείας με περιορισμό χρόνων αναμονής εξέτασης σε τακτική, επείγουσα βάση ή τακτικό ιατρείο και μείωση ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας και δαπανών. (Φαρατζιάν, 2007).

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα που πρέπει να διατυπώσουμε όπως οι ελάχιστες γνώσεις που έχουμε πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο των συστημάτων ποιότητας, η γραφειοκρατία και τα πολλά επίπεδα ιεραρχίας που υπάρχουν στους νοσοκομειακούς οργανισμούς, η οργανωσιακή κουλτούρα, δηλαδή, η διάθεση του κάθε υπαλλήλου να σκέφτεται και να επιδιώκει το ιδιωτικό του μόνο συμφέρον είναι από μόνα τους προβλήματα που δυσχεραίνουν την προώθηση της ποιότητας (Short & Rahim, 1995).

Επιπρόσθετα, η μη συμμετοχή των ιατρών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που μέχρι πρόσφατα έκαναν μόνοι τους καθολικά και αυθαίρετα είναι ένα ακόμη

πρόβλημα που δύσκολα μπορεί να ξεπεραστεί και να πεισθούν πως τελικά η προώθηση της ΔΟΠ στους οργανισμούς δεν αποτελεί πρόβλημα, αλλά μέρος και μέθοδος επίλυσης πολυποίκιλων προβλημάτων και προσφερόμενης ποιοτικής φροντίδας και εξυπηρέτησης των ασθενών (Short & Rahim, 1995).

Κλείνοντας, τονίζουμε πως το μεγαλύτερο μειονέκτημα είναι πως δεν υπάρχει σύμπνοια και συλλογική προσπάθεια παρά μόνο επιδίωξη ιδιοτελών στόχων και σκοπών και αυτό αποτελεί πληγή στον εκσυγχρονισμό και την εφαρμογή των συστημάτων της ΔΟΠ, τα οποία επιπλέον, δε χρηματοδοτούνται από την ίδια την υπηρεσία, δεν έχουμε καμία διαβεβαίωση πως θα υπάρξει μείωση κόστους, ούτε ότι θα δοθούν χρήματα για να ενισχυθούν άλλες εσωτερικές δραστηριότητες και διαδικασίες (Φαρατζιάν, 2007).

Όσον αφορά στον τομέα της Υγείας αυτό παρουσιάζει διάφορα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, που δε συναντώνται σε άλλους οργανισμούς, όπως πολυπλοκότητα που προκύπτει από τη συμβολή και συμμετοχή του ανθρώπινου παράγοντα, καθοριστικής σημασίας και έκτασης, αφού όλες οι δραστηριότητες επαφίενται στις ανθρώπινες δεξιότητες, ικανότητες και η επιτυχής ολοκλήρωσή τους είναι ζωτικής σημασίας.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 οι κοινωνικο-πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες επιβάλλουν οριστικά την ανάγκη ύπαρξης αξιόπιστων ελεγκτικών μηχανισμών της ποιότητας υπηρεσιών και προϊόντων που ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. και ακολούθησαν αρκετές ευρωπαϊκές χώρες.

Στον τομέα της Υγείας κρίθηκε η εφαρμογή συστημάτων προτύπων διαχείρισης ποιότητας ως μία καινοτόμος ελεγκτική αλλαγή στα πλαίσια του «αγαθού της υγείας» που οφείλει να πληροί προδιαγραφές ποιοτικές αλλά και διαφάνεια για ένα αξιόπιστο αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Ο ουσιαστικός ρόλος των ελεγκτικών μηχανισμών αφορά στην ενίσχυση του διοικητικού ρόλου στον χώρο της υγείας μέσα από το πρίσμα διαμόρφωσης ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων, ενίσχυσης αποτελεσματικότητας, εφαρμογής και ανάπτυξης καλών πρακτικών, βελτιωτικών και διορθωτικών ενεργειών, τα οποία θα προωθήσουν και θα επεκτείνουν στις υπόλοιπες υπηρεσίες του οργανισμού. (A.N.A. 1982 P.41-42)

Η ύπαρξη συστημάτων ποιότητας στα νοσοκομεία είναι επιβεβλημένη και εξαιτίας παγκόσμιων πρακτικών και νομοθεσίας ευρωπαϊκής ένωσης που αφορά την προμήθεια και κατανάλωση ιατρο-τεχνολογικού υλικού, φαρμακευτικών σκευασμάτων, καταναλωτικών αγαθών και τροφίμων, εκσυγχρονισμός και στροφή από τη γραφειοκρατία στην ουσιαστική επικέντρωση των απαιτήσεων και αναγκών των πολιτών. Τα συστήματα ποιότητας, στη συνέχεια, έθεσαν την ανάγκη ύπαρξης κάποιας μορφής τυποποίησης και ποιοτικού ελέγχου όλων των προσφερόμενων υπηρεσιών το οποίο αφορά άμεσα την ανώτατη διοίκηση με στόχο να διατηρήσει και να προωθήσει την άρτια λειτουργία του οργανισμού και την επίτευξη των συλλογικών του στόχων.

Το σύστημα ποιότητας αποτελεί αναμφισβήτητα ένα εργαλείο καινοτομίας για τις σύγχρονες ανάγκες των πολιτών ειδικά στους κόλπους των νοσοκομειακών οργανισμών αποτελώντας ταυτόχρονα και συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με άλλους που επηρεάζει θετικά την κοινή γνώμη, την καλή φήμη του νοσοκομείου που είναι συνυφασμένη με πολυποίκιλες κοινωνικό - πολιτικές και οικονομικές διαστάσεις. Το σύγχρονο management και η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας προωθούνται από την κρατική μηχανή και τις ανώτερες διοικήσεις προς τις υπόλοιπες ενδο - οργανωσιακές ομάδες κάνοντας χρήση του μοντέλου Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας το σύστημα που είχε καλή ανταπόκριση και εφαρμογή από τον ιδιωτικό τομέα στο δημόσιο (Callahan & Holzer. 1998 p: 34).

5.7 Οργανωσιακή αλλαγή στους νοσοκομειακούς οργανισμούς

Υπό το πρίσμα ριζικών οργανωσιακών τροποποιήσεων και αλλαγών ξεκινά η σταδιακή προετοιμασία των εργαζομένων μέσα από ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν νέες τεχνικές αποτελεσματικής λειτουργία. Οι αλλαγές αυτές αναμένεται να διαφοροποιήσουν τον καθιερωμένο τρόπο εργασίας αποσκοπώντας στον εμπλουτισμό θέσεων εργασίας και τον επανασχεδιασμό τους (Callahan & Holtzer. 1998, p 135-136).

Στην πραγματικότητα, η εισαγωγή οποιουδήποτε νέου διοικητικού εργαλείου που προσδοκείται να επιτύχει τη διαφοροποίηση της καθιερωμένης ροή εργασίας ενός

οργανισμού και τις παγιωμένες τακτικές του είναι τελικά αυτό το ίδιο που θα αποτελέσει τη θεμελιώδη αλλαγή στηριζόμενο σε επιστημονική προσέγγιση και τεκμηρίωση. Η πολυσύνθετη δυναμική που αναπτύσσεται μέσα από αυτή τη νέα πραγματικότητα και όραμα ζυμώνουν μέσα τους παράλληλα και τα ανθρώπινα οράματα, αξίες, πεποιθήσεις, πιστεύω μέσα πάντα σε δημοκρατικό περιβάλλον. Παρά τις προσπάθειες για συντονισμό και εκσυγχρονισμό θα εξακολουθήσει να υπάρχει η παγκόσμια εμπειρία του απρόσμενου και απροσδόκητου, η ανεπάρκεια και ελλιπής προετοιμασία για άρτια και ακριβή πρόβλεψη και θα μπορέσει να αποβεί προς όφελος όλων αν αντιμετωπιστεί με θετικό πνεύμα και ως αφορμή και ευκαιρία νέων διαπραγματεύσεων (Σπανού, 1992).

Στη σύγχρονη εποχή μας ο πελάτης και καταναλωτής νοσοκομειακών αγαθών, προϊόντων και υπηρεσιών, γενικότερα, είναι επηρεασμένος από την τεχνολογική και πληροφορική επανάσταση, τα μέσα που έχει στη διάθεσή του και τη δυνατότητα επιλογής σε σχέση με το παρελθόν σε τέτοιο βαθμό ώστε αφενός με να έχουν διαφοροποιήσει τις ανάγκες του στο μέγιστο και αφετέρου να οδηγείται καθημερινά σε διαφορετικές επιλογές που τον καθιστούν δύσκολο πελάτη (Hyde, 1992, 16(1); Cohen & Brand. 1993 p:38). Όλες αυτές οι νέες συνθήκες άσκησαν πιέσεις καθοριστικές, ώστε να οδηγήσουν τους οργανισμούς και τις νέες επιχειρήσεις να διαφοροποιήσουν τελικά τον τρόπο ροής της εργασίας τους για να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες των καταναλωτών. Σε αυτή την πρόσκληση εισαγωγής νέων εργαλείων και τεχνικών τρόπων λειτουργίας συνεισέφερε η διοικητική επιστήμη του management στοχεύοντας στην επίτευξη (με μειωμένους πόρους αλλά σωστό τρόπο λειτουργίας), την τυποποίηση, την αποτελεσματική και αποδοτική δραστηριότητα όλων των εμπλεκόμενων μελών, τη νομική κατοχύρωση του προσωπικού. Μειονέκτημα αποτελεί οι επιπτώσεις που θα προκληθούν από αυτές τις αλλαγές στην προσωπική ποιότητα των υπαλλήλων υπό την προϋπόθεση της ελαττωμένης ή και εκμηδενισμό ανάπτυξης πρωτοβουλιών, όσον αφορά στον τρόπο ροής της καθημερινής τους εργασίας (Alexander & Alexander. 1996; Mc Quade. 1989 p:17).

Τέλος, οι οργανωσιακές αλλαγές όπως και η ενσωμάτωση των συστημάτων ποιότητας αποτυπώνονται μέσα από πέντε στάδια που είναι αυτό της δομικής αλλαγής, της αλλαγής των διαδικασιών, των αντιλήψεων, της υποκίνησης των

εργαζομένων και προσανατολισμού του σε νέα δεδομένα και της συνεργατικής επικοινωνίας ενδοοργανωσιακά.

5.8 Αλλαγές στη δομή, στις διαδικασίες, στην εισαγωγή νέων διαδικασιών

Οι επιχειρήσεις και οι νοσοκομειακοί οργανισμοί που προσπαθούν να εργαστούν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και επιταγές του σύγχρονου management μέσω της ανώτατης διοίκησης έχουν δημιουργήσει ένα τμήμα με την ονομασία Διεύθυνση Διαχείρισης Ποιότητας, με κύριο μέλημα την εφαρμογή ενός Συστήματος Ποιότητας που θέτει ως βασικό τρόπο λειτουργίας του τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας TQM μέσα από το μοντέλο EFQM ή το ISO πιστοποίηση. Έχει τη δυνατότητα να λειτουργήσει ως εσωτερικός επιθεωρητής όλων των διεργασιών και δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρο στα διάφορα τμήματα και υπηρεσίες του οργανισμού. Η πολυπληθέστερη δομή των νοσοκομειακών οργανισμών αποτελείται από τους επαγγελματίες υγείας της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας οι οποίοι αντιδρούν σθεναρά στην τεχνοκρατική διοικητική προσέγγιση και αλλαγή, ενώ η Διοικητική και Τεχνική υπηρεσία είναι πιο δεκτικές στα νέα συστήματα ποιότητας, καθώς ήδη κάποιες διαδικασίες περικλείουν ήδη την καθημερινή τους πρακτική. Την λειτουργική εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας θα ακολουθήσει η διαδικαστική τυποποίηση δραστηριοτήτων, η οποία αρχικά περιλάμβανε μόνο καταναλωτικά αγαθά, ενώ τώρα πια η έννοια της τυποποίησης αποκτά και μία νέα διάσταση αυτή της εφαρμογής στο χώρο των νοσοκομειακών οργανισμών. Η τυποποίηση λειτουργιών σε τέτοιου είδους οργανισμούς αναμένεται να είναι πιο δύσκολη αφού η φύση της εργασίας στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, περιλαμβάνει την εξατομίκευση, τη συνεργασία πολλών ατόμων, αλλά και τη μη προκαταβολική πρόβλεψη του οριστικού παραγόμενου αποτελέσματος. Ωστόσο, προσδοκείται πως μία τέτοια ενέργεια (τυποποίησης) θα έχει θετικό και βοηθητικό αντίκτυπο στους εργαζόμενους, καθώς θα αποτυπώσει με καταγραφή όλες τις δραστηριότητες και ιατρονοσηλευτικές πράξεις μέσα από τη χρήση και εφαρμογή Πρωτοκόλλων και κατά συνέπεια, θα παράγει τη συστηματοποίηση διαδικαστικών βημάτων για κάθε ενδο-νοσοκομειακή λειτουργία. Να ληφθεί, επίσης, υπόψη πως υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία, τόσο στις ειδικότητες των υπαλλήλων, στο

μορφωτικό τους επίπεδο, στις διαφορετικές ανά έτη τεχνικές που έχουν υιοθετήσει βιωματικά στα χρόνια της εργασιακής τους προσφορά.

Με την εισαγωγή νέων διαδικασιών μέσα από την τυποποίηση και εφαρμογή συστημάτων ποιότητας εξυπακούεται πως θα διενεργηθούν στο μέλλον και εσωτερικοί έλεγχοι και επιθεωρήσεις για τις οποίες η Διεύθυνση Ποιότητας θα έχει την αρμοδιότητα, αλλά και την ευθύνη προγραμματισμένων ελέγχων των οποίων τα πορίσματα θα προσκομίζονται στην ανώτατη διοίκηση, όχι βέβαια για τιμωρητικούς λόγους και προθέσεις, αλλά για τον εντοπισμό αστοχιών και διορθωτικών ενεργειών. Γίνεται αντιληπτό, επομένως, πως το ζητούμενο για την αλλαγή των διαδικασιών είναι η τεκμηρίωση των ενεργειών. Πρακτικά αυτό σημαίνει πως οι ενέργειες του κάθε υπαλλήλου θα πρέπει να αποδεικνύονται και να τεκμηριώνονται στους ιεραρχικά ανωτέρους προϊσταμένους, αλλά και στους συνεργάτες τους όταν παραδίδουν τα αποτελέσματα των πράξεων τους στους συναδέλφους τους. Η απόδειξη και τεκμηρίωση αυτή είναι χρονοβόρα μεν, επιτακτική δε, για τη διασφάλιση αποτελεσματικής εσωτερικής επικοινωνίας, ιχνηλασιμότητας του παραγόμενου προϊόντος, και νομικής καλύψεως και κατοχύρωσης των επαγγελματιών υγείας.

Επιπλέον η τεκμηρίωση αποτελεί αντικείμενο στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων στα χέρια της Διεύθυνσης Ποιότητας, το αποτέλεσμα της οποίας καθορίζει και τη ροή διαδικασιών των οργανισμών. Οι ελεγκτικοί αυτοί μηχανισμοί έχουμε τονίσει πως είναι προληπτικού χαρακτήρος, παρόλα αυτά αντιμετωπίζονται με δυσπιστία και καχυποψία από τους επαγγελματίες υγείας στο σύνολό τους.

Ο χειρισμός των αντιλήψεων είναι ένα ακόμη σημείο συζήτησης αρκετά ριψοκίνδυνο καθώς εξαρτάται από τις αντιλήψεις, πεποιθήσεις, αξίες και διαθέσεις των υπαλλήλων που στηρίζονται στη συνολική τους επαγγελματική εμπειρία, όσον αφορά στον τρόπο λειτουργίας τους στον επαγγελματικό τους χώρο, αλλά η γενικότερη κοσμοθεωρία τους για το είναι σωστό, λάθος, υπό την επιρροή οικογενειακού και πολιτισμικού περιβάλλοντος (Fishbein, 1975 p:36-38; Shein, 1965 p: 57-62). Σοβαρό θέμα προβληματισμού αποτελεί η υποκίνηση των ατόμων και η εύρεση των ανάλογων κινήτρων που θα ενεργοποιήσει το προσωπικό, ώστε να αποφασίσει την ενεργή συμμετοχή του τόσο στις ιδιωτικές του επιδιώξεις, όσο και στην επίτευξη

οργανωσιακής στοχοθεσίας. Βασική προϋπόθεση αποδοχής και κοινής συναίνεσης του προσωπικού αποτελεί το λεγόμενο «ψυχολογικό συμβόλαιο» που αναπτύσσεται και καλλιεργείται ανάμεσα στον εργαζόμενο και την υπηρεσία στην οποία ανήκει. (Litwin & Stringer, 1975).

Συνηθισμένο μοντέλο και τρόπου λειτουργίας της διοίκησης είναι να μπορεί να ασκεί έλεγχο σε κάποιες καθημερινές δράσεις όπως απουσίες υπαλλήλων, δείκτες παραπόνων, έλεγχος και καταγραφή αστοχιών, παραμένει όμως στοίχημα κάτω από ποιες προϋποθέσεις είναι δυνατή η συναίνεση, δέσμευση και αφοσίωση του ανθρώπινου δυναμικού στο οργανωσιακό του έργο.

Κατά τις απόψεις διαφόρων επιστημόνων ο άνθρωπος από τη φύση του είναι οικονομικό ον και ως βασικό κίνητρο ενεργοποίησης του αποτελεί η οικονομική ανταμοιβή το οποίο ταυτόχρονα αποτελεί απλό και σύνηθες και αποδοτικό είδος ψυχολογικού συμβολαίου. Σε αυτή την περίπτωση η διοίκηση ουσιαστικά αφήνει έξω την ανάμειξη συναισθημάτων στο αναπτυσσόμενο συμβόλαιο μεταξύ εργαζομένου και υπηρεσίας, αλλά παρόλα αυτά αποδεικνύεται επιτυχημένος η μέθοδος αυτή της υποκίνησης (Shein, 1965 p: 96).

Οι ψυχολόγος Maslow & Gregor, (Maslow, 1954) αποτύπωσαν μία άλλη θεωρία αυτή των βασικών αναγκών, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος ενδιαφέρεται να καλύψει διαδοχικά τις ανάγκες εκείνες που είναι απολύτως απαραίτητες για την επιβίωση του και στη συνέχεια επικεντρώνεται στην κάλυψη υψηλότερου επιπέδου αναγκών, οι άνθρωποι δηλαδή εργάζονται ή αναπτύσσουν οποιαδήποτε δραστηριότητα με σκοπό να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους που ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες: φυσιολογικές ή βιολογικές, ανάγκες ασφάλειας, κοινωνικές ανάγκες για επαφή, αποδοχή ένταξη σε κάποια ομάδα, ανάγκες εκτίμησης ή αναγνώρισης ή σεβασμού από τους υπόλοιπους, τέλος, ανάγκες ολοκλήρωσης και αυτοπραγμάτωσης, σαφέστατα ψυχολογικού τύπου ανάγκες που εντάσσονται μάλιστα σε ανώτατο επίπεδο κατηγορίας αναγκών (Μπουραντάς, 2002; Τζωρτζιάκης & Τζωρτζιάκη, 2002).

Έρευνα του Herzberg απόδειξε πως υπάρχουν παράγοντες διάφοροι που είναι δυνατόν να ευθύνονται για τη μειωμένη παραγωγή και απόδοση των υπαλλήλων αλλά επίσης υπάρχουν και πολλοί άλλοι οι οποίοι τους υποκινούν. Οι παράγοντες που μειώνουν την απόδοση των υπαλλήλων έχουν σχέση με τις συνθήκες εργασίας, τις αποδοχές, το

συνεργατικό ή όχι περιβάλλον, ενώ, αντίθετα, οι αιτίες υποκίνησης σχετίζονται με επιδίωξη και κατοχύρωση προσωπικών επαγγελματικών στόχων και σκοπών, που οδηγούν στην επίτευξη των οργανωσιακών σκοπών.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε, πως η παρακίνηση του ανθρώπινου δυναμικού είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη των στόχων των οργανισμών και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών συνολικά και μπορεί αυτό να γίνει πραγματικότητα μόνο αν πραγματοποιηθεί επανεξέταση συγκεκριμένων θέσεων εργασίας, κατάλληλη εκπαίδευση στο προσωπικό για την ένταξη και προσαρμογή του σε νέα δεδομένα, αποσαφήνιση στόχων και νέων επιδιώξεων της εκάστοτε διοίκησης, ποσοτικά επαρκής αριθμός υπαλλήλων και καλά αμειβόμενος για το παραγόμενο έργο του.

Τέλος, παραδοσιακά οι νοσηλευτικοί οργανισμοί επικοινωνούν με συνεχόμενη ανταλλαγή πληροφοριών ενδοτμηματικά κι ενδοοργανωσιακά τυπικά και άτυπα και έτσι μέσα από την επικοινωνία αυτή αναπαράγεται ένα επιτυχές και ολοκληρωμένο, αποτελεσματικό και αποδοτικό δίκτυο συνεργασίας. Σε αυτή την παραδοσιακή μορφή επικοινωνίας έρχεται το σύγχρονο management με την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας και ουσιαστικά προωθεί τη δημιουργία νέων δομών και επίσημων μορφών επικοινωνίας και τη συνεργασία ομάδων εργασίας μετά από προσεκτική επιλογή, δηλαδή αναπτύσσονται ελεγχόμενοι μέθοδοι επικοινωνίας, όπως και η ηλεκτρονική επικοινωνία, η αξιολόγηση των υπαλλήλων ατομικά και ομαδικά σε συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο και οι εκθέσεις αναφοράς. Η αξιοπιστία αυτών των μεθόδων ειδικά στα χέρια έμπειρων και καλά εκπαιδευμένων επιστημόνων είναι δυνατόν να αποφέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ως προς την επίτευξη ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής επικοινωνίας παρόλα αυτά, όμως γίνεται κατανοητό πως οι ανθρώπινες αντιδράσεις και τα χαρακτηριστικά τους δεν είναι δυνατόν να κατευθυνθούν και να χειραγωγηθούν ολότελα (Bond, 1986 p: 59).

Ειδικά στους μεγάλους νοσοκομειακούς οργανισμούς οι άμεσα εμπλεκόμενοι φορείς υγείας το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που είναι και ο μεγαλύτερος όγκος και γραμμή παραγωγής τους συχνά υποτιμούν τις δραστηριότητες των άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών όπως είναι οι διοικητικοί, τεχνικοί, κλπ με αποτέλεσμα να προκαλείται μια δυσχέρεια, αρνητική διάθεση μεταξύ αυτών των ομάδων που επηρεάζει και την επαγγελματικής τους επικοινωνία και δεν προάγει την επίλυση των

προβλημάτων που προκύπτουν. Η καλλιέργεια της συνεργατικής συμπεριφοράς μεταξύ τόσο συναδέλφων, όσο τμημάτων και άλλων μονάδων μεταξύ τους κρίνεται ζωτικής σημασίας για τα προσδοκώμενα θετικά αποτελέσματά της και ανήκει στην υπευθυνότητα και την αρμοδιότητα της Ανώτατης Διοίκησης αλλά και της Διεύθυνσης Ποιότητας σχετικά με τις μεθόδους που θα ακολουθήσουν για να το διασφαλίσουν, καθώς είναι κατανοητό πως σε ένα μεγάλο οργανισμό είναι αναμενόμενο να υπάρχουν συνεχόμενες άλλοτε αψιμαχίες και άλλοτε αλληλεγγύη ανάλογα με τις συνθήκες που προκύπτουν κάθε φορά.

Τέλος γίνεται αντιληπτό πως όπου υπάρχει ανάγκη και γίνεται προσπάθεια εφαρμογής νέων οργανωσιακών δεδομένων τόσο στον ιδιωτικό τομέα, όσο και στον δημόσιο το ανθρώπινο δυναμικό ως γραμμή παραγωγής που είναι , καλώς ή κακώς έχει τη δυνατότητα να επιλέξει να αποδεχτεί μια αλλαγή ή να την εμποδίσει με διάφορους τρόπους , ειδικά αν θεωρήσουν πως απειλείται η εργασιακή τους ασφάλειά και η προσωπική τους εικόνα ως επαγγελματίες όπως και οι κοινωνικές τους σχέσεις. Ο τρόπος που διεξοδικά θα χρησιμοποιηθεί μεθοδικά για να υπερνικηθούν οι αρνήσεις των υπαλλήλων και να υποκινηθούν προς θετικά αποτελέσματα είναι πραγματικά ρίσκο και στοίχημα ταυτοχρόνως για τις Ανώτερες Διοικήσεις οι οποίες καθήκον έχουν να πληροφορήσουν τους εργαζόμενους αναλυτικά για τις αλλαγές που σχεδιάζονται, σε συνεργατικό και αμοιβαίο επικοινωνιακό περιβάλλον όπου καλλιεργείται μέσα από την αμοιβαία εμπιστοσύνη, η δυνατότητα παροχής ευκαιριών στους υπαλλήλους ανάπτυξης τους μέσα στον οργανισμό που ζουν και εργάζονται, η ενεργή συμμετοχή τους στο σχεδιασμό και εφαρμογή κάποιων αλλαγών. Τέλος, είναι επίσης καθήκον της να μελετήσει μεθοδικά και εκ των προτέρων να προβλέψει τις αναμενόμενες αρνητικές επιδράσεις των επικείμενων αλλαγών, ως τεχνικές χειρισμών αντίστασης λαμβάνοντας υπόψη πως κανένας προγραμματισμός δε θα μπορέσει να υπερνικήσει τις αντιστάσεις και την καχυποψία παρά μόνο αν τελικά πειστούν πως τα επαγγελματικά τους συμφέροντα είναι ασφαλή και προστατεύονται και αυτά και οι ίδιοι ως επαγγελματίες, τότε και μόνο τότε υπάρχει κάποια πιθανότητα να υπάρξουν όσο γίνεται μικρότερες αντιστάσεις, αλλά και διάθεση προσωπικής συμμετοχής και βοήθειας για την υλοποίησή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

«Ικανοποίηση Ασθενών»

6.1 Προσανατολισμός στον εξωτερικό πελάτη

Ο προσανατολισμός στον πελάτη και τις ανάγκες του αποτελεί στις ημέρες μας βασική μέριμνα και επιδίωξη όλων των επαγγελματικών οργανισμών μικρών και μεγάλων, ιδιωτικών και δημοσίων. Απαιτεί αναδιοργάνωση των οργανισμών μέσα από ιδιαίτερα μεθοδικό σχεδιασμό με γνώμονα πρωτίστως τις ανάγκες των πελατών έπειτα των οργανισμών, καλή διάθεση και πίστη στα λεγόμενα των πολιτών, αξιολόγηση και επεξεργασία των πληροφοριών που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση των ασθενών με την επικοινωνία τους με τους υπαλλήλους, οι οποίοι, βέβαια, εκπαιδεύονται ανάλογα αναπτύσσοντας δεξιότητες διαχείρισης πελατών, συγκρούσεων, εποικοδομητικής επικοινωνίας στα πλαίσια αμοιβαίου οφέλους (Κοσμάτος, 2004). Η έμφαση στις σύγχρονες ανάγκες των ασθενών και πολιτών γενικότερα, αποτελεί μία κουλτούρα πελατο-κεντρική και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε σύγκριση με άλλες υπηρεσίες με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τους εσωτερικούς πελάτες, τους εξωτερικούς και το όφελος της υπηρεσίας γενικότερα, καθώς οι πληροφορίες που συλλέγουμε για τις ανάγκες των πελατών και η ορθή αξιοποίησή τους είναι αυτές τελικά, που οδηγούν στη βέλτιστη ικανοποίηση τους (Κοσμάτος, 2004).

6.2 Ιστορική Αναδρομή

Η ποιότητα για τη φροντίδα και ο προσανατολισμός στην εξυπηρέτηση των πελατών ήταν πάντα στο επίκεντρο του παραγωγικού ενδιαφέροντος από την εποχή της Nightingale, ως πρωτοπόρος της σύγχρονης Νοσηλευτικής πράξης που κατέκρινε τα χαμηλής ποιότητας πρότυπα φροντίδας του στρατού και προχώρησε στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων όσον αφορά στην καταγραφή των στοιχείων θνητότητας των τραυματισμένων στρατιωτών στον πόλεμο της Κριμαίας, με σκοπό τη βελτίωση περίθαλψης στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο Godman, με τη σειρά του,

χειρουργός γιατρός στο νοσοκομείο της Μασαχουσέτης στις αρχές του 20^{ου} αιώνα καθιέρωσε τον επανέλεγχο όλων εκείνων των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από ένα χρόνο. Έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης. Πρωτοπόρος και ο ίδιος στην εισαγωγή της πρακτικής παρακολούθησης ασθενών μετά από την υποβολή τους σε χειρουργικές επεμβάσεις. Από το 1950 και έπειτα το ενδιαφέρον στρέφεται οριστικά όχι στα τελικά αποτελέσματα, αλλά στην ποιοτική διαδικασία και στον έλεγχο της δαπάνης και των εξόδων (Maxwell, 1984), εξίσου σημαντική μορφή αποτελεί και ο Donabedian (1990), Καθηγητής Ιατρικής της Δημόσιας Σχολής Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Βασική τοποθέτησή του ήταν πως η Ιατρική επιστήμη έχει έναν Ιερό Σκοπό και ανώτερο Στόχο την επικέντρωση στον ασθενή και την ικανοποίηση των θεραπευτικών αναγκών του και της φροντίδας του. Ο πατέρας της «ποιότητας» όπως αποκαλείται στον τομέα της Υγείας θεωρούσε σημαντικούς δύο παράγοντες: την εφαρμογή καλών πρακτικών και τη βελτίωση της γενικότερης προσφερόμενης ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας για τη μεγιστοποίηση οφελών και ικανοποίησης αναγκών των ασθενών. Όσον αφορά στην ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών αυτή αποτυπώνεται μέσα από επτά χαρακτηριστικά, της αποτελεσματικότητας που περιλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενή και τη βελτίωση της υγείας του μέσα από τη μέγιστη δυνατή επίδοση, την αποδοτικότητα, με την έννοια διασφάλισης του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος φροντίδας και ταυτόχρονα το μικρότερο δυνατό κόστος, (μείωση κόστους, βελτίωση τρόπου εκτέλεσης διαδικασιών, απλοποίηση διαδικασιών και χειρισμού εγγράφων) την εξισορρόπηση του κόστους με τα οφέλη από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, την αποδεκτικότητα που περιλαμβάνει την προσαρμογή των ιδιαίτερων αναγκών του ασθενή, την επικοινωνία του ασθενή με την ιατρονοσηλευτική ομάδα, επιπτώσεις κόστος περίθαλψης και προσβασιμότητας ακόμη, νομιμότητα αφορά ανάπτυξη των κοινωνικών απαιτήσεων, και τέλος τη δικαιοσύνη – πρόσβαση σε όλους και ισότιμη προσφορά υπηρεσιών (Donabedian, 1990).

Μέσα από τη Συστημική του θεωρία προχώρησε σε ανασκόπηση μελετών από το 1954 μέχρι το 1930 και διαμόρφωσε πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας μέσα από το τρίπτυχο σωστές δομές, (ανθρώπινοι πόροι, εγκαταστάσεις και δομές γενικότερα,

άρτιες διαδικασίες που περιλαμβάνουν την οργάνωση τη λειτουργία και την παροχή υπηρεσιών και κατάλληλα αποτελέσματα των υπηρεσιών. Μέχρι τότε η διασφάλιση ποιότητας αφορούσε μόνο τα τεχνικά θέματα όπως λειτουργία ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, στην πορεία η έννοια γίνεται ευρύτερη και αφορά τη συνολική λειτουργία των τμημάτων τη στελέχωση την οργάνωση την κλινική πρακτική με προσανατολισμό πάντα στις σύγχρονες ανάγκες των ασθενών (Donabedian, 1988).

Η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την πλευρά της ιατρικής επίβλεψης αποτυπώνεται από το 1960 και έπειτα, αρχικά καταμετρώντας τα κλινικά αποτελέσματα θεραπευτικών πρωτοκόλλων, την τήρηση των προγραμματισμένων ραντεβού, έπειτα, από την πλευρά της εξαρτημένης μεταβλητής, όπου κυρίαρχο ρόλο έπαιζε η γνώμη του ασθενή ως εργαλείο πλέον ελέγχου ανάπτυξης και βελτίωσης της προσφερόμενων υπηρεσιών ποιότητας (Hendriks, Oort, Vrieling & Smets, 2002).

Η ικανοποίηση των ασθενών εξετάζεται, καταμετράται και αξιολογείται μέσα από την παροχή ειδικών δομημένων ερωτηματολογίων, αλλά διαπιστώνεται πως αυτά παρουσιάζουν και μία προβληματική πτυχή, καθώς περιορίζουν τους χρήστες στο να αποτυπώσουν αυτό που θεωρούν οι ίδιοι κρίσιμο, χρήσιμο ή άλλες εμπειρικές πτυχές από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Με αυτό το σκεπτικό κάποιοι συγγραφείς και στατιστικοί θεωρήσαν χρήσιμο να δοθεί έμφαση σε ποιοτικούς μεθόδους, ώστε να αξιολογηθούν τόσο το φαινόμενο της ικανοποίησης των ασθενών, όσο και η δυσαρέσκεια τους από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Το δεύτερο μάλιστα στοιχείο της έρευνας, της δυσαρέσκειας, δηλαδή, ενδεχομένως να αποτελεί και σημαντικότερο στοιχείο μελέτης από την άποψη ότι οδηγεί σε αναγνώριση και αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών των υπηρεσιών υγείας και άλλων.

6.3 Ορισμοί ικανοποίησης ασθενών

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών είναι βέβαια αντιληπτή από όλους μας αλλά δε μπορούμε, ωστόσο να αποδώσουμε έναν συγκεκριμένο και σαφή ορισμό. Έτσι καταλήγουμε στην παράθεση διαφόρων απόψεων σχετικά με αυτή.

Ο Donabedian ήταν ο πρώτος που εργάστηκε για την ικανοποίηση των ασθενών και την ορίζει ως «δείκτη έκβασης» των υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Ουσιαστικά

κατά την άποψή του ο δείκτης έκβασης αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας που αφορούν τις προσδοκίες και τις αξίες των ασθενών (Θεοδοσοπούλου, 2002).

Έπειτα, ο νοσηλευτικός σύνδεσμος στην Αμερική δίνει ως ορισμό ικανοποίησης των ασθενών «τη μέτρηση της γνώμης ενός ασθενή ή μίας οικογένειας για τη φροντίδα που λαμβάνει» και «τη συναισθηματική ή γνωστική αξιολόγηση του ασθενή για την αποτελεσματικότητα των ατόμων που παρέχουν φροντίδα σε ένα υγειονομικό χώρο».

Κατά την άποψη του Kotler and Clarke, πέρα από τη θεραπεία που έχει απόλυτη ανάγκη ο ασθενής, για την οποία παρουσιάζει αδυναμία αξιολόγησης κλινικής φροντίδας, παρόλα αυτά πλήθος άλλων παραγόντων επηρεάζουν την κρίση τους όπως η γενικότερη συμπεριφορά και στάση της ιατρονοσηλευτικής ομάδας, η άμεση ή καθυστερημένη παροχή φροντίδας, ο τρόπος διαχείρισης των παραπόνων αλλά και η συνολική εικόνα και των υποδομών του Οργανισμού (Kotler & Clarke, 1987).

Σύμφωνα, πάλι με τον Karydis et al (2001) η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι πολύ πιο δύσκολη και πολυσύνθετη συγκριτικά με την αξιολόγηση άλλων υπηρεσιών, καθώς γενικότερα η χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, είναι ανεπιθύμητη επιφέρει άγχος, δεν είναι κάτι που μπορεί συνήθως να προγραμματίσει κανείς εκ των προτέρων, υπάρχει αδυναμία αξιολόγησης του θεραπευτικού πρωτοκόλλου από τους ίδιους τους χρήστες με αποτέλεσμα όλα αυτά να αποτελούν σημαντικό αρνητικό παράγοντα μη παροχής δυνατότητας αξιολόγησης του φορέα αυτού (Eastaugh, 1987).

Άλλες έρευνες έχουν δείξει πως οι επικοινωνιακές ικανότητες των εσωτερικών πελατών των συστημάτων υγείας είναι αυτές που συνθέτουν και επηρεάζουν άμεσα τους εξωτερικούς πελάτες, οπότε όσο βελτιώνονται και προσαρμόζονται αυτές (οι ικανότητες) από τους θεραπευτές προς τους ασθενείς καλύτερα, τόσο επηρεάζουν και βελτιώνουν τη συλλογική εικόνα και αξιολόγηση των ασθενών προς τις υπηρεσίες υγείας (Angeloroulou, 1999).

Ένας άλλος ερευνητής ο Guzman διατύπωσε την άποψη πως η αλληλεπίδραση της παρεχόμενης και προσφερόμενης φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνει ο ασθενής, όπως και η αποτελεσματική ή όχι θεραπεία που έλαβε είναι αυτό που

αποκρυσταλλώνει, καθορίζει τη συνολική εικόνα του ασθενή, αλλά και της απόφασης του για μελλοντική χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών (Μερκούρης, 1996). Επίσης και ο ορισμός του Risser, ο οποίος εξαρτά την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα και τον προσδιορίζει ως εφαιπτόμενο σημείο ανάμεσα στις προσδοκίες των εξωτερικών πελατών για μία άριστη φροντίδα και την αντίληψή τους για τη φροντίδα που έλαβαν (Μερκούρης, 1996).

Τέλος, υπάρχει και κάποια θεωρία που υποστηρίζει πως ο ασθενής ακόμη και όταν δεν είναι ικανοποιημένος από τη φροντίδα που δέχεται από τους επαγγελματίες υγείας συνεχίζει να έχει θετική εικόνα συνολικά, δικαιολογώντας τις συνθήκες δυσκολίας ή ανεπάρκειας των εσωτερικών πελατών και του συστήματος (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002).

Συμπερασματικά, γίνεται αντιληπτό πως η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι δυνατόν να οδηγήσει στη βελτίωση της ποιοτικής φροντίδας τόσο των διοικητικών και κτηριακών υποδομών, όσο και των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών (Μερκούρης, 1996). Αυτού του είδους η αξιολόγηση εκτός από το γεγονός ότι μπορεί να βοηθήσει στη γενικότερη ανάπτυξη και βελτίωση των δραστηριοτήτων των νοσοκομειακών οργανισμών, μπορεί επίσης, να αποτελέσει και τα «εργαλεία» βελτίωσης, μάθησης, πιστοποίησης και εφαρμογής συνολικής ΔΟΠ στους νοσοκομειακούς χώρους, γενικότερα, ενώ ειδικότερα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους εσωτερικούς πελάτες είναι μία «ευκαιρία» να αντιμετωπίσουν την ικανοποίηση των ασθενών ως μία είδους μέτρηση για το αν οι ασθενείς θα ακολουθήσουν τα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα και αν τελικά θα επιλέξουν να παραμείνουν στον ίδιο φορέα ιατρικής περίθαλψης ή όχι, στο αν οι ασθενείς συμμετείχαν στη λήψη αποφάσεων και στη γενικότερη επικοινωνία για τη θεραπευτική φροντίδα που επέλεξε η ιατρονοσηλευτική ομάδα. Τέλος, η γνώμη των ασθενών και η «ανατροφοδότηση» που προσέφεραν μπορεί να αξιοποιηθεί εποικοδομητικά για την εφαρμογή νέων μεθόδων οργάνωσης και εφαρμοσμένων διαδικασιών (Fitzpatrick, 1991).

Από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα ξεκινά μια σοβαρή προσπάθεια μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος υγείας, αναζητώντας την ποιότητα και το συντονισμό των διοικητικών, νοσοκομειακών και έξω – νοσοκομειακών οργανισμών, ενώ οι

αξιολογήσεις που αφορούν στην ικανοποίηση των πελατών στο χώρο των νοσοκομείων εστιάζει μόνο σε μεμονωμένες κατηγορίες περιστατικών και ασθενών (Niakas & Mylonakis, 2005). Από όλα τα παραπάνω τονίζεται η ανάγκη για την ύπαρξη μιας ευρείας γενικότερης μελέτης και ικανοποίησης των ποικίλων αναγκών του συνολικού όγκου των ασθενών που ανήκουν σε διάφορες κατηγορίες παθολογικού, ενδοκρινολογικού, καρδιολογικού τομέα, και της ποιότητας που δίνεται στη φροντίδα τους στις πρόσφατα χρησιμοποιούμενες υπηρεσίες υγείας. Επομένως, είναι ανάγκη να υπάρξει ένα διεθνούς τύπου και ευρείας χρήσεως σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο θα ανιχνεύσει, θα αποτυπώσει τις πολυποικίλες ανάγκες των ασθενών και θα συνδράμει στη λήψη ουσιαστικών βελτιωτικών και καθοριστικών αποφάσεων για τα νοσηλευτικά ιδρύματα (Καραγιάννης, 2006).

6.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Από το 18^ο αιώνα και έπειτα δεν έχουμε μόνο εξελικτική ανάπτυξη και πρόοδο της Ιατρικής σχετικά με νέους τρόπους προσέγγισης αιτιών νοσημάτων, αλλά και μείωση του αριθμού θνησιμότητας και νοσηρότητας από διάφορα νοσήματα κυρίως λοιμώδη, όπως, επίσης και σταδιακή διαφοροποίηση της αντίληψης πως η υγεία αφορά, περιλαμβάνει και είναι αποτέλεσμα έλλειψης νόσου ή αναπηρίας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει πλέον ορίσει από το 1946 το αγαθό της υγείας ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας». Η συνολικότερη αναθεώρηση της αντίληψης για την υγεία, κατέστησε αναγκαία και τη βελτίωση των συστημάτων υγείας και τον προσανατολισμό στις ανάγκες των εξωτερικών πελατών-χρηστών αυτής που σχετίζεται άμεσα και με την ορθή αξιοποίηση οικονομικών διαθέσιμων κεφαλαίων (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών είναι οι **επικοινωνιακές σχέσεις** που αναπτύσσονται ανάμεσα στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και των θεραπευτικών και άλλων εσωτερικών ομάδων των υπηρεσιών υγείας. Η ανάγκη βελτίωσης των επικοινωνιακών σχέσεων επιβάλλει την εκπαίδευση του προσωπικού, όλων των βαθμίδων, σε θέματα επικοινωνίας και τεχνικές που θα καλλιεργήσουν ορθές διαπροσωπικές επαγγελματικές σχέσεις και θα

διασφαλίσουν θετική αλληλεπίδραση όλων των εμπλεκόμενων. Έμφαση δίνεται σε εκπαίδευση τεχνικών διαχείρισης συγκρούσεων και πρόληψης ιδιαίτερα χρήσιμη εκπαίδευση σε χώρους αναμονής όπως σε Τμήματα Επειγόντων περιστατικών σε ημέρες γενικών εφημεριών νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας (Norton et al, 2003).

Η διασφάλιση αγωγής επικοινωνίας ανάμεσα στο προσωπικό και τους ασθενείς εξαρτάται ακόμη και από την ύπαρξη απαιτούμενου χρόνου επεξήγησης, καθοδήγησης και διεκπεραίωσης δραστηριοτήτων. Αξίζει να τονίσουμε εδώ πως η ύπαρξη άρτιας τεχνολογικής υποστήριξης των συστημάτων και της προσφερόμενης υψηλής τεχνολογίας και των υπηρεσιών που προσφέρονται γενικότερα από μόνα τους δε διαφοροποιούν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών περισσότερο από την ανάπτυξη και διαχείριση ορθών τακτικών διαπροσωπικών σχέσεων (Τσελέπη, 2000). Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας επιρροής ικανοποίησης ασθενών από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και αντίληψης της ποιότητας από τους χρήστες αποτελούν τα **δημογραφικά στοιχεία** και χαρακτηριστικά των χρηστών, (η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, το κοινωνικό υπόβαθρο, το επιμορφωτικό επίπεδο) (Ραφτόπουλος, 2002). Έτσι, το μορφωτικό επίπεδο των εξωτερικών ασθενών καθώς και η πρόσβασή τους σε πληροφορίες που λαμβάνουν τους κάνει να έχουν περισσότερη κριτική διάθεση απέναντι στις υπηρεσίες. Από τη δεκαετία του 1970-80 οι ασθενείς άρχισαν να έχουν πιο ενεργό ρόλο ενδιαφέρονται πια για να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την πορεία της υγείας τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την παροχή ενημέρωσης και ανάπτυξη διαλόγου με τους θεράποντες ιατρούς (Πολυκανδριώτη, 2011). Άλλοι σημαντικοί παράγοντες και παράμετροι ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι η εύκολη πρόσβαση στα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια κέντρα υγείας κι νοσοκομειακών μονάδων, η καλή κτηριακή υποδομή και λειτουργικότητα χώρων, η χρήση υψηλής τεχνολογίας σε μηχανήματα, η μείωση της γραφειοκρατίας, ο στοχευμένος και ακριβής προγραμματισμός εργαστηριακού ελέγχου, ή άλλων επεμβατικών ενεργειών και η διασφάλιση έγκαιρης συνεννόησης και προγραμματισμού εξειδικευμένων υπηρεσιών υψηλής τεχνολογικού εξοπλισμού, ραδιολογικών, ενδοσκοπικών ή άλλων εξετάσεων. Συμπεραίνουμε πως ιδανική περίπτωση αποτελεί ο συγχρονισμός εφαρμογής υψηλού τεχνολογικού εξοπλισμού που επιφέρει τη μείωση χρόνου διεξαγωγής εξετάσεων, τη μείωση γραφειοκρατίας, ακρίβεια στο αποτέλεσμα-πόρισμα μιας εξέτασης, άρα επίτευξη

αποτελεσματικότητας. Όσον αφορά στην αγαστή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας αυτή επιτυγχάνεται σε πνεύμα ενσυναίσθησης, ηθικής, κατανόησης, ευγένειας και σεβασμού ομαλής συνεργασίας με τους ασθενείς στα πλαίσια ενός καλοδομημένου, λειτουργικού και ασφαλούς περιβάλλοντος. Τέλος, η ύπαρξη εκσυγχρονισμένης κτιριακής υποδομής με προδιαγραφές υγιεινής συντελούν ουσιαστικά στη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα δίνουν τα ερεθίσματα για να οριοθετηθούν νέοι στόχοι και στρατηγικές για επίτευξη καλύτερων και αποδοτικότερων αποτελεσμάτων (Αντεριώτη et al., 2014).

6.5 Χρησιμότητα μέτρησης Ικανοποίησης των ασθενών

Η διαδικασία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών κρίνεται απαραίτητη στις ημέρες μας καθώς είναι ο μοναδικός τρόπος με τον οποίο μπορεί να επιτευχθεί η συλλογή πληροφοριών και η ανάδειξη προβλημάτων που υπάρχουν στις υγειονομικές υπηρεσίες, με απώτερο σκοπό την πραγματοποίηση βελτιωτικών ενεργειών της ποιότητας σε επίπεδο κλινικό, ιατρικό, διοικητικό, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τους διοικητές και όσους συμμετέχουν σε λήψη αποφάσεων σε κλίμα ανταγωνισμού και πολυποίκιλων σύγχρονων απαιτήσεων. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να γίνει σε συνάρτηση με το κόστος, τη δυνατότητα πρόσβασης και τη συχνότητα χρήσης των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών προσφέροντας έτσι και πληροφορίες αλλά και νέα δεδομένα διαμόρφωσης στρατηγικής. Η δυνατότητα που δίνεται στους χρήστες - πελάτες των υπηρεσιών υγείας να αποτυπώνουν τις σκέψεις, τους προβληματισμούς, τις εντυπώσεις και τις επιθυμίες τους καλλιεργεί αίσθημα εμπιστοσύνης ανάμεσα στον πελάτη και την υπηρεσία, ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά στην επιλογή θεραπευτικού σχήματος και διαδικασιών και ενισχύει τη σύγχρονη μορφή της πελατο-κεντρικής κουλτούρας που στόχος δεν είναι μόνο η βελτίωση της ποιότητας, αλλά και η βελτίωση της ίδιας της υγειονομικής περιθάλψης. Μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών αναδεικνύονται συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας οι οποίες μπορούν να αξιολογηθούν ως μοντέλα συμπεριφοράς και να πραγματοποιηθούν παρεμβατικές-

διορθωτικές ενέργειες που θα ενισχύσουν τη θετική ανταπόκριση του ασθενή προς τη θεραπεία του την ταχύτερη ανάρρωση και τη μείωση παραμονής του ασθενή, ενώ στον ιδιωτικό φορέα χρησιμοποιείται η ικανοποίηση των πελατών ως μέθοδος προσέλκυσης πελατών (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

6.6 Οφέλη και βαθμός ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα

Μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν οφέλη τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για την ίδια την Υγειονομική υπηρεσία.

Στην πρώτη περίπτωση επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση, η αύξηση του αισθήματος εμπιστοσύνης μέσα από την καλή επικοινωνία του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας, η μείωση του άγχους, η ενημέρωση του ασθενή και η ενεργητική συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την πορεία της υγείας του και την επιλογή του ιδανικού θεραπευτικού σχήματος που ενδείκνυνται για την περίπτωσή τους, μείωση χρόνου νοσηλείας και σύντομη αποχώρηση από το νοσοκομείο. Η θετική ψυχολογία που αναπτύσσεται στον ασθενή μέσα από την άριστη επικοινωνία και αλληλεπίδραση της θεραπευτικής ομάδας δεν αποτελεί μόνο στοιχείο γρήγορης θεραπείας, αλλά ενισχύει και την αυτό θεραπεία τελικά (Μερκούρης, 1996).

Στη δεύτερη περίπτωση θετικής προσφοράς δηλαδή στην ίδια την υγειονομική μονάδα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποδεικνύεται πως γίνεται εφικτή η συλλογή στοιχείων που οδηγούν στην εκτίμηση απόδοσης των υπαλλήλων, ή στην παρέμβαση με διορθωτικές ενέργειες. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αυξάνει την υπευθυνότητα των υπαλλήλων, παρακινεί την επιδίωξή τους για απόκτηση και επίδειξη υψηλών επιπέδων απόδοσης, ενδεχομένως να αποτελέσει και νέο κριτήριο ανταμοιβής τους στηριζόμενο σε αντικειμενικά κριτήρια, νέο τρόπο αντίληψης για τον τρόπο διεκπεραίωσης εργασιών σε μία εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνουν, αυξάνει και δημιουργεί νέα κριτήρια αποδοτικότητας όπου οι διοικήσεις μπορούν να στηριχθούν και να οδηγήσουν το προσωπικό νοσηλείας να σκέφτεται περισσότερο τους πελάτες του εφόσον γνωρίζουν πως οι υπηρεσίες πλέον εκτιμώνται ποσοτικά και ποιοτικά από τους ασθενείς (Παπανικολάου, 1994).

Για όλους αυτούς τους λόγους ερευνητές όπως και ο Donabedian (1990), πρωτοπόρος στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, διατυπώνουν πως η μέτρηση της ικανοποίησης

των ασθενών αποτελεί ουσιαστικό εργαλείο έρευνας, οργάνωσης και σχεδιασμού της υγειονομικής περίθαλψης, αποτελώντας ταυτόχρονα και συγκριτικό πλεονέκτημα του Οργανισμού υγείας σε σύγκριση με άλλους ανταγωνιστές καθώς, είναι σε θέση μέσα από τις κατά περιόδους μετρήσεις να αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των καταναλωτών, να ανιχνεύσει τα «κενά» ανάμεσα στις προσδοκίες του ασθενή και της πραγματικά προσφερόμενης ποιότητας που αυτός λαμβάνει τελικά , διαμόρφωση νέων στόχων και στρατηγικών για τους εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες.

Από το 1960 και έπειτα αν και έχουν μεσολαβήσει διορθωτικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των οργανισμών υγείας, οι Έλληνες εξακολουθούν να παραμένουν δυσαρεστημένοι σε σχέση με άλλους πολίτες κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και αυτό διαπιστώνεται και προκύπτει από τη συμπεριφορά τους να μετακινούνται από τις επαρχίες στα νοσοκομεία των αστικών κέντρων, τα ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες και τις νοσοκομειακές μονάδες του εξωτερικού, αποδεικνύοντας την αρνητική εικόνα και την έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας μας γενικότερα (Fitzpatrick, Selby & While, 1998).

Στις μέρες μας υπάρχει πλέον ενεργητικό ενδιαφέρον και προσπάθειες για βέλτιστη αξιοποίηση οικονομικών πόρων, με μειωμένο κόστος, βελτίωση συνθηκών εργασίας, καλής εργασιακής απόδοσης, ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών-πελατών, αλλά παρόλα αυτά δεν υπάρχουν ανάλογα αποτελέσματα, καθώς δεν εφαρμόζονται ολοκληρωμένα προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας υπηρεσιών, δεν έχει εφαρμοστεί η καταγραφή και καταμέτρηση αποτελεσμάτων των παραγόμενων υπηρεσιών, πολλή λίγες έρευνες υπάρχουν σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών κατά το πέρασμά τους από τις νοσοκομειακές μονάδες (Miller & Baber, 1998).

Τα προτεινόμενα εργαλεία ικανοποίησης πελατών θα διαμορφωθούν μέσα από την ύπαρξη δομημένων ερωτηματολογίων των οποίων τα αποτελέσματα θα καταγράφουν και θα καταμετρήσουν τα αποτελέσματα από την ικανοποίηση των πολιτών προσφέροντας συμπεράσματα τόσο για τις ιατρονοσηλευτικές πράξεις, όσο και για τις διοικητικές δραστηριότητες στο χώρο της υγείας, και δίνουν καθοριστική χροιά νέων αποτελεσμάτων, διορθωτικών ενεργειών και διαστάσεων ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Η ανάγκη να εφαρμοστούν εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πελατών είναι απαραίτητη πλέον, ώστε να προσφέρουν

δημοσιευμένα αποτελέσματα, από τα οποία θα ωφεληθούν ασθενείς, προσωπικό υγειονομικής φροντίδας και το ίδιο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικά, κάτι που προς το παρόν αντιμετωπίζει την έντονη αμφισβήτηση εξαιτίας του ότι η εγκυρότητά του είναι περιορισμένη (Πιερράκος & Τομάρας, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

«Ικανοποίηση ασθενών στο Γ.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης-Η περίπτωση των ΤΕΠ »

7.1.Ιστορική αναδρομή του νοσοκομείου

Το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας και των Βαλκανίων. Δημιουργήθηκε από την ενοποίηση δύο Νοσοκομείων (1983): του τέως «Ιπποκράτειου», με τότε δύναμη 233 οργανικών κλινών και του τέως «Αγία Σοφία» με τότε δύναμη 390 οργανικών κλινών. Από τη συγχώνευση του 1983 έως και το 1985 το νέο Νοσοκομείο λειτούργησε με 623 κλίνες ενώ από το 1986 είχε 910 κλίνες.

Σύμφωνα με τα ιστορικά στοιχεία, το τέως «Ιπποκράτειο» ήταν διάδοχο του Νοσοκομείου «Χιρς». Τα εγκαίνια του έγιναν το 1908 και είχε ως αποστολή να προσφέρει τις υπηρεσίες του στην Ισραηλιτική Κοινότητα. Ο πρώτος Διευθυντής του ήταν ο γιατρός Ζαν Αλλαλούφ. Ως νοσοκομείο «Χιρς» λειτούργησε έως το 1941. Κατά την περίοδο της γερμανικής κατοχής αξιοποιήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες του γερμανικού στρατού και μετά τη λήξη του πολέμου, το Νοσοκομείο χρησιμοποιήθηκε από τις αγγλικές στρατιωτικές μονάδες και έπειτα από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, έως το 1950. Τότε μεταφέρθηκε εκεί το «Λαϊκό Νοσοκομείο» και ένα χρόνο αργότερα μεταβιβάστηκε από την Ισραηλιτική Κοινότητα στο Ελληνικό Δημόσιο.

Το 1962 το Νοσοκομείο μετονομάστηκε σε «Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο», έχοντας στην κατοχή του 5 κλινικές (220 αναπτυγμένες κλίνες): Παθολογική (Β' Παν/κή), Χειρουργική, Οφθαλμολογική, Ουρολογική και ΩΡΛ, δύο Εργαστήρια (Ακτινολογικό και Μικροβιολογικό) και Φαρμακείο, έως ότου συγχωνεύτηκε με το τ. «Αγία Σοφία».

Προς τις αρχές του 20ου αιώνα, η Ρωσική Κοινότητα απέκτησε το «Ρωσικό Νοσοκομείο», το οποίο βρισκονταν ανάμεσα στο «Θεαγένειο» και στο «Χιρς». Το εν λόγω κτίριο εγκαταλείφτηκε μετά τη Ρωσική Επανάσταση και τη διάλυση της

Ρωσικής Κοινότητας και το 1925 μετονομάστηκε από το Ελληνικό Δημόσιο ως «Μακεδονική Μαιευτική Κλινική». Πρώτος Διευθυντής αυτής υπήρξε ο γνωστός μαιευτήρας-γυναικολόγος και πολιτικός Ιωάννης Πασσαλίδης. Το 1939 μετονομάστηκε σε «Δημόσιο Μαιευτήριο» και το 1947 εισήλθε σε αυτό και η Σχολή Μαιών.

Έπειτα από δεκαετίες προσπάθειες της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης δημιουργήθηκε στο χώρο του «Ιπποκράτειου» ένα νέο Γενικό Νοσοκομείο. Το 1975 μεταφέρθηκε εκεί το «Δημόσιο Μαιευτήριο» και το 1977 μετονομάστηκε σε Γενικό Νοσοκομείο «Αγία Σοφία». Οι αναπτυγμένες του κλίνες ήταν 390 και λειτουργούσαν σ' αυτό οι εξής πανεπιστημιακές Κλινικές: Χειρουργική, δύο Μαιευτικές-Γυναικολογικές, Παιδιατρική, Ενδοκρινολογική, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού-Περιτοναϊκών Διυλίσεων και Νεφρικών Μεταμοσχεύσεων, Κλινική Πρόωρων και Νεογέννητων, Παιδοχειρουργική Κλινική, Αναισθησιολογικό Τμήμα και Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης και Ανάνηψης. Επίσης, λειτουργούσαν τα εξής Εργαστήρια: Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Ορμονολογικό-Κυτταρολογικό, Ιστοσυμβατότητας, Ακτινοδιαγνωστικό, Ραδιοϊσοτόπων.

Το 1983 τα δύο Γενικά Νοσοκομεία «Ιπποκράτειο» και «Αγία Σοφία» συγχωνεύονται (Π.Δ. 67/24-2-1983, ΦΕΚ 28/1983 τεύχος Β') και αποτελούν το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», με 626 ανεπτυγμένες κλίνες. Μετά την ένταξη της Σχολής Μαιών στο Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης και τη συστέγαση της νοσηλευτικής πτέρυγας στο Νοσοκομείο, το σύνολο των αναπτυγμένων κλινών φθάνει στις 806. Η συγχώνευση δημιουργήθηκε από την ανάγκη δημιουργίας ενός Γενικού Νοσοκομείου που θα είχε πλήρεις ιατρικές ειδικότητες και θα πρόσφερε ολοκληρωμένη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, έχοντας συνάμα λειτουργικό κόστος κατώτερο από το συνολικό κόστος των δυο άλλων Νοσοκομείων («Ιπποκράτειο» και «Αγία Σοφία»). Η πολύ κοντινή τοποθεσία των δυο αυτών Νοσοκομείων συνέβαλλε καθοριστικά στην υλοποίηση της λήψης της απόφασης χωρίς σημαντικά προβλήματα.

Σήμερα το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» είναι ενταγμένο στο Ε.Σ.Υ., υπό την εποπτεία της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης και συνδέεται με το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης. Παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, σε κάθε πολίτη

ισότιμα, χωρίς διακρίσεις (Ιστοσελίδα Νοσοκομείου, <http://www.ippokratio.gr/>, ανάκτηση 1-12-2018).

7.2. Οργανωτική δομή του Νοσοκομείου

Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι (Ιστοσελίδα Νοσοκομείου, <http://www.ippokratio.gr/>, ανάκτηση 1-12-2018):

1. Το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης, που λειτουργεί με βάση τις διατάξεις του άρθρου 66 παρ. 11 του Ν. 3984/2011.
2. Ο κοινός Διοικητής του Νοσοκομείου.
3. Ο κοινός Αναπληρωτής Διοικητής του άρθρου 69 της παρ. 1 του Ν. 3918/11.

Το Νοσοκομείο έχει τις εξής Υπηρεσίες, που αποτελούν Διευθύνσεις και χωρίζονται σε επιμέρους Υποδιευθύνσεις και Τμήματα:

- Ιατρική Υπηρεσία,
- Νοσηλευτική Υπηρεσία,
- Διοικητική – Οικονομική Υπηρεσία και
- Τεχνική – Ξενοδοχειακή Υπηρεσία

Στο Νοσοκομείο λειτουργεί Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας και Αυτοτελές Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας. Τα παραπάνω διαρθρώνονται όπως δείχνουν τα ακόλουθα οργανογράμματα (Ιστοσελίδα Νοσοκομείου, <http://www.ippokratio.gr/>, ανάκτηση 1-12-2018):

Όπως αναφέρθηκε, στο Νοσοκομείο λειτουργεί Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, σύμφωνα με το άρθρο 5 του Οργανισμού του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 3485 Β 31.12.2012), το οποίο έχει δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση και υπάγεται απευθείας στον κοινό Διοικητή του Νοσοκομείου.

7.3.Μεθοδολογία έρευνας-Σκοπός έρευνας& Πεδίο εφαρμογής

Σώμα γνώσης αποτελεί η μεθοδολογία μέσα από την οποία οι ερευνητές επιχειρούν να αναλύσουν και να ερμηνεύσουν τους περιορισμούς, τους μεθόδους, τις δυνατότητες που αφορούν στη διεξαγωγή της έρευνάς τους. Η καταλληλότητα των ερευνητικών παραδειγμάτων, τα δεδομένα και η μέθοδος επιλογής παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και επιπτώσεις στα τελικό ερευνητικό πόρισμα. Η σημασία του σχεδιασμού της έρευνας γεννάται από τη σχέση της ανάμεσα στη θεωρία, τα επιχειρήματα, και τις απαντήσεις σε ερωτήματα που ενισχύουν την έρευνα και τα δεδομένα που συγκεντρώνονται. Κατά συνέπεια, ο ερευνητικός σχεδιασμός είναι αυτός που επιτρέπει στους ερευνητές να δώσουν τεκμηριωμένες απαντήσεις σε ερωτήματα που μελετώνται σε κάθε έρευνα (Cohen et al., 2000).

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας και το πεδίο εφαρμογής είναι η μελέτη της προσέλευσης και της ικανοποίησης των πολιτών οι οποίοι προσήλθαν ως ασθενείς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», λόγω ενός εκτάκτου συμβάντος. Το συγκεκριμένο Τμήμα επιλέχθηκε με το σκεπτικό ότι αποτελεί την κεντρικότερη μονάδα τμήματος ενδο νοσοκομειακά, είναι το πολυπληθέστερο τμήμα και κατά συνέπεια, ιδανικό από άποψη συλλογής πολυποίκιλων πληροφοριών και δεδομένων προς ερευνητική επεξεργασία.

7.4 Ερευνητικό εργαλείο

Ως εργαλείο συλλογής και μέτρησης των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε δομημένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, ποσοτικής έρευνας που διεξήχθη σε ημέρες εφημεριών του νοσοκομείου. Έγκριση ζητήθηκε και δόθηκε τόσο από την Επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου, όσο και από το Διευθυντή του Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών κ. Τσιότρα Χρήστο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από τριάντα ερωτήσεις και διαχωρίζεται σε τρεις ενότητες: Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων. Πιο συγκεκριμένα, ερωτήθηκαν το Φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η υπηκοότητα. Ακόμα στο ίδιο μέρος προστέθηκε μία ερώτηση η οποία αφορούσε στον

τρόπο μετάβασης στο νοσοκομείο (ταξί, ασθενοφόρο, κ.τ.λ.) και μία ερώτηση για τον αν ο ερωτώμενος συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο για τον ίδιο ή άλλο πρόσωπο.

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές με την προσέλευση των ασθενών στο νοσοκομείο και τις πρώτες «στιγμές» στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Όπως, για παράδειγμα, εάν βρήκαν εύκολα το τμήμα επειγόντων και πόση ώρα περίμεναν οι ερωτώμενοι μέχρι τη διάγνωση.

Η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών από το τμήμα επειγόντων. Ενδεικτικά ερωτήθηκαν για το πως αξιολογούν το παρεχόμενο ιατρικό έργο, το νοσηλευτικό έργο, την καθαριότητα και άλλα.

7.5 Πληθυσμός, δείγμα και δειγματοληψία

Ο πληθυσμός μελέτης της παρούσας έρευνας είναι οι εισερχόμενοι ασθενείς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ». Έτσι το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 200 ασθενείς τμήματος αυτού.

Ως μέθοδος επιλογής δείγματος επιλέχθηκε η βολική δειγματοληψία. Αυτό έγινε διότι η συγγραφέας της παρούσας έρευνας εργάζεται ως νοσηλεύτρια στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και μπόρεσε έτσι να προσεγγίσει το δείγμα.

7.6. Διαδικασία υλοποίησης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια γενικών 24ωρων εφημεριών του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Κάποιες από αυτές τις ημέρες το Ιπποκράτειο εφημέρευε μόνο του χωρίς τη συμμετοχή άλλου νοσοκομείου εντός του νομού της Θεσσαλονίκης, με αποτέλεσμα, να καλείται να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού ολόκληρου του νομού, αλλά και της Περιφέρειας. Από τα συνολικά 200 ερωτηματολόγια τα 80 απαντήθηκαν σε πρωινό ωράριο εφημερίας, τα 80 σε απογευματινό ωράριο εφημερίας, ενώ, τα υπόλοιπα 40 σε βραδινές εφημερίες. Η

συγγραφέας ήταν διαθέσιμη για οποιαδήποτε απορία των ασθενών, καθώς συνέλεγε τα ερωτηματολόγια και οι ασθενείς ήταν από όλα τα τμήματα (καρδιολογικό, χειρουργικό, παθολογικό, νευρολογικό, ορθοπαιδικό παιδιατρικό, οφθαλμολογικό, Ω.ρ.λ, κ.τ.λ.). Θα πρέπει να τονιστεί, η φιλική και καλή διάθεση των περισσότερων ασθενών να συνεργαστούν και να αφιερώσουν χρόνο στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, να σχολιάσουν και να προχωρήσουν σε προτάσεις βελτίωσης του νοσοκομειακού οργανισμού τις οποίες η συγγραφέας κατέγραψε.

7.7.Ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων

Για να γίνει η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων θα πρέπει πρώτα αυτά να κωδικοποιηθούν. Στην κωδικοποίηση των δεδομένων κάθε ερώτηση παίρνει μία σύντομη κωδική ονομασία. Ακόμα, κάθε πιθανή απάντηση αυτής της ερώτησης παίρνει μία αριθμητική τιμή ως κωδικοποίηση. Για παράδειγμα για την ερώτηση του φύλου η κωδικοποίηση μπορεί να είναι GEN και οι δύο απαντήσεις παίρνουν τις τιμές άνδρας=1 και γυναίκα=0. Με αυτό τον τρόπο κωδικοποιούνται όλες οι ερωτήσεις με τις απαντήσεις τους και εισάγονται στο στατιστικό πακέτο. Στην παρούσα έρευνα το στατιστικό πακέτο το οποίο χρησιμοποιήθηκε ήταν το SPSS 25 της IBM (Στατιστικό Πακέτο για Κοινωνικές Επιστήμες).

Έπειτα, έγινε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων από τα οποία βγήκαν τα συμπεράσματα της έρευνας. Αυτά ακολουθούν στην επόμενη ενότητα.

7.8.Αποτελέσματα έρευνας

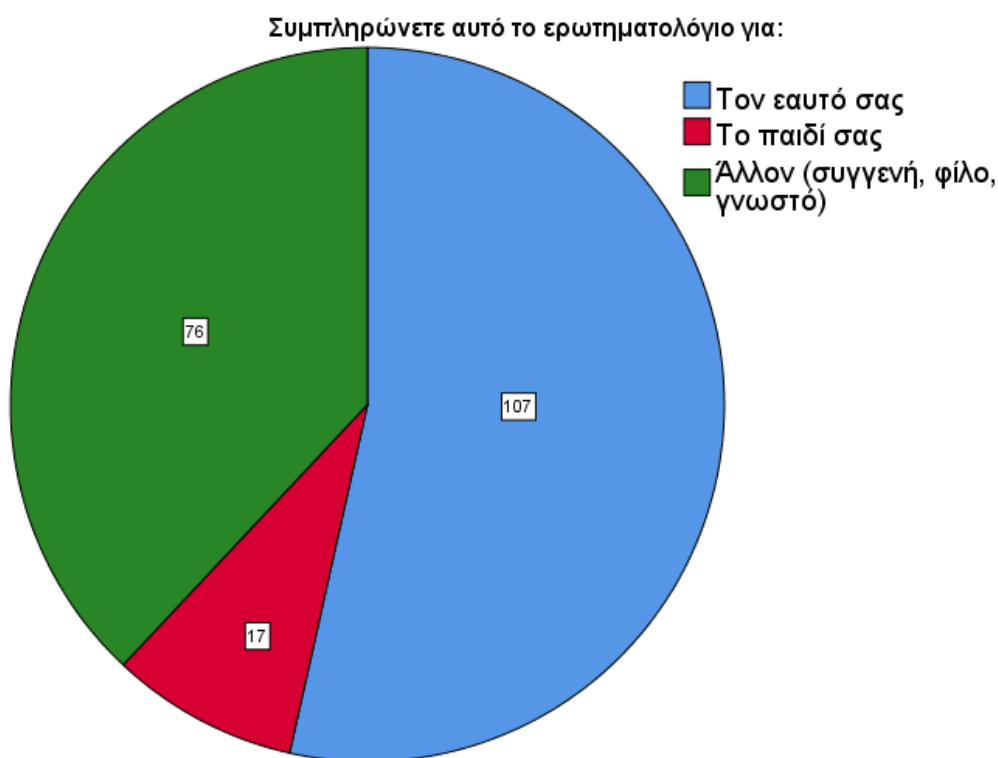
7.8.1 Για ποιον συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο:

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Τον εαυτό σας	107	53,5	53,5	53,5
	Το παιδί σας	17	8,5	8,5	62,0
	Άλλον (συγγενή, φίλο, γνωστό)	76	38,0	38,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 1. Συμπληρώνετε αυτό το ερωτηματολόγιο για:

Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι το 53,5 % (107 άτομα) του δείγματος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο για τον εαυτό του ενώ για άλλον το 38 % (76 άτομα). Για το παιδί του συμπλήρωσε μόνο το 8,5 % (17 άτομα).



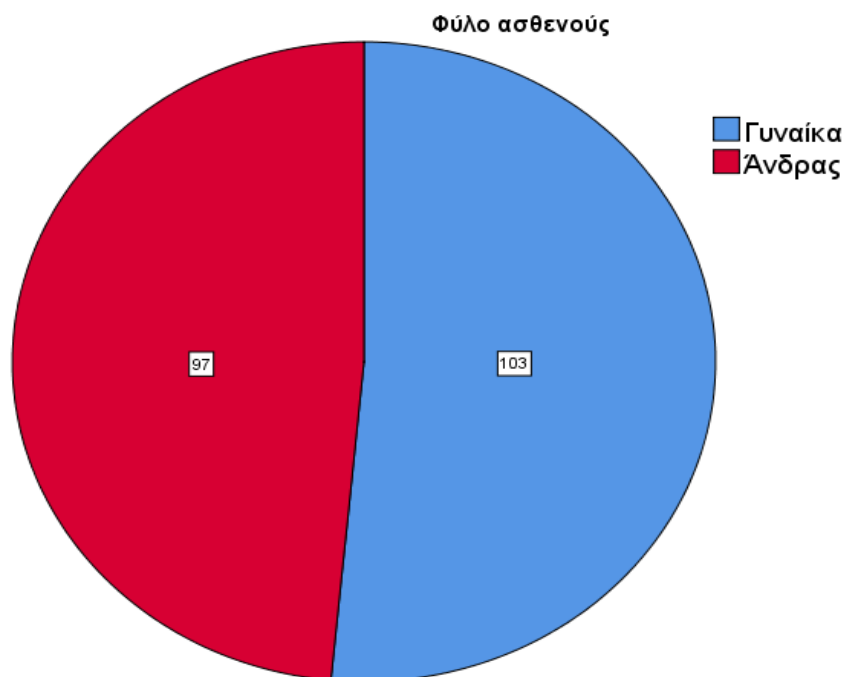
Γράφημα 1 Συμπληρώνετε αυτό το ερωτηματολόγιο για

7.8.2.Φύλο Ασθενούς

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Γυναίκα	103	51,5	51,5	51,5
Άνδρας	97	48,5	48,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 2 Φύλο ασθενούς

Από τον παραπάνω πίνακα 2 προκύπτει ότι οι γυναίκες αποτελούν το 51,5 % (103 γυναίκες) του δείγματος ενώ οι άνδρες το 48,5 % (97 άνδρες). Όπως είναι προφανές από τα παραπάνω την πλειοψηφία του δείγματος αποτελούν οι γυναίκες. Όπως φαίνεται ακόμα όλοι οι ερωτώμενοι απάντησαν σε αυτή την ερώτηση οπότε τα ποσοστά στη στήλη percent είναι ίδια με τη στήλη valid percent.



Γράφημα 2 Φύλο ασθενούς

7.8.3.Ηλικία Ασθενούς

Ηλικία		
N	Valid	200
	Missing	0
Mean		48,74
Median		49,00
Mode		25
Minimum		10
Maximum		93

Πίνακας 3 Συγκεντρωτικά στοιχεία ηλικίας

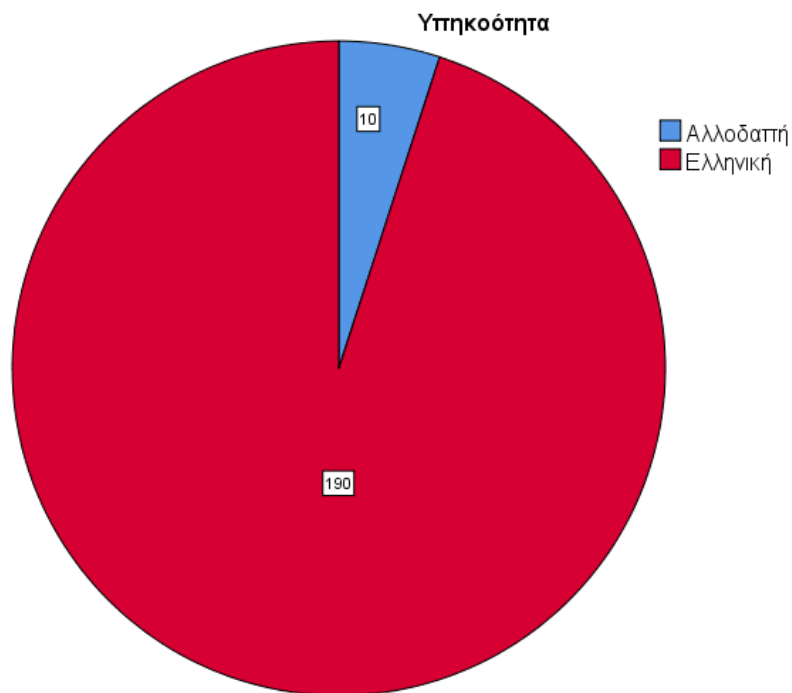
Από τον πίνακα 3 για την ηλικία παρατηρείται ότι η μέση ηλικία του δείγματος είναι 48,74 χρόνια. Επιπλέον η ηλικία των περισσότερων ερωτώμενων (δεσπόζουσα τιμή) είναι τα 25 (5 % του δείγματος / 10 άτομα) χρόνια. Ακόμα το άτομο με τη μικρότερη ηλικία είναι 10 χρονών ενώ με τη μεγαλύτερη 93.

7.8.4.Υπηκοότητα Ασθενούς

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αλλοδαπή	10	5,0	5,0	5,0
Ελληνική	190	95,0	95,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας4 Υπηκοότητα

Από τον πίνακα 4 παρατηρείται ότι το 95 % (190 άτομα) του δείγματος είναι Έλληνες υπήκοοι ενώ μόλις το 5 % (10 άτομα) είναι υπήκοοι άλλου κράτους.



Γράφημα 3 Υπηκοότητα

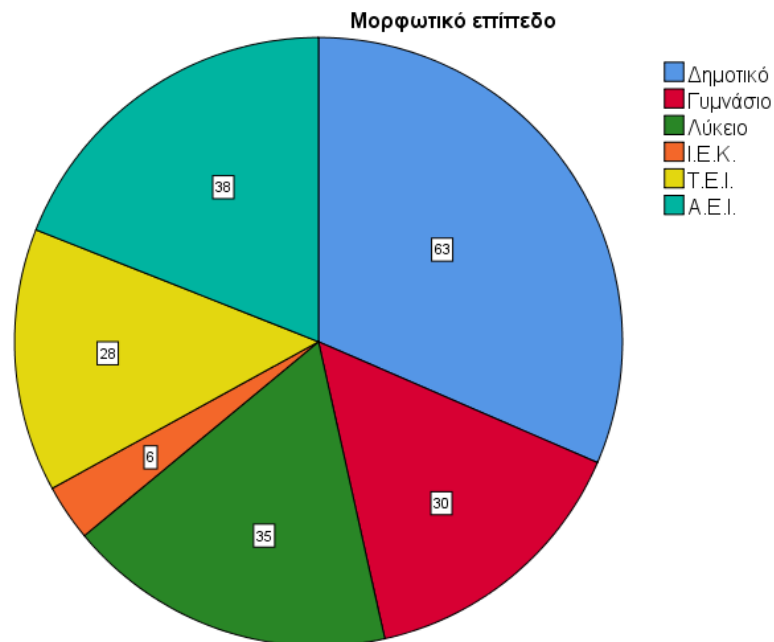
7.8.5.Μορφωτικό επίπεδο Ασθενούς

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημοτικό	63	31,5	31,5	31,5
Γυμνάσιο	30	15,0	15,0	46,5
Λύκειο	35	17,5	17,5	64,0
Ι.Ε.Κ.	6	3,0	3,0	67,0
Τ.Ε.Ι.	28	14,0	14,0	81,0
Α.Ε.Ι.	38	19,0	19,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 5. Μορφωτικό επίπεδο

Από τον πίνακα 5 παρατηρείται ότι το 31,5% (63 άτομα) του δείγματος είναι δημοτικής εκπαίδευσης ενώ το γυμνάσιο έχει τελειώσει το 15% (30 άτομα). Το

λύκειο έχει τελειώσει το 17,5% (35 άτομα) του δείγματος και σε ΙΕΚ έχει φοιτήσει το 3% (6 άτομα). Τέλος το 14% (28 άτομα) του δείγματος είναι απόφοιτοι τεχνολογικής και το 19% (38 άτομα) απόφοιτοι ΑΕΙ.



Γράφημα 4 Μορφωτικό επίπεδο

7.8.6. Μέσο μετάβασης στο νοσοκομείο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ασθενοφόρο	28	14,0	14,6	14,6
	Ταξί	21	10,5	10,9	25,5
	Αυτοκίνητο	115	57,5	59,9	85,4
	Άλλο	28	14,0	14,6	100,0
	Total	192	96,0	100,0	
Missing	System	8	4,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 6. Με ποιο όχημα μεταφερθήκατε στο νοσοκομείο

Από τον πίνακα 6 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος 57,5 % (115 άτομα) πήγε στο νοσοκομείο με το αυτοκίνητο του ενώ με το ασθενοφόρο το 14 % (28 άτομα). Το 10,5 % (21 άτομα) του δείγματος πήγε στο νοσοκομείο με ταξί ενώ το 14 % (28 άτομα) δήλωσαν ότι πήγαν με άλλο τρόπο. Το 4% (8 άτομα) δεν απάντησε στην ερώτηση (missing system). (Το valid percent είναι το ποσοστό αυτών που απάντησαν ενώ το percent το σύνολο του δείγματος).



Γράφημα 5. Με ποιο όχημα μεταφερθήκατε στο νοσοκομείο

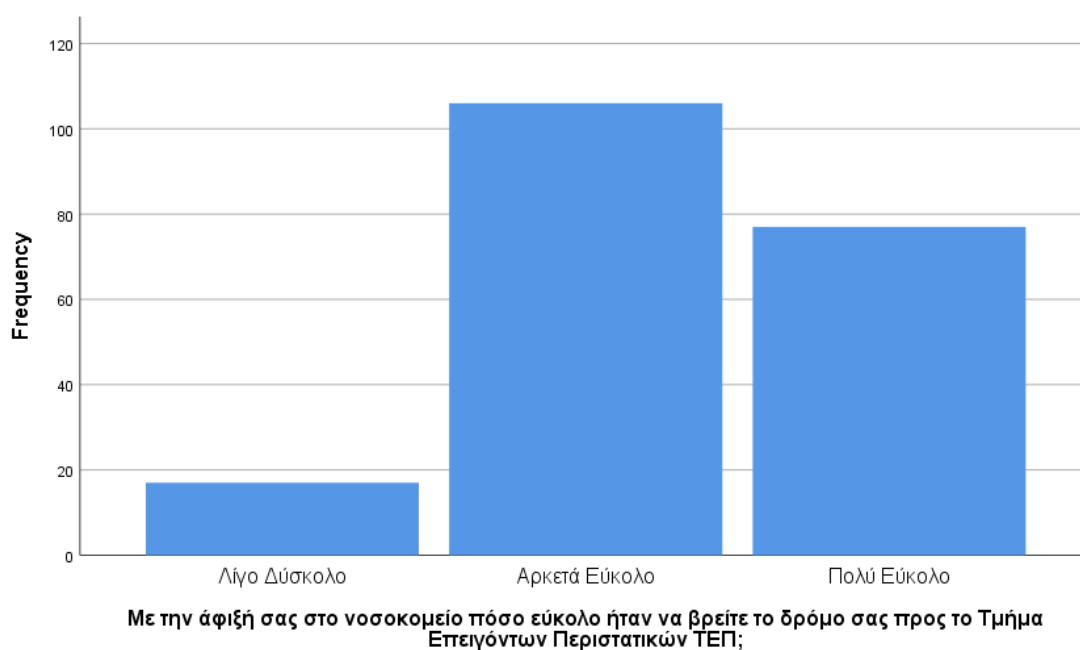
7.8.7. Με την άφιξή σας στο νοσοκομείο πόσο εύκολο ήταν να βρείτε το δρόμο σας προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ΤΕΠ;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο Δύσκολο	17	8,5	8,5	8,5

Αρκετά Εύκολο	106	53,0	53,0	61,5
Πολύ Εύκολο	77	38,5	38,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 7. Με την άφιξή σας στο νοσοκομείο πόσο εύκολο ήταν να βρείτε το δρόμο σας προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ΤΕΠ;

Στην ερώτηση αυτή το 8,5 % (17 άτομα) των ερωτώμενων απάντησε λίγο δύσκολο και αρκετά εύκολο το 53 % (106 άτομα) ενώ τέλος το 38,5 % (77 άτομα) απάντησε πολύ εύκολο.



Γράφημα 6. Με την άφιξή σας στο νοσοκομείο πόσο εύκολο ήταν να βρείτε το δρόμο σας προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ΤΕΠ;

7.8.8. Καταχωρήθηκαν τα ατομικά σας στοιχεία άμεσα από το διοικητικό υπάλληλο;

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Ναι	1	,5	,5	,5
	Όχι	194	97,0	97,0	97,5
	Με καθυστέρηση	5	2,5	2,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 8. Καταχωρήθηκαν τα ατομικά σας στοιχεία άμεσα από το διοικητικό υπάλληλο;

Από τον πίνακα 8 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος 97 % (194 άτομα) απάντησε όχι και μόλις το 0,5 % (1 άτομο) απάντησε θετικά. Τέλος το 2,5 % (5 άτομα) απάντησαν ότι τα στοιχεία τους καταχωρήθηκαν με καθυστέρηση.



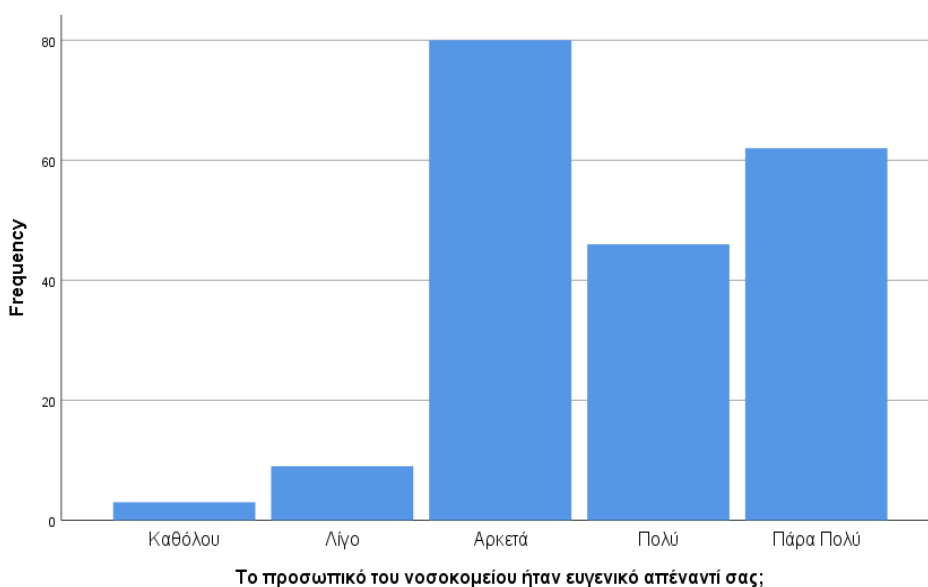
Γράφημα 7. Καταχωρήθηκαν τα ατομικά σας στοιχεία άμεσα από το διοικητικό υπάλληλο;

7.8.9. Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό απέναντί σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	3	1,5	1,5	1,5
	Λίγο	9	4,5	4,5	6,0
	Αρκετά	80	40,0	40,0	46,0
	Πολύ	46	23,0	23,0	69,0
	Πάρα Πολύ	62	31,0	31,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 9. Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό απέναντί σας;

Από τον πίνακα 9 παρατηρείται ότι το 1,5 % (3 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 4,5 % (9 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 40 % (80 άτομα) αρκετά. Τέλος το 23 % (46 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 31 % (62 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



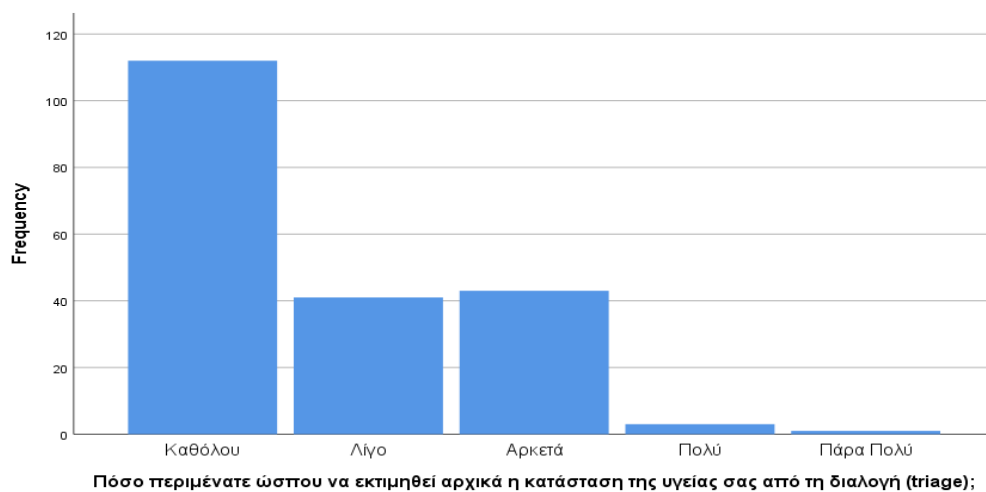
Γράφημα 8. Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό απέναντί σας;

7.8.10. Πόσο περιμένατε ώσπου να εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας σας από τη διαλογή (triage);

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Καθόλου	112	56,0	56,0	56,0	
	Λίγο	41	20,5	20,5	76,5	
	Αρκετά	43	21,5	21,5	98,0	
	Πολύ	3	1,5	1,5	99,5	
	Πάρα Πολύ	1	,5	,5	100,0	
	Total		200	100,0	100,0	

Πίνακας 10. Πόσο περιμένετε ώσπου να εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας σας από τη διαλογή (triage);

Από τον πίνακα 10 παρατηρείται ότι το 56 % (112 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 20,5 % (41 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 21,5 % (43 άτομα) αρκετά. Τέλος το 1,5 % (3 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 0,2 % (1 άτομο) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



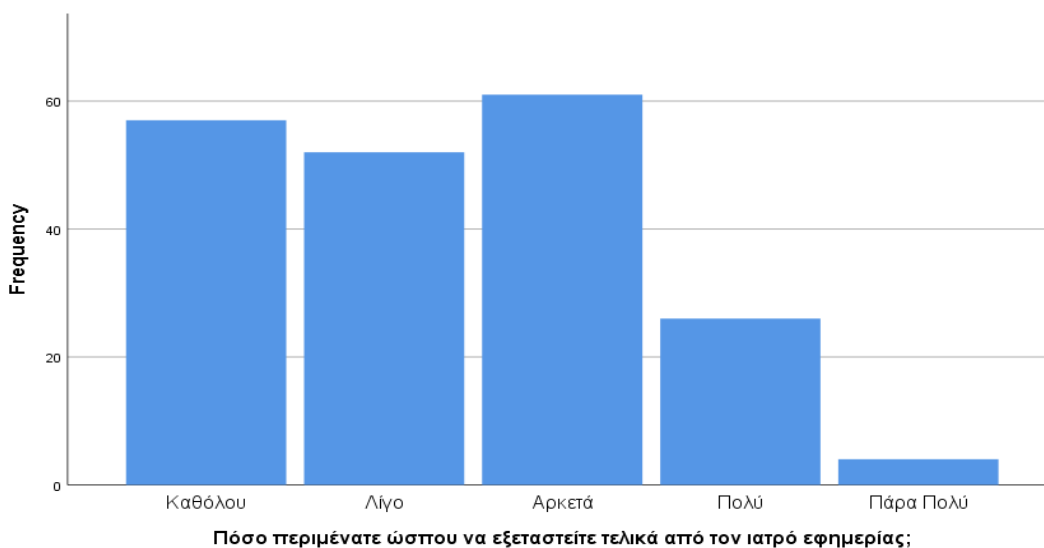
Γράφημα 9. Πόσο περιμένετε ώσπου να εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας σας από τη διαλογή (triage);

7.8.11. Πόσο περιμένετε ώσπου να εξεταστείτε τελικά από τον ιατρό εφημερίας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	57	28,5	28,5	28,5
	Λίγο	52	26,0	26,0	54,5
	Αρκετά	61	30,5	30,5	85,0
	Πολύ	26	13,0	13,0	98,0
	Πάρα Πολύ	4	2,0	2,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 21. Πόσο περιμένατε ώσπου να εξεταστείτε τελικά από τον ιατρό εφημερίας;

Από τον πίνακα 11 παρατηρείται ότι το 28,5 % (57 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 26 % (52 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 30,5 % (61 άτομα) αρκετά. Τέλος το 13 % (26 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 2 % (4 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



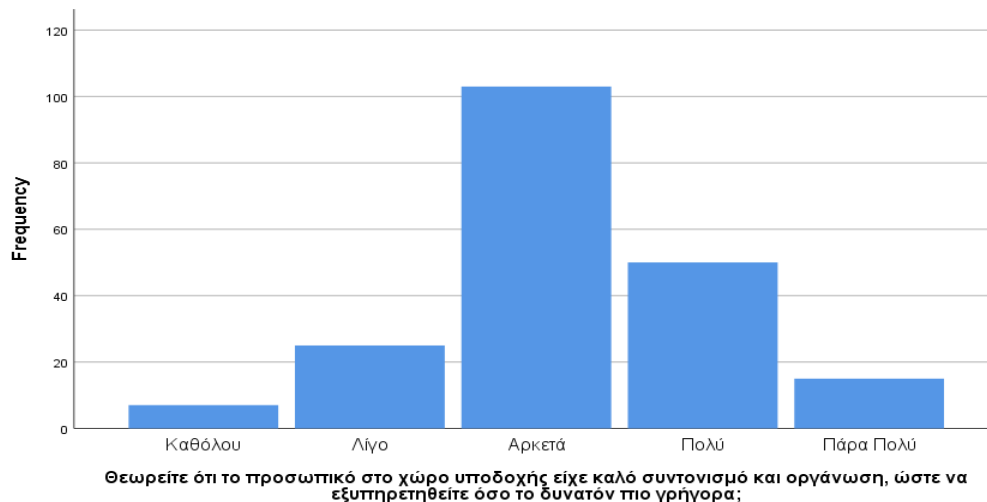
Γράφημα 10. Πόσο περιμένατε ώσπου να εξεταστείτε τελικά από τον ιατρό εφημερίας;

7.8.12.Θεωρείτε ότι το προσωπικό στο χώρο υποδοχής είχε καλό συντονισμό και οργάνωση, ώστε να εξυπηρετηθείτε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	3,5	3,5	3,5
	Λίγο	25	12,5	12,5	16,0
	Αρκετά	103	51,5	51,5	67,5
	Πολύ	50	25,0	25,0	92,5
	Πάρα Πολύ	15	7,5	7,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 3. Θεωρείτε ότι το προσωπικό στο χώρο υποδοχής είχε καλό συντονισμό και οργάνωση, ώστε να εξυπηρετηθείτε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα;

Από τον πίνακα 12 παρατηρείται ότι το 3,5 % (7 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 12,5 % (25 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 51,5 % (103 άτομα) αρκετά. Τέλος το 25 % (50 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 7,5 % (15 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



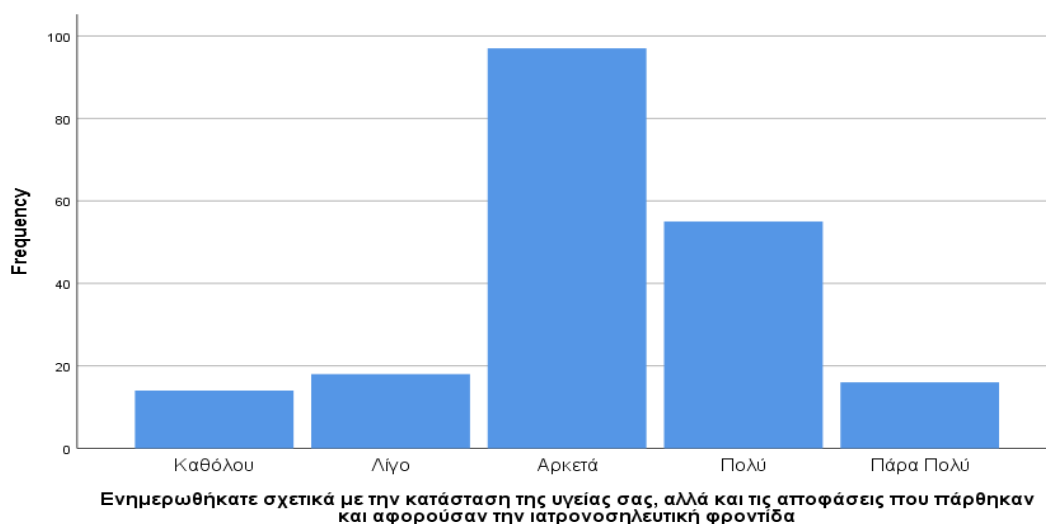
Γράφημα 11. Θεωρείτε ότι το προσωπικό στο χώρο υποδοχής είχε καλό συντονισμό και οργάνωση, ώστε να εξυπηρετηθείτε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα;

7.8.13.Ενημερωθήκατε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (δική σας ή του παιδιού σας)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	14	7,0	7,0	7,0
Λίγο	18	9,0	9,0	16,0
Αρκετά	97	48,5	48,5	64,5
Πολύ	55	27,5	27,5	92,0
Πάρα Πολύ	16	8,0	8,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 43. Ενημερωθήκατε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα

Από τον πίνακα 13 παρατηρείται ότι το 7 % (14 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 9 % (18 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 48,5 % (97 άτομα) αρκετά. Τέλος το 27,5 % (55 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 8 % (16 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



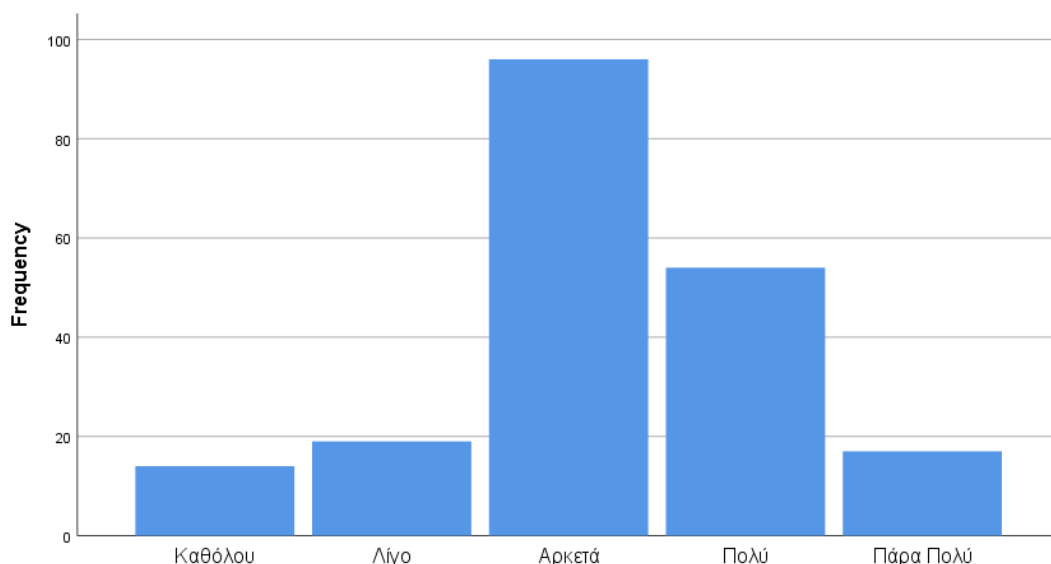
Γράφημα 12. Ενημερωθήκατε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα

7.8.14. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες που σας έδωσε ήταν αρκετά κατανοητές για εσάς;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	14	7,0	7,0	7,0
Λίγο	19	9,5	9,5	16,5
Αρκετά	96	48,0	48,0	64,5
Πολύ	54	27,0	27,0	91,5
Πάρα Πολύ	17	8,5	8,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 5. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες που σας έδωσε ήταν αρκετά κατανοητές;

Από τον πίνακα 14 παρατηρείται ότι το 7 % (14 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 9,5 % (19 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 48 % (96 άτομα) αρκετά. Τέλος το 27 % (54 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 8,5 % (17 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες που σας έδωσε ήταν αρκετά κατανοητές;

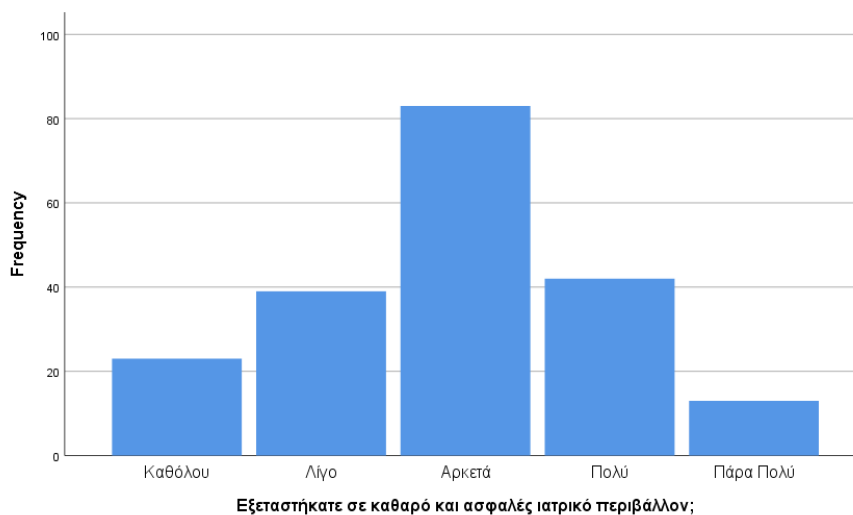
Γράφημα 13. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες που σας έδωσε ήταν αρκετά κατανοητές;

7.8.15.Εξεταστήκατε σε καθαρό και ασφαλές ιατρικό περιβάλλον;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	23	11,5	11,5	11,5
	Λίγο	39	19,5	19,5	31,0
	Αρκετά	83	41,5	41,5	72,5
	Πολύ	42	21,0	21,0	93,5
	Πάρα Πολύ	13	6,5	6,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 65. Εξεταστήκατε σε καθαρό και ασφαλές ιατρικό περιβάλλον;

Από τον πίνακα 15 παρατηρείται ότι το 11,5 % (23 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 19,5 % (39 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 41,5 % (83 άτομα) αρκετά. Τέλος το 21 % (42 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 6,5 % (13 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



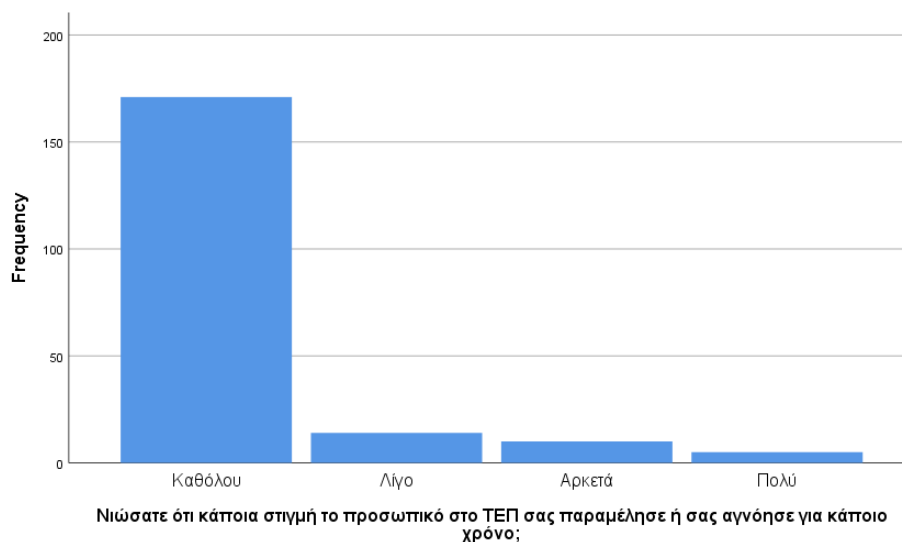
Γράφημα 14. Εξεταστήκατε σε καθαρό και ασφαλές ιατρικό περιβάλλον;

7.8.16.Νιώσατε ότι κάποια στιγμή το προσωπικό στο ΤΕΠ σας παραμέλησε ή σας αγνόησε για κάποιο χρόνο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	171	85,5	85,5	85,5
	Λίγο	14	7,0	7,0	92,5
	Αρκετά	10	5,0	5,0	97,5
	Πολύ	5	2,5	2,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 7. Νιώσατε ότι κάποια στιγμή το προσωπικό στο ΤΕΠ σας παραμέλησε ή σας αγνόησε για κάποιο χρόνο;

Από τον πίνακα 16 παρατηρείται ότι το 85,5 % (171 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 7 % (14 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 5 % (10 άτομα) αρκετά. Τέλος το 2,5 % (5 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος πάρα πολύ κανένας.



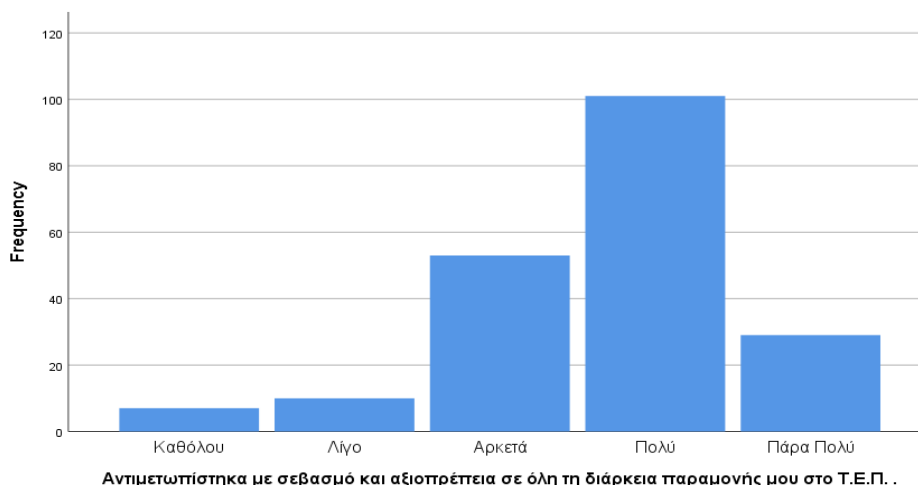
Γράφημα 15. Νιώσατε ότι κάποια στιγμή το προσωπικό στο ΤΕΠ σας παραμέλησε ή σας αγνόησε για κάποιο χρόνο;

7.8.17.Αντιμετωπίστηκα με σεβασμό και αξιοπρέπεια σε όλη τη διάρκεια παραμονής μου στο Τ.Ε.Π

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	3,5	3,5	3,5
	Λίγο	10	5,0	5,0	8,5
	Αρκετά	53	26,5	26,5	35,0
	Πολύ	101	50,5	50,5	85,5
	Πάρα Πολύ	29	14,5	14,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 87. Αντιμετωπίστηκα με σεβασμό και αξιοπρέπεια σε όλη τη διάρκεια παραμονής μου στο Τ.Ε.Π.

Από τον πίνακα 17 παρατηρείται ότι το 3,5 % (7 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 5 % (10 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 26,5 % (53 άτομα) αρκετά. Τέλος το 50,5 % (101 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 14,5 % (29 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



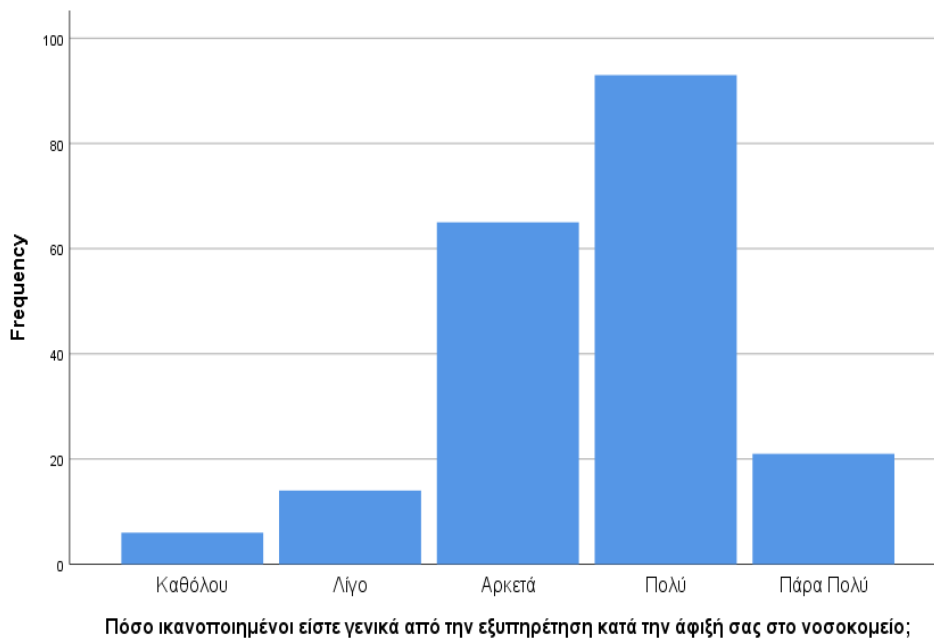
Γράφημα 16. Αντιμετωπίστηκα με σεβασμό και αξιοπρέπεια σε όλη τη διάρκεια παραμονής μου στο Τ.Ε.Π.

7.8.18. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από την εξυπηρέτηση κατά την άφιξή σας στο νοσοκομείο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	6	3,0	3,0	3,0
	Λίγο	14	7,0	7,0	10,1
	Αρκετά	65	32,5	32,7	42,7
	Πολύ	93	46,5	46,7	89,4
	Πάρα Πολύ	21	10,5	10,6	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
	Missing System	1	,5		
Total	200	100,0			

Πίνακας 98. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από την εξυπηρέτηση κατά την άφιξή σας στο νοσοκομείο;

Από τον πίνακα 18 παρατηρείται ότι το 3 % (6 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 7 % (14 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 32,5 % (65 άτομα) αρκετά. Τέλος το 46,5 % (93 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 10,5 % (21 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



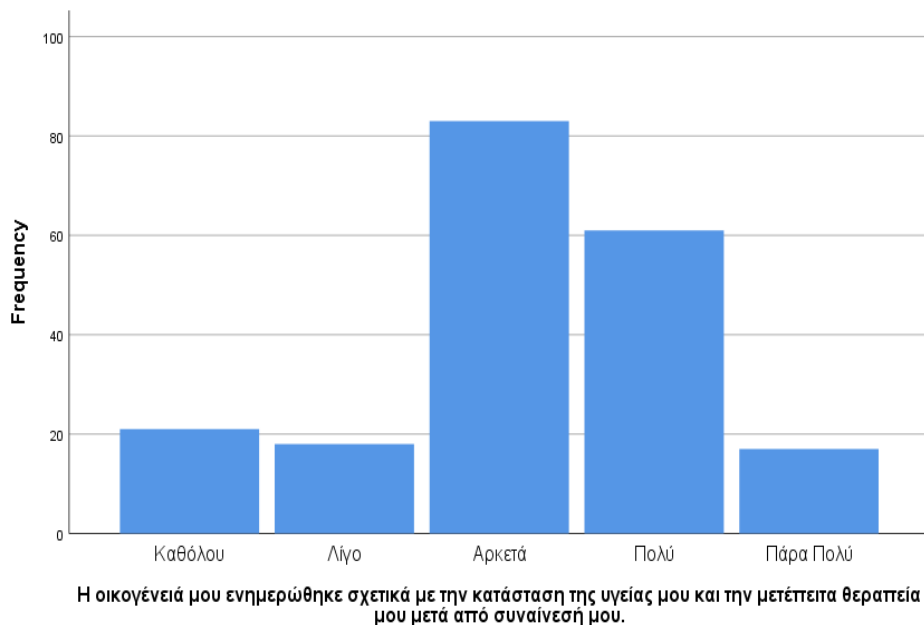
Γράφημα 17. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από την εξυπηρέτηση κατά την άφιξή σας στο νοσοκομείο;

7.8.19. Η οικογένειά μου ενημερώθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και την μετέπειτα θεραπεία μου μετά από συναίνεσή μου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	21	10,5	10,5	10,5
	Λίγο	18	9,0	9,0	19,5
	Αρκετά	83	41,5	41,5	61,0
	Πολύ	61	30,5	30,5	91,5
	Πάρα Πολύ	17	8,5	8,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 19. Η οικογένειά μου ενημερώθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και την μετέπειτα θεραπεία μου μετά από συναίνεσή μου.

Από τον πίνακα 19 παρατηρείται ότι το 10,5 % (21 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 9 % (18 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 41,5 % (83 άτομα) αρκετά. Τέλος το 30,5 % (61 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 8,5 % (17 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



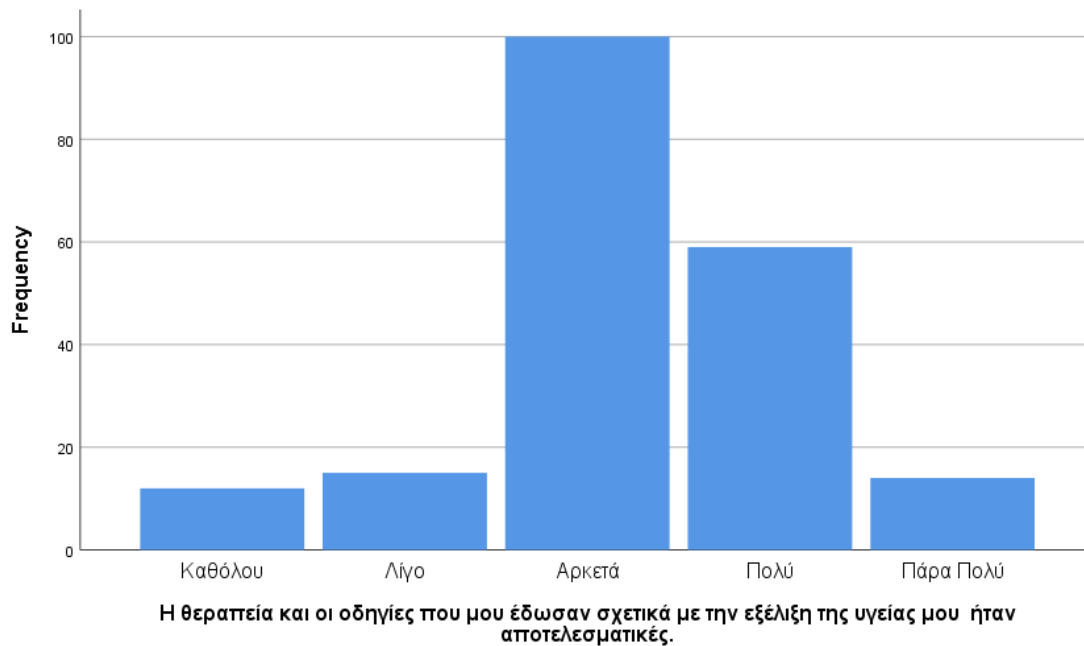
Γράφημα 18. Η οικογένειά μου ενημερώθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και την μετέπειτα θεραπεία μου μετά από συναίνεσή μου.

7.8.20. Η θεραπεία και οι οδηγίες που μου έδωσαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας μου ήταν αποτελεσματικές

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	12	6,0	6,0	6,0
Λίγο	15	7,5	7,5	13,5
Αρκετά	100	50,0	50,0	63,5
Πολύ	59	29,5	29,5	93,0
Πάρα Πολύ	14	7,0	7,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 100. Η θεραπεία και οι οδηγίες που μου έδωσαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας μου ήταν αποτελεσματικές.

Από τον πίνακα 20 παρατηρείται ότι το 6 % (12 άτομα) του δείγματος απάντησε καθόλου. Το 7,5 % (15 άτομα) απάντησε λίγο ενώ το 50 % (100 άτομα) αρκετά. Τέλος το 29,5 % (59 άτομα) απάντησε στη ερώτηση αυτή πολύ και τέλος το 7 % (14 άτομα) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ.



Γράφημα 19. Η θεραπεία και οι οδηγίες που μου έδωσαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας μου ήταν αποτελεσματικές.

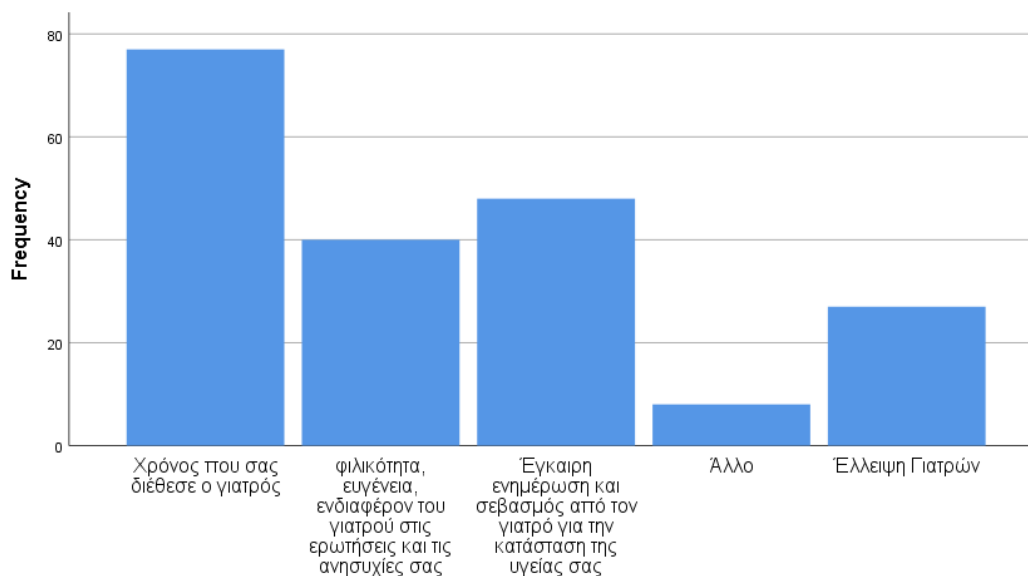
7.8.21. Το ιατρικό έργο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Val Χρόνος που σας διέθεσε ο γιατρός	77	38,5	38,5	38,5
id φιλικότητα, ευγένεια, ενδιαφέρον του γιατρού στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας	40	20,0	20,0	58,5

Έγκαιρη ενημέρωση και σεβασμός από τον γιατρό για την κατάσταση της υγείας σας	48	24,0	24,0	82,5
Άλλο	8	4,0	4,0	86,5
Έλλειψη Γιατρών	27	13,5	13,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 111. Το ιατρικό έργο:

Από τον πίνακα 21 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλαδή το 38,5 % (77 άτομα) του δείγματος στην ερώτηση για την ικανοποίηση από το ιατρικό έργο απάντησε το χρόνο που διέθεσε ο γιατρός. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι το 13,5 % (27 άτομα) απάντησε την επιλογή άλλο στην οποία δήλωσε ότι υπήρχε έλλειψη γιατρών στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου.



Γράφημα 20. Το ιατρικό έργο

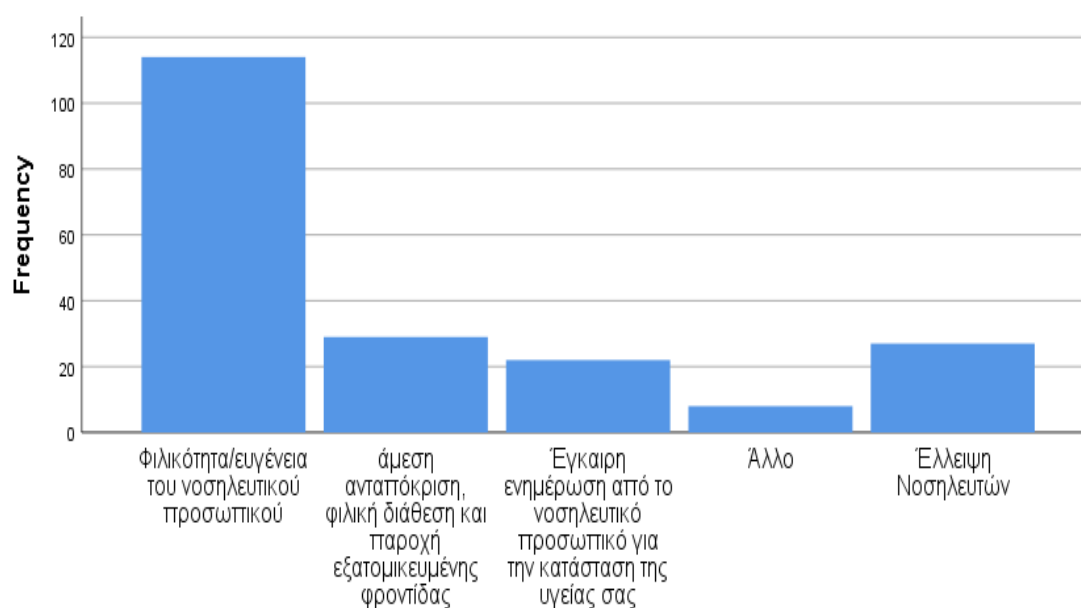
7.8.22. Το νοσηλευτικό έργο

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού	114	57,0	57,0	57,0
	άμεση ανταπόκριση, φιλική διάθεση και παροχή εξατομικευμένης φροντίδας	29	14,5	14,5	71,5
	Έγκαιρη ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας σας	22	11,0	11,0	82,5
	Άλλο	8	4,0	4,0	86,5
	Έλλειψη Νοσηλευτών	27	13,5	13,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 12. Το νοσηλευτικό έργο:

Από τον πίνακα 22 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλαδή το 57 % (114 άτομα) του δείγματος στην ερώτηση για την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό έργο απάντησε τη φιλοξενία του νοσηλευτικού προσωπικού. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι το 13,5 % (27 άτομα) απάντησε την επιλογή άλλο στην οποία δήλωσε ότι υπήρχε έλλειψη νοσηλευτών στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου.



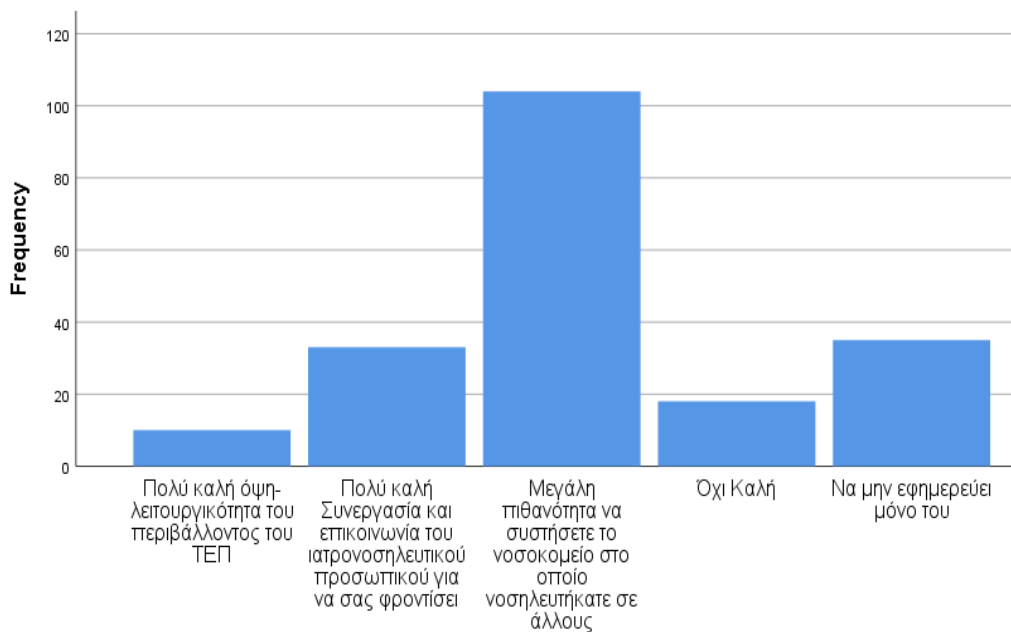
Γράφημα 21. Το νοσηλευτικό έργο:

7.8.23.Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή όψη-λειτουργικότητα του περιβάλλοντος του ΤΕΠ	10	5,0	5,0	5,0
	Πολύ καλή Συνεργασία και επικοινωνία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για να σας φροντίσει	33	16,5	16,5	21,5
	Μεγάλη πιθανότητα να συστήσετε το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλευθήκατε σε άλλους	104	52,0	52,0	73,5
	Όχι Καλή	18	9,0	9,0	82,5
	Να μην εφημερεύει μόνο του	35	17,5	17,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 133. Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου:

Από τον πίνακα 23 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλαδή το 52 % (104 άτομα) στην ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση τους από το τμήμα επειγόντων απάντησε τη μεγάλη πιθανότητα να συστήσει το νοσοκομείο σε άλλους. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι το 17,5 % (35 άτομα) απάντησε την επιλογή άλλο στην οποία δήλωσε να μην εφημερεύει μόνο αυτό το νοσοκομείο. Ακόμα το 9 % (18 άτομα) δήλωσε στην επιλογή άλλο ότι δεν έχει καλή εντύπωση από το τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου.



Γράφημα 22. Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου:

Το 36 % (72 άτομα) του δείγματος κατά την προσέλευση του στο τμήμα επειγόντων δήλωσε ότι το προσωπικό ήταν ευγενικό. Το 48,5% (97 άτομα) στην ερώτηση για την καθαριότητα δήλωσε ότι ο χώρος ήταν λειτουργικός.

Το 37,5 % (75 άτομα) του δείγματος δήλωσε ότι το προσωπικό του παρείχε αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και την αναγκαία θεραπεία. Το 37 % (74 άτομα) δήλωσε ότι έλαβε πληροφορίες κατά τη διάρκεια των εξετάσεων καθώς και οδηγίες για τη θεραπεία στο σπίτι.

Σχετικά με την αντιμετώπιση συγγενών και φίλων το 31 % (62 άτομα) δήλωσε ότι τα κοντινά πρόσωπα του έλαβαν άρτια εξυπηρέτηση από το προσωπικό ενώ το 14,5 % (29 άτομα) τόνισε την έλλειψη προσωπικού.

Το 43 % (86 άτομα) των ερωτώμενων για την έξοδο από το τμήμα επειγόντων απάντησε ότι έλαβε οδηγίες που τους δόθηκαν και σχετική ενημέρωση για τη διευθέτηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας στο σπίτι.

Τέλος σε ότι αφορά τα προσωπικά θέματα το 37,5 % (75 άτομα) δήλωσε ότι υπήρξε σεβασμός και διαφύλαξη της ιδιωτικής του ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Συμπεράσματα ικανοποίησης εξωτερικών πελατών από τα ΤΕΠ του Γ.Ν. Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης

Από την επισκόπηση των αποτελεσμάτων προκύπτουν κάποια συμπεράσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών τα οποία είναι τα ακόλουθα:

Η έλλειψη προσωπικού ιατρικού, νοσηλευτικού όσο και διοικητικού ήταν κάτι το οποίο δε πέρασε απαρατήρητο από τους πολίτες κατά την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο. Ειδικότερα, όσον αφορά στο διοικητικό προσωπικό που αποτελούνταν από ένα άτομο, αλλά και στον Ιατρό διαλογής (γενικής Ιατρικής), επίσης, έναν σε αριθμό, αξιολογήθηκε πως δε μπορούσαν πάντα να ανταπεξέλθουν στους γρήγορους ρυθμούς ροής προσέλευσης, καταγραφής και αξιολόγησης των ασθενών. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται όταν το νοσοκομείο διεξάγει γενική εφημερία μόνο του και καλύπτει υποχρεωτικά τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού όχι μόνο του νομού της Θεσσαλονίκης, αλλά και της Περιφέρειας.

Η συμπεριφορά του προσωπικού ήταν αρκετά καλή προς τους πολίτες. Έδειχναν κατανόηση, καθοδηγούσαν τους ασθενείς, ενημέρωναν, σχεδόν πάντα, για τις επόμενες διαδικασίες και σε συνεργασία με τους ιατρούς, των επί μέρους τμημάτων, ενημέρωναν (εφόσον υπήρχε συγκατάθεση) και το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον-συνοδούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Τέλος, έδιναν οδηγίες και συζητούσαν με τον ασθενή και τους συνοδούς τους για τη μετέπειτα φαρμακευτική αγωγή και πιθανή επανεξέταση του ασθενή σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό, όπως δήλωσαν και δεν ένιωσαν να παραμελούνται από το προσωπικό σε όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο χώρο αναμονής του νοσοκομείου ή στο χώρο εξέτασης τους. Η επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ήταν καλή η εξέτασή τους διεξήχθη σε πολιτισμένο και λειτουργικό περιβάλλον δείχνοντας σεβασμό στις εξατομικευμένες ιατρονοσηλευτικές τους ανάγκες.

Σχετικά με τη μετάβαση των ασθενών στο νοσοκομείο για τους περισσότερους ήταν εύκολη, καθώς δε δυσκολεύτηκαν να βρουν το τμήμα των επειγόντων του νοσοκομείου, πράγμα που αποδεικνύει πως, από άποψη τοποθεσίας, ο χώρος προσέλευσης είναι ορατός και κατανοητός προς όλους τους διερχόμενους πολίτες-ασθενείς. Σε ημέρες Γενικής Εφημερίας η προσέλευση των περισσότερων έγινε χωρίς τη χρήση ασθενοφόρων.

Όσον αφορά στο περιβάλλον του νοσοκομείου και στους εσωτερικούς του χώρους αυτοί ήταν καθαροί και λειτουργικοί σε γενικές γραμμές. Παρόλα αυτά, εκφράστηκαν απόψεις για συστηματική καθαριότητα του χώρου των επειγόντων και των ιατρείων σε τακτά χρονικά διαστήματα και όχι όποτε παρουσιάζεται έκτακτη ανάγκη.

Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι παρά τις ελλείψεις του νοσοκομείου το γενικό επίπεδο λειτουργίας του κρίνεται αρκετά καλό σε όλους τους τομείς. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων θα σύστηνε το νοσοκομείο σε άλλους στο μέλλον.

8.2. Συμπεράσματα ικανοποίησης εσωτερικών πελατών του νοσοκομείου

Το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομειακών οργανισμών αποτελεί το σημαντικότερο κεφάλαιο όπως και σε όλες τις άλλες επιχειρήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν, πλέον να καλύψουν σύγχρονες και πολυποίκιλες απαιτήσεις και επαγγελματικές ανάγκες υπό το πρίσμα μίας νέας επιχειρηματικής φιλοσοφίας, η οποία εστιάζει στην ποιότητα, την καινοτομία, τις καλές πρακτικές, την ομαδική συνεργασία τη μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις διαδικασίες και την αξιολόγηση. Ο εργαζόμενος, από το παρασκήνιο των διαδικασιών έρχεται στο επίκεντρο της οργάνωσης του οργανισμού στον οποίο ανήκει και απαιτείται σύμφωνα με τις αρχές της ΔΟΠ η συνεχής εκπαίδευση του σε τεχνικές και διαδικασίες και στη λήψη αποφάσεων. Προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης αποτελούν «όχημα» για την εφαρμογή και την ενίσχυση πρακτικών που σχετίζονται με την ποιότητα. Η εκπαίδευσή τους οφείλει να είναι επαρκής και συνεχόμενη για να μπορέσουν να ανταποκριθούν και να χρησιμοποιήσουν τελικά τα ποσοτικά εργαλεία και τις απαιτούμενες τεχνικές. Εξίσου

σημαντική κρίνεται η εκπαίδευση σε θέματα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, ομαδικής αρμονικής συνεργασίας τεχνικές αποκλιμάκωσης και διαχείρισης συγκρούσεων. Τέλος, δε θα πρέπει να παραλείψουμε την ανάγκη υποκίνησης, ενθάρρυνσης, επιβράβευσης χρηματικής ή ηθικής του ανθρώπινου δυναμικού σε κάθε του προσπάθεια να συνδράμει και να ανταποκριθεί στις σύγχρονες επαγγελματικές ανάγκες (Fu et al., 2015).

8.3.Προτάσεις βελτίωσης λειτουργίας του νοσοκομείου και ικανοποίησης πολιτών και ανθρώπινου δυναμικού.

Εντοπίστηκαν σημαντικά σημεία και συλλέχθηκαν στοιχεία που θα μπορούσαν να σχηματίσουν προτάσεις βελτίωσης προς τη διοίκηση του νοσοκομείου. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν κατά 51.5% από γυναίκες, η μέση ηλικία των ερωτώμενων ήταν τα 48.7 έτη, η πλειοψηφία των ερωτώμενων ήταν Έλληνες υπήκοοι, με αρκετά μεγάλο ποσοστό να είναι απόφοιτοι Δημοτικού (31.5%) και 19% απόφοιτοι ΑΕΙ. Ακολούθως, το μεγαλύτερο μέρος του κοινού μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο με αυτοκίνητο (59.9%). Αναφορικά με την προσέλευση στο νοσοκομείο βρέθηκε πως ήταν από αρκετά έως πολύ εύκολο για τους επισκέπτες να βρουν το δρόμο τους προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), γεγονός που συγκαταλέγεται στα θετικά στοιχεία της εμπειρίας των ασθενών. Αντιθέτως, σχεδόν ποτέ δεν πραγματοποιήθηκε καταχώρηση των ατομικών στοιχείων των ερωτώμενων άμεσα από το διοικητικό υπόλληλο, γεγονός που ενδεχομένως μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια δεδομένων και μη χρήση τους σε περιπτώσεις που αυτό απαιτείται. Η σημαντικότητα των πληροφοριών είναι δεδομένη σε ένα περιβάλλον όπου ο στόχος είναι η παροχή όσο το δυνατόν υψηλότερο επίπεδο υπηρεσιών. Επομένως, θα μπορούσε να προταθεί προς τη διοίκηση του νοσοκομείου να υπάρχει ένα εκτενές και οργανωμένο σύστημα καταγραφής πληροφοριών, στο οποίο θα έχουν πρόσβαση όλοι όσοι απασχολούνται στη διαμόρφωση της στρατηγικής και της λειτουργίας του οργανισμού. Το σύστημα αυτό θα μπορούσε να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον σχηματισμό προτάσεων για την όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου εξυπηρέτηση των επισκεπτών.

Ακολούθως, θετικές ήταν οι απόψεις των ερωτώμενων για την ευγένεια του προσωπικού, τη μικρή αναμονή, την καλή οργάνωση και το συντονισμό του προσωπικού στο χώρο υποδοχής, την απουσία αισθήματος παραμέλησης, την αντιμετώπιση με σεβασμό, και την ικανοποιητική ενημέρωση οικογενείας.

Αντιθέτως βελτιώσεις θα μπορούσαν να υπάρξουν αναφορικά με την ενημέρωση για την κατάσταση των ασθενών και τις αποφάσεις που πάρθηκαν, την καθαριότητα του περιβάλλοντος και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης θεραπείας. Επομένως, οι πιθανές βελτιώσεις θα μπορούσαν να αποτελέσουν πιθανές προτάσεις προς τη διοίκηση της νοσοκομειακής μονάδας και να οδηγήσουν στην γενικότερη βελτίωση της εμπειρίας των επισκεπτών, καθώς και σε υψηλότερη ικανοποίηση από την γενικότερη εξυπηρέτησή τους στο νοσοκομείο.

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών στα Τ.Ε.Π. αυτή εντοπίζεται σε μικρότερο βαθμό στο ιατρικό έργο αναφορικά με τη φιλικότητα, την ευγένεια, και το ενδιαφέρον του γιατρού στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες των επισκεπτών. Σχετικά με το νοσηλευτικό έργο χαμηλότερη ικανοποίηση υπάρχει από την έγκαιρη ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Επομένως, οι παραπάνω δύο επισημάνσεις υπογραμμίζουν την ανάγκη για φιλικότερη αντιμετώπιση του ασθενή, απαντήσεις στις πιθανές ερωτήσεις αλλά και γρηγορότερη ενημέρωση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Τέλος, συνολικά εντοπίστηκε μεγάλη πιθανότητα να συστήσουν οι ερωτώμενοι το νοσοκομείο σε άλλους καθώς είναι και εύκολα προσβάσιμο και παρέχει αρκετά ικανοποιητικά τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας.

Επομένως, συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο, με την πλειοψηφία των επισκεπτών να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ότι η έλλειψη προσωπικού αποτελεί έναν επιβαρυντικό και αρνητικό παράγοντα για τη συνολική άρτια λειτουργία του νοσοκομείου γενικότερα και των Τ.Ε.Π. ειδικότερα, δημιουργώντας προβλήματα που πιθανώς δεν θα εμφανίζονταν σε αντίθετη περίπτωση. Αξίζει να σημειωθεί πως η έλλειψη του προσωπικού αντιμετωπίζεται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο με τη χρήση «δεξαμενής» ή οποία έχει εφαρμοστεί εδώ και

δύο τουλάχιστον έτη. Κάθε εφημερία καλύπτεται συμπληρωματικά από υπαλλήλους άλλων τμημάτων που προσέρχονται να ενισχύσουν το έργο της εξυπηρέτησης του πολίτη-ασθενή του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Προς την ίδια κατεύθυνση, της εύρυθμης λειτουργίας του νοσοκομείου, κινούνται πλέον και οι ιατροί του νοσοκομείου όπου προσέρχονται στα ΤΕΠ τις ημέρες εφημερίας και οι ειδικοί των τμημάτων , προκειμένου, άλλοτε να εξετάζουν και οι ίδιοι περιστατικά και άλλοτε να ενισχύουν τους ειδικευόμενους με τη συμβουλευτική τους παρουσία. Όσον αφορά στην περίπτωση των διοικητικών προτείνεται να αυξηθεί ο αριθμός τους και να καλύπτουν όλα τα ωράρια, (όλες τις ώρες της εφημερίας, πρωινή, μεσημβρινή και νυχτερινή) και αύξηση του αριθμού των ιατρών, τόσο στη διαλογή, όσο και στα εξεταστικά ιατρεία. Κλείνοντας, οφείλουμε να τονίσουμε την ανάγκη να κατανοήσουν οι πολίτες ότι το Γ.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης είναι το μοναδικό που διεξάγει κάποιες εφημερίες το μήνα μόνο του χωρίς την αρωγή άλλων νοσοκομείων, παρόλα αυτά, όμως η διοίκηση του νοσοκομείου και το ανθρώπινο δυναμικό που το απαρτίζουν καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να μπορέσει να ανταπεξέλθει άριστα στις πολυποίκιλες ανάγκες των χρηστών της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αδαμαντίδου Τ. (2004). Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, Επιθεώρηση Υγείας.

Αντεριώτη, Π. & Αντωνίου, Α. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Περιεγχειρική Νοσηλευτική, 1(1).

Βασταρδή, Μ. (2005) Ποσοτικές Μέθοδοι Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, Πτυχιακή εργασία.

Βελονάκης Εμμανουήλ & Τσαλίκου Φωτεινή (2005) «Σύστημα διαχείρισης υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία στο νοσοκομείο» Παρισιανού ΑΕ.

Δερβιτσιώτης Κ.(2001) Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Interbooks.

Ζαβλανός, Σ. (2006). Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα προϊόντα, εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα

Θεοδοσοπούλου Ε., & Ραφτόπουλος Β. (2002). «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», Νοσηλευτική, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα, 29/02/2004, Ιανουάριος-Μάρτιος.

Καραγιάννης, Γ.Ε. (2006). «Μάνατζμεντ υπηρεσιών υγείας και διαχείριση του ρίσκου», ΤΑ ΝΕΑ-Ένθετο Ανοιχτό MBA. Β΄ Κύκλος, Τεύχος, 22.

Κοσμάτος, Δ., (2004), «Διαχείριση πελατειακών σχέσεων», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, σ. 25

Κοτσαγιώργη, Ι., & Γκέκα, Κ. (2010) “Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας”. Το Βήμα του Ασκληπιού 2010;9(4):398-408.

Μερκούρης Α. (1996). «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών» διδακτορική διατριβή, Αθήνα.

- Μερκούρης, Α. (1996). «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών» διδακτορική διατριβή, Αθήνα.
- Μπουραντάς, Γ. & Τζωρτζάκης, Δ. (2002). Management σελ. 245.
- Μπουραντάς, Δ. (2002) Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, (2002).
- Παπανικολάου Β. (2006). «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών» Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδ. Θεμέλιο
- Παπανικολάου Β. (2007) « Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας , Αρχές, Μέθοδοι και Εφαρμογές εκδόσεις. Παπαζήση).
- Παπανικολάου, Β. (2006). «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών» Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδ. Θεμέλιο
- Πατρινός Δημήτριος (1993) Διεθνές Μάρκετινγκ, Σταμούλη και Ζαβλανός Μ. (2006). Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα Σταμούλη
- Πατρινός, Δ. (1993). Διεθνές Μάρκετινγκ, εκδ. Σταμούλη
- Πετσετάκη, Ε. (2000). «Εξασφάλιση Ποιότητας Φροντίδας στις Υπηρεσίες», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, σελ. 13-25
- Πιερράκος Γ. & Τομάρας Π. (2009). «Η Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ. Υπηρεσιών Υγείας». Νοσηλευτική, 48(1): 105-114
- Πολυκανδριώτη Μ. (2011). Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10(4):439-440.
- Ραφτόπουλος Β. (2002). «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
- Σπανού Κ. (1992). *Οργάνωση και Εξουσία-Προβλεψιμότητα και διαφάνεια στην δημόσια διοίκηση* Εκδ. Παπαζήση.
- Τζανετάκη Θ. (2006), «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας», Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων.

Τσελέπη, Χ. (2000). «Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας» τομ. Α, 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα.

Τσιότρας Γ. (2002). «Βελτίωση Ποιότητας», Σελ,32-46,146-309, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

Τσιότρας Γ.(1992). Διοίκηση Παραγωγής- Σύγχρονες Τεχνικές , Πανεπιστημιακές Παραδόσεις Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Πανεπιστήμιο Μακεδονίας,

Τσιότρας Γ.(2016) «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας» Broken Hill Publishers

Τσιότρας Γ.(2002) Βελτίωση ποιότητας , Μπένου , Wayne D. , Terrell J.C. 1994 Business statistics : For Management and Economics Houghton Mifflin

Φαμέλη, Α. (2005). «Το μοντέλο του EFQM και η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες»

Φαρατζιάν, Α. (2007).Στρατηγική και Ποιότητα Μονάδων και Υπηρεσιών Υγείας, Διπλωματική Εργασία, Τμήμα οργάνωσης κα διοίκησης επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Χυτήρης Λ.Σ. & Άννινος Λ.Ν. (2015) «Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών , Αθήνα Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Aichouni, M. (2012). On the Use of the Basic Quality Tools for the Improvement of the Construction Industry: A Case Study of a Ready Mixed Concrete Production Process. *Int. J. Civ. Environ. Eng*, 12(5), 28-35.

Akgün, A. E., Ince, H., Imamoglu, S. Z., Keskin, H., & Kocoglu, İ. (2014). The mediator role of learning capability and business innovativeness between total quality management and financial performance. *International Journal of Production Research*, 52(3), 888-901.

Alexander and Alexander: (1996) «Medical Staff Rules and Regulations, Pulse News», Vol. 7:5, May

Aquilani, B., Silvestri, C., Ruggieri, A., & Gatti, C. (2017). A systematic literature review on total quality management critical success factors and the identification of new avenues of research. *The TQM Journal*, 29(1), 184-213.

Aravind D & Christmann P. (2011) “Decoupling of standard implementation from certification: Does quality of ISO 14001 implementation affect facilities environmental performance” *Business Ethics Quarterly*

ASQ Knowledge Center (2015) “Awareness and Use of ISO 9001:2015: Quality management systems –Fundamentals and vocabulary.

Benavides-Velasco, C. A., Quintana-García, C., & Marchante-Lara, M. (2014). Total quality management, corporate social responsibility and performance in the hotel industry. *International Journal of Hospitality Management*, 41, 77-87.

Bond J., (1986) *Sociology and Health Care* Edimburgh: Livingstone publ.

Calabrese, A., & Corbò, M. (2015). Design and blueprinting for total quality management implementation in service organisations. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(7-8), 719-732.

Callahan. K, Holzer M, (1998) *Government at work: Best practices and Model Programs* SAGE Publications, London

Cohen, S., & Brand, R.(1993): *Total Quality Management in government: A practical guide for the ral world* San Fransisco: Jossey-Bass

Deming, W.E (1986) “Out of the crisis” Cambridge: MIT Center Of Advanced Engineering Study

Donabedian A. (1988) Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*; 25:173-192.

Donabedian, (1990) The seven pillars of quality. *Archibew of pathology and Laboratory Medicine*. 114(11):1115-1118

- Eastaugh, S, (1987) *Financing Health Care*, Auburn House, Dover, MA,.
- Evans, J. R Lindsay, W.(2005). *The Management and Control of Quality*, Singapore
- Feigenbaum, A. (2003). *The powerof management capital*. McGraw Hill Professional.
- Fishbein M.,(1975) *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research* Addison Wesley.
- Fitzpatrick J.M, Selby T.T,(1998) While A.E. Patients experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery. *Br. J. Of Nursing*:7(18):1107-1115
- Fitzpatrick, R., (1991), “Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations”, *BMJ*, p.302
- Fu, S. L., Chou, S. Y., Chen, C. K., & Wang, C. W. (2015). Assessment and cultivation of total quality management organisational culture—an empirical investigation. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(1-2), 123-139.
- Grönroos, C. (2007). *Service management and marketing: customer management in service competition*. John Wiley & Sons.
- Hendriks, A.A., Oort, F.J., Vrieling, F.M.A. and Smets, E.M.A.,(2002), «Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire», Department of Medical Psychology, p.186
- Hybe, A. C (1992): *The proverbs of Total Quality Management: Recharting the path to quality improvement in the public sector, Public productivity and management review* Aspen Publ.
- Ishikawa K. (1985), *What is Total Quality Control? The Japanese Way*, Prentice-Hall New Jersey.
- Ishikawa K.(1991) *Introduction to Quality Control*, Springer Netherlands ,
- The Ishikawa Diagram for Risk Management: Anticipate and solve problems within your business 2015 50 minutes.com

- Jiménez-Jiménez, D., Martínez-Costa, M., Martínez-Lorente, A. R., & Rabeh, H. A. D. (2015). Total quality management performance in multinational companies: A learning perspective. *The TQM Journal*, 27(3), 328-340.
- Juran, J. & Godfrey, A. B. (1999). Quality handbook. *Republished McGraw-Hill*, 173-178.
- Juran, J.M (1988) *Juran on leadership for quality* New York: Mc Graw-Hill
- Joyce P. Green R. Winch G. (2006), A new contract for visualizing and designing e-fulfillment systems for quality healthcare delivery. *The TQM Magazine*
- Khanam, S., Siddiqui, J., & Talib, F. (2016). Role of information technology in total quality management: a literature review.
- Kotler and Clarke (1987) – Kotler, P., and R. Clarke. “*Marketing for Health Care Organization*”. 1987. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Kotler P, (2000) *Marketing, Management Έκδοση* Interbooks.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2010). *Principles of marketing*. Pearson education.
- Lamprecht, James L.,(1947)- *ISO 9000 : preparing for registration / Milwaukee : ASQC Quality Press ; New York : Marcel Dekker, 1992. xvii, 241 p. : ill. ; 24 cm. LC CALL NUMBER: TS156.6 .L36 1992. A book review by Norman C. Frank.*
- Litwin G., Stringer R, (1975) “Motivation and Organizational Climate” Harvard Business School, Division of Research
- Maslow A. (1954) *Motivation and Personality Harper and Row*, New York.
- Matsui, D., Cho, M. & Reider, M.J. (1998). Physicians attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome. *Pediatr Emerg Care*, 14:198-201
- Maxwell, J. R., (1984), «Quality assessment in health», *BMJ*, p.288.
- Miller –Baber M.(1998) Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 2(3):11-17.
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2014). Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International journal of health care quality assurance*, 27(6), 544-558.

Montgomery D. (2005), Introduction to Statistical Quality Control, New Jersey John Wiley and Sons

Narula, A. (2014). Service Management: Operations, Strategy, Information Technology. *Abhigyan*, 32(3), 80-82.

Nelson, C.W. & Niederberger, J., (1990). Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hosp Health Serv Adm*, 35:409-427

Niakas, D., Mylonakis, J., (2005), "Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship? *International Journal of Healthcare Technology and Management*, p.6

Norton, S.A., Tilden, V., TolleS. W., Nelson, C.A.,(2003). Life support with draw: communication and conflict. *American journal of critical care*. 12(6)

Ovretveit J., (1995), The Economics of Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16(3):116-127

Paul James, (1996) Total Quality Management: An Introductory Text, Prentice Hall ,

Psomas, E. L., & Jaca, C. (2016). The impact of total quality management on service company performance: evidence from Spain. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(3), 380-398.

Sadikoglu, E., & Olcay, H. (2014). The effects of total quality management practices on performance and the reasons of and the barriers to TQM practices in Turkey. *Advances in Decision Sciences*.

Sarah T. Meegan, W. Andrew Taylor, (1997) "Factors influencing a successful transition from ISO 9000 to TQM: The influence of understanding and motivation", *International Journal of Quality & Reliability Management*.

Schein E.H.,(1965) *Organizational Psychology Englewood Cliffs*, N J Prentice Hall

Short, P. & Rahim, M.A. (1995), "Total Quality Management in Hospitals", *Total Quality Management*, Volume 6 Number 3 pp. 255-263

Shostack, G. L. (1977). Breaking free from product marketing. *The Journal of Marketing*, 73-80.

Singels J. Ruel & Van de Water (2001) "ISO 9000 series Certification and performance" International Journal of Quality and Reliability Management. , Evans J. R. & Lindsay W.M. (2007) "The management and control of quality, Mason, OH Thomson South Western.

Tsiotras G., Gotzamani K. (1996), "ISO 9000 as an Entry Key to TQM: The Case of the Greek Industry", International Journal of Quality and Reliability Management

Ulises Ruiz & Jose Simon (2004) "Quality management in health care : a 20-year journey" International Journal of Health Care Quality Assurance

The Whoqol Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization, Social Science and Medicine: 41:1403-1409.

Wayne, D., & Terrell, J. C. (1994). Business statistics: For Management and Economics Houghton Mifflin

Weinstein, M.C. and Stason, W.B. (1977) Foundations of Cost- Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices. New England Journal of Medicine, 296, 716-721.

Zhu Z.& Scheuermann L.(1999) "A comparison of quality programmes. Total quality management and ISO 9000" Total quality management.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

(ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ)

«Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία: Αποτελέσματα εστιασμένα προς τον Πολίτη και το Ανθρώπινο Δυναμικό «Η περίπτωση των ΤΕΠ του Γ.Ν. Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης»

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Συμπληρώνετε αυτό το ερωτηματολόγιο για:

- A. Τον εαυτό σας
- B. Το παιδί σας
- Γ. Άλλον (συγγενή, φίλο, γνωστό)

2. Φύλο ασθενούς

- A. Άρρεν
- B. Θήλυ

3. Ηλικία.....

4. Υπηκοότητα

- A. Ελληνική
- B. Αλλοδαπή

5. Μορφωτικό επίπεδο.....

6. Με ποιο όχημα μεταφερθήκατε στο νοσοκομείο

- A..ΕΚΑΒ (ασθενοφόρο)

Β..ΤΑΧΙ

Γ . Ι.Χ.

Δ Άλλο.....

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

7. Με την άφιξή σας στο νοσοκομείο πόσο εύκολο ήταν να βρείτε το δρόμο σας προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ΤΕΠ;

1. Πολύ Δύσκολο
2. Λίγο Δύσκολο
3. Αρκετά Εύκολο
4. Πολύ Εύκολο

8. Καταχωρήθηκαν τα ατομικά σας στοιχεία άμεσα από το διοικητικό υπάλληλο;

1. Όχι
2. Ναι
3. με καθυστέρηση

9. Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό απέναντί σας;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πάρα πολύ
5. Πολύ

10. Πόσο περιμένατε ώσπου να εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας σας από τη διαλογή (triage);

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

11. Πόσο περιμένατε ώσπου να εξεταστείτε τελικά από τον ιατρό εφημερίας;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

12. Θεωρείτε ότι το προσωπικό στο χώρο υποδοχής είχε καλό συντονισμό και οργάνωση, ώστε να εξυπηρετηθείτε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

13. Ενημερωθήκατε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (δική σας ή του παιδιού σας)

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

14. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες που σας έδωσε ήταν αρκετά κατανοητές για εσάς;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

15. Εξεταστήκατε σε καθαρό και ασφαλές ιατρικό περιβάλλον;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

16. Νιώσατε ότι κάποια στιγμή το προσωπικό στο ΤΕΠ σας παραμέλησε ή σας αγνόησε για κάποιο χρόνο;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

17. Αντιμετωπίστηκα με σεβασμό και αξιοπρέπεια σε όλη τη διάρκεια παραμονής μου στο Τ.Ε.Π

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

18. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από την εξυπηρέτηση κατά την άφιξή σας στο νοσοκομείο;

1. Καθόλου
2. Λίγο

3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

19. Η οικογένειά μου ενημερώθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και την μετέπειτα θεραπεία μου μετά από συναίνεσή μου

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

20. Η θεραπεία και οι οδηγίες που μου έδωσαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας μου ήταν αποτελεσματικές

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Αρκετά
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ Τ.Ε.Π

Μπορείτε να σημειώσετε πάνω από μία απάντηση εφόσον μείνατε ικανοποιημένος/η από περισσότερες από μία διαστάσεις.

21. Η προσέλευσή σας στα ΤΕΠ χαρακτηρίζεται από:

- α) Ταχύτητα της διαδικασίας εισαγωγής
- β) Ευγένεια του προσωπικού που διεκπεραίωσε την εισαγωγή σας
- γ) Έγκαιρη απόκριση του προσωπικού κατά την είσοδο σας στο νοσοκομείο
- δ) Άλλο:

22. Το περιβάλλον του ΤΕΠ χαρακτηρίζεται από:

- α) Καθαριότητα
- β) Επαρκής εξοπλισμός
- γ) Λειτουργικότητα χώρου (π.χ. επαρκής φωτισμός, θερμοκρασία, άνεση χώρου, ησυχία κ.λπ.)
- δ) Άλλο:

23. Η περίθαλψη και η φροντίδα που σας δόθηκε χαρακτηρίζεται από:

- α) Παροχή αναλυτικών πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας ή/και της θεραπείας που επρόκειτο να ακολουθήσετε
- β) Παροχή αναλυτικών πληροφοριών προς την οικογένεια σας ή οποιοδήποτε άλλο στενό σας πρόσωπο σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας ή/και της θεραπείας που επρόκειτο να ακολουθήσετε
- γ) Σύντομος χρόνος για την εξέταση και τη διάγνωση της ασθένειας σας
- δ) Άλλο:

24. Το ιατρικό έργο:

- α) Χρόνος που σας διέθεσε ο γιατρός
- β) φιλικότητα, ευγένεια, ενδιαφέρον του γιατρού στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας
- γ) Έγκαιρη ενημέρωση και σεβασμός από τον γιατρό για την κατάσταση της υγείας σας
- δ) Άλλο:

25. Το νοσηλευτικό έργο:

- α) Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού
- β) άμεση ανταπόκριση, φιλική διάθεση και παροχή εξατομικευμένης φροντίδας
- γ) Έγκαιρη ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας σας
- δ) Άλλο:

26. Συνολικές εξετάσεις και θεραπείες κατά τη διάρκεια παραμονής στα ΤΕΠ.

- α) Ενδιαφέρον για την άνεσή σας κατά τη διάρκεια των εξετάσεων ή των θεραπειών
- β) Εξηγήσεις σχετικά με το τι θα συνέβαινε κατά τη διάρκεια των εξετάσεων ή των θεραπειών και εκπαίδευση του ασθενή και των συνοδών του σχετικά με τη μετέπειτα εφαρμογή θεραπείας στο σπίτι, π.χ εκπαίδευση ινσουλινο-θεραπείας κλπ.
- γ) Δεξιότητα του ατόμου που σας πήρε αίμα (π.χ., το έκανε γρήγορα, με ελάχιστο πόνο), δεξιότητα κατά την ενδοφλέβια παρακέντηση (γρήγορη διαδικασία, ελάχιστος πόνος, επεξήγηση διαδικασίας);
- δ) Άλλο:

27. Αντιμέτωπιση συγγενών και φίλων της οικογένειας

- α) Άρτια εξυπηρέτηση των ατόμων στο γραφείο πληροφοριών
- β) Παροχή διευκολύνσεων και άνεση για τους επισκέπτες σας
- γ) Πληροφόρηση που δόθηκε στους επισκέπτες σας σχετικά με την κατάστασή σας και τη θεραπεία σας (μετά από συναίνεσή σας)
- δ) Άλλο:

28. Η έξοδό σας από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) χαρακτηρίστηκε από:

- α) Ταχύτητα της διαδικασίας εξόδου από το νοσοκομείο από τη στιγμή που σας είπαν ότι μπορείτε να πάτε στο σπίτι σας
- β) οδηγίες που σας δόθηκαν και σχετική ενημέρωση για τη διευθέτηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας στο σπίτι (αν χρειάστηκε)
- γ) Αισθανθήκατε έτοιμος για να πάρετε εξιτήριο
- δ) Άλλο:

29. Όσον αφορά στα προσωπικά σας θέματα υπήρξε:

- α) Σεβασμός και ενδιαφέρον του προσωπικού για τη διαφύλαξη της ιδιωτικής σας ζωής
- β) Βαθμός στον οποίο ανταποκρίθηκε το προσωπικό του νοσοκομείου στις συναισθηματικές σας ανάγκες
- γ) Προσπάθεια που κατέβαλε το προσωπικό να σας συμπεριλάβει στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία σας
- δ) Άλλο:

30. Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου:

- α) Πολύ καλή όψη-λειτουργικότητα του περιβάλλοντος του ΤΕΠ
- β) Πολύ καλή Συνεργασία και επικοινωνία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για να σας φροντίσει
- γ) Μεγάλη πιθανότητα να συστήσετε το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκατε σε άλλους
- δ) Άλλο:.....

Αγγελή Εμμανουέλα, MS© Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Δημόσιας Διοίκησης

Επιβλέπων καθηγητής κ. Τσιότρας Γεώργιος

Συναίνεση του πολίτη να χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο για ερευνητική χρήση Υπογραφή

