

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΤΣΙΟΤΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ ΣΤΙΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΚΟΪΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ - ΙΩΑΝΝΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2000

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	4
Η έννοια της ποιότητας.....	4
Ποιότητα και υπηρεσίες	5
Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	8
Κοστίζει η ποιότητα;.....	10
Ποιότητα και ικανοποίηση του πελάτη.....	14
Ποιότητα και εσωτερικός πελάτης.....	16
Ποιότητα και μετρήσεις.....	19
Μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας	22
Εκτίμηση των αναγκών και της ικανοποίησης των εξωτερικών πελατών	23
Τεχνικές εκτίμησης αναγκών πελατών	24
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών σε κλινικές νοσοκομείου.....	27
Περιγραφή Ερωτηματολογίου - μέτρηση ικανοποίησης ασθενών.....	27
Ανάλυση κλειστών ερωτήσεων των ασθενών.....	45
Ανάλυση ανοικτών ερωτήσεων των ασθενών	45
Περιγραφή της συνέντευξης – μέτρηση ικανοποίησης προσωπικού	49
Ανάλυση αποτελεσμάτων συνέντευξης ιατρικού προσωπικού.....	51
Απαντήσεις στην ερώτηση για τα τρία σημαντικότερα προβλήματα.....	54
Ανάλυση αποτελεσμάτων συνέντευξης νοσηλευτικού προσωπικού	56
Απαντήσεις στην ερώτηση για τα τρία σημαντικότερα προβλήματα.....	60
Συνεντεύξεις διοικητικού προσωπικού	62
Συμπεράσματα της εργασίας.....	68
Οι επερχόμενες αλλαγές στο χώρο της υγείας.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να αποδείξει την αξία της υιοθέτησης πολιτικών διαχείρισης ποιότητας από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και να υποδείξει τρόπους για εφαρμογή των πολιτικών αυτών.

Στο πρώτο μέρος ορίζονται και αναλύονται βασικές έννοιες και διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, με αναφορές από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Συγκεκριμένα, αναλύεται το κόστος ποιότητας που περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης των λαθών και το κόστος εκτίμησης και αξιολόγησης της ποιότητας, τα οποία αυξάνονται με την εφαρμογή της πολιτικής ποιότητας και το κόστος διόρθωσης των λαθών το οποίο μειώνεται δραστικά αντισταθμίζοντας τα δύο πρώτα κόστη.

Επίσης, αποδεικνύεται η αξία των μετρήσεων και των δεικτών στην πορεία προς την ποιότητα. Οι καλώς ορισμένοι και αντιπροσωπευτικοί δείκτες είναι απαραίτητοι για τον καθορισμό των στόχων και για να καταστούν εμφανέστερα τα αποτελέσματα της ποιότητας. Χωρίς αυτά η ποιότητα είναι απλά μία όμορφη αλλά αόριστη έννοια.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στις τέσσερις διαστάσεις της απόδοσης στους οργανισμούς αυτούς: α.την απόδοση υγειονομικής φροντίδας, β.την λειτουργική απόδοση, γ.την οικονομική απόδοση και δ.την απόδοση ως προς τον πελάτη. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην τελευταία διάστασή της και παρουσιάζονται διάφορες τεχνικές εκτίμησης των αναγκών και μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών τόσο των εξωτερικών όσο και των εσωτερικών, όπως αυτοί ορίζονται από τις σύγχρονες θεωρίες για την ποιότητα.

Στο δεύτερο μέρος, υλοποιείται μία έρευνα στο Ιπποκράτειο ΓΠΝΘ και συγκεκριμένα στις Β΄ και Δ΄ Μαιευτικές και Γυναικολογικές κλινικές. Γίνεται εφαρμογή δύο τεχνικών εκτίμησης των αναγκών των πελατών και συγκεκριμένα δόθηκαν ερωτηματολόγια σε ασθενείς για να βαθμολογήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και λήφθηκαν συνεντεύξεις από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, με θέμα τα προβλήματα που

αντιμετωπίζουν στην εργασία τους. Στο τέλος, παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας.

Κλείνοντας την εισαγωγή θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον κ. Τσιότρα Γεώργιο, Καθηγητή του Πανεπιστημίου Μακεδονίας για την πολύτιμη καθοδήγηση και συνεργασία του στην εκπόνηση της εργασίας αυτής, ως επιβλέπων καθηγητής.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου των οποίων η υποστήριξη τους, ηθική και επιστημονική, ήταν πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της προσπάθειας.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω τη διοίκηση του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου και τους διευθυντές των Β΄ και Δ΄ Μαιευτικών-Γυναικολογικών κλινικών κ. Ι. Μπόντη και Γ. Βλάσση που έδωσαν την άδεια να διενεργηθεί η έρευνα αυτή στις εν λόγω κλινικές. Επίσης τους ιατρούς και τις νοσηλεύτριες των κλινικών και την κ. Ζουρνατζή Βασιλική, υπεύθυνη του εργαστηρίου, για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν και την προθυμία τους κατά τις συνεντεύξεις, καθώς και τους ανώνυμους ασθενείς για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που τους δόθηκαν στα πλαίσια της έρευνας αυτής.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας

Είναι κοινή διαπίστωση ότι το περιβάλλον που δραστηριοποιούνται οι διάφορες επιχειρήσεις γίνεται ολοένα και πιο ανταγωνιστικό. Ο καταναλωτής έχει την ευχέρεια να διαλέξει προϊόντα και υπηρεσίες ανάμεσα σε πολλές ομοειδείς εταιρίες, οι οποίες προσπαθούν με τη σειρά τους να τραβήξουν το ενδιαφέρον του γι αυτά που προσφέρουν. Για να το πετύχουν αυτό πρέπει να διαφοροποιηθούν, να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους, να προσφέρουν κάτι παραπάνω από τους άλλους το οποίο όμως να εκτιμά ο καταναλωτής.

Επίσης, οι εταιρίες γνωρίζουν πολύ καλά ότι ο σημερινός καταναλωτής είναι ευαίσθητος στην έννοια της ποιότητας και ότι αυτό αποτελεί το χαρακτηριστικό που μπορεί να τις κάνει να διακριθούν από τον ανταγωνισμό. Προσπαθούν λοιπόν να προσδώσουν, να «χτίσουν» ποιότητα στα προϊόντα τους, υλικά ή υπηρεσίες.

Ο λόγος για τον οποίο οι καταναλωτές είναι ευαίσθητοι στην ποιότητα φαίνεται από τον ορισμό της ποιότητας, ο οποίος δίνει στον πελάτη τον πρώτο ρόλο. Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της είναι: η συνεχής πλήρωση ή ακόμα και υπερ-πλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών του πελάτη. Το κατά πόσο το αντίτιμο που έδωσε (π.χ. χρήματα) «έπιασε τόπο», δηλαδή πήρε το λιγότερο αυτό που περίμενε για αυτό που έδωσε.

Όσον αφορά τα υλικά προϊόντα, οι σημαντικότερες διαστάσεις της ποιότητας, κατά τον David Garvin (1) και οι οποίες βρίσκονται συνεχώς υπό την αυστηρή κριτική του καταναλωτή είναι οι εξής: η απόδοση, τα χαρακτηριστικά του προϊόντος, η αξιοπιστία, η συμμόρφωση με πρότυπα, η αντοχή στο χρόνο, πόσο εύκολα επισκευάσιμο είναι, η αισθητική και τέλος η

γενική αίσθηση της ποιότητας που αποπνέει (image, διαφήμιση, brand name). Εύκολα μπορεί να βαθμολογηθεί οποιοδήποτε υλικό προϊόν με βάση αυτά τα χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να είναι και είναι μετρήσιμα μεγέθη, και να συγκριθεί με άλλα ομοειδή.

Ποιότητα και υπηρεσίες

Προϊόν όμως δεν αποτελεί μόνο το υλικό αγαθό αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η κοινωνική αλληλεπίδραση που προϋποθέτει την άμεση επαφή μεταξύ πελάτη και παροχέα, κατά την οποία ο δεύτερος προσφέρει στον πρώτο άυλα προϊόντα (πληροφορίες, γνώσεις, συμβουλές μελέτες κ.α.) που αυτός (ο πελάτης) έχει ανάγκη. Στον τομέα των υπηρεσιών μπορούν να ενταχθούν όλοι οι μη μεταποιητικοί οργανισμοί. Υπάρχουν βέβαια και επιχειρήσεις που προσφέρουν υλικά αγαθά αλλά και υπηρεσίες. Σε αυτές ανήκουν βιομηχανικές επιχειρήσεις που παρέχουν και το προϊόν (π.χ. ηλεκτρονικούς υπολογιστές) αλλά και υπηρεσίες γύρω από αυτό (εγκατάσταση, υποστήριξη, service, εκπαίδευση).

Η υπηρεσία ως άυλο προϊόν έχει εντελώς διαφορετικά χαρακτηριστικά από τα φυσικά προϊόντα, με κυριότερα τα εξής:

1. Οι υπηρεσίες δεν έχουν φυσικές διαστάσεις, αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να υπάρχει εποπτία και γενικότερα έλεγχος των διαδικασιών και της παραγωγής γενικά.

2. Ανάμεσα στην παραγωγή και τη διάθεσή τους δεν μεσολαβεί χρονικό διάστημα, δηλαδή καταναλώνονται ταυτόχρονα με την παραγωγή τους. Κατά συνέπεια, δεν είναι δυνατόν η υπηρεσία να αποθηκευτεί, για να χρησιμοποιηθεί όταν θα χρειαστεί, όπως γίνεται με τα υλικά προϊόντα.

3. Επακόλουθο της ιδιαιτερότητας αυτής είναι και το γεγονός ότι δεν είναι δυνατόν να διορθωθεί οποιοδήποτε λάθος από τη στιγμή που έχει γίνει, δεν υπάρχουν δηλαδή επιστροφές και επιδιορθώσεις.

4. Η παροχή υπηρεσιών αποτελεί επιχείρηση εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Αυτό σημαίνει ότι το βασικό συστατικό της είναι η εργασία και άρα η επιτυχία της εξαρτάται από το ανθρώπινο κεφάλαιο που παρέχει την εργασία αυτή. Αυτό προκύπτει και από τον δοθέντα ορισμό της υπηρεσίας, ο οποίος προϋποθέτει την άμεση επαφή πελάτη-παροχέα.

5. Το προϊόν της υπηρεσίας είναι πρακτικά μοναδικό για κάθε πελάτη, π.χ. ακόμα και αν δύο άτομα έχουν την ίδια ασθένεια, δεν είναι σίγουρο ότι θα ακολουθηθεί η ίδια θεραπευτική αγωγή, καθώς ο οργανισμός του καθενός αντιδρά διαφορετικά. Δηλαδή οι παροχές των υπηρεσιών πρέπει να προσαρμόζονται το προϊόν τους συνεχώς και ακαριαία, σύμφωνα με τις ανάγκες του πελάτη.

Οι ιδιαιτερότητες αυτές διαφοροποιούν και την έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με αυτή της μεταποίησης. Οι Zeithahl, Berry και Parasuraman (2) μετά από πολλές μελέτες και παρατηρήσεις της συμπεριφοράς των καταναλωτών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι κυριότερες διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι εξής:

- **Αξιοπιστία:** η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία και τίποτα λιγότερο από αυτό. Π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.

- **Ανταπόκριση:** η προθυμία και θέληση της εταιρίας να βοηθήσει τον πελάτη και να τον διευκολύνει στην απόκτηση της υπηρεσίας που χρειάζεται και ζητάει.

- **Ασφάλεια:** αυτήν την εγγυάται στον καταναλωτή η γνώση, ο επαγγελματισμός των υπαλλήλων, η ικανότητά τους να αποπνέουν εμπιστοσύνη και γενικά όλη η συμπεριφορά τους προς αυτόν.

- **Αίσθηση μοναδικότητας του πελάτη.** Οι υπάλληλοι ασχολούνται αποκλειστικά με τον πελάτη, τον κάνουν να αισθάνεται μοναδικός για αυτούς, κάνουν το πρόβλημά του προβλημά τους.

- **Φυσική εμφάνιση:** η εμφάνιση των εγκαταστάσεων, των χώρων, του εξοπλισμού, του προσωπικού και του επικοινωνιακού υλικού (επιστολές, διαφημιστικά κτλ).

Οι διαστάσεις αυτές είναι τοποθετημένες με σειρά προτεραιότητας. Φαίνεται δηλαδή ότι οι πελάτες δίνουν περισσότερη έμφαση στην «ανθρώπινη» πλευρά και στην ουσία όταν αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών, π.χ. δεν τους κάνει αίσθηση ένα περιπονημένο δωμάτιο ξενοδοχείου, αν το προσωπικό είναι αγενές και μη φιλικό. Επίσης, φαίνεται ότι η αξιοπιστία είναι το κυριότερο χαρακτηριστικό που ζητούν οι πελάτες από τον παροχέα των υπηρεσιών.

Οι εταιρίες παροχής υπηρεσιών, θεωρούσαν για πολύ καιρό ότι οι υπηρεσίες τους ήταν αποδεκτές εάν οι πελάτες δεν παραπονιόντουσαν συχνά. Οι παραπάνω διαστάσεις της ποιότητας παραμελούνταν προς χάριν της επαγγελματικής ικανότητας του ανθρώπινου δυναμικού - η φήμη ενός καλού ιατρού, μηχανικού, δικηγόρου, καθηγητού ήταν αρκετή για την διατήρηση των πελατών.

Ένας άλλος λόγος για την καθυστέρηση της εισαγωγής της ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών ήταν και το γεγονός ότι ο τομέας αυτός για πολλά χρόνια δεν γνώριζε μεγάλη ανάπτυξη και έτσι ο ανταγωνισμός ήταν λιγότερο έντονος από ότι στον τομέα της μεταποίησης. Ως γνωστό σε καταστάσεις που αγγίζουν την έννοια του ολιγοπωλίου δεν γίνεται μεγάλη προσπάθεια να προσελκυσθούν πελάτες καθώς η προσφορά είναι περιορισμένη.

Με την εύκολη όμως πληροφόρηση (διαφήμιση, διαδίκτυο), την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την μεγέθυνση του ανταγωνισμού, οι επιλογές των καταναλωτών αυξήθηκαν, με αποτέλεσμα οι εταιρίες να αναζητούν επιπλέον χαρακτηριστικά εκτός των επαγγελματικών ικανοτήτων, που θα τις διαφοροποιούσαν από τις υπόλοιπες. Τότε άρχισε να προσεγγίζεται η έννοια της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών και έγινε φανερό πόσο πολύτιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μπορεί να αποτελέσει.

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η προσέγγιση αυτή της ποιότητας στις υπηρεσίες πέρασε και στον κλάδο της υγείας. Ο κλασικός ορισμός της ποιότητας στον κλάδο αυτό δώθηκε από τον A. Donabedian, έναν από τους κορυφαίους επιστήμονες στη διασφάλισή της: Μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν στη διαδικασία της περίθαλψης.

Σήμερα αυτός ο ορισμός είναι αρκετά περιοριστικός και στατικός, δεδομένου ότι έχουν πια εισαχθεί οι έννοιες της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας (CQI) και της διοίκησης ολικής ποιότητας (TQM), που έχουν υιοθετηθεί από τη βιομηχανία εδώ και αρκετά χρόνια.

Ένας άλλος “γκουρού” της ποιότητας στο χώρο αυτό, ο Nick Black (3), δίνει τον εξής ορισμό, ο οποίος αγγίζει πιο συγκεκριμένες πτυχές: ποιοτική υπηρεσία είναι αυτή που παρέχει αποτελεσματική φροντίδα η οποία ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη και η οποία παρέχεται δίκαια, αποτελεσματικά, αποδοτικά και ανθρωπίνως.

Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών που αφορούν την υγεία σε σχέση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες είναι το γεγονός ότι οι πελάτες είναι ψυχολογικά φορτισμένοι από την κακή κατάσταση της υγείας τους και το τελευταίο που θα ήθελαν είναι να υποστούν οποιαδήποτε πρόσθετη ταλαιπωρία.

Είναι πρόκληση για τις εταιρίες παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών να κάνουν τον ασθενή να αισθανθεί άνετα και να μην επιβαρύνεται με δυσκολίες στην ξενοδοχειακή φροντίδα και με χρονοβόρες διαδικασίες για την εξυπηρέτησή του. Είναι αναμφισβήτητο το γεγονός ότι το καλό νοσοκομειακό περιβάλλον δημιουργεί στον ασθενή καλή ψυχολογική κατάσταση, η οποία υποβοηθάει και την ανάρρωση.

Δύο άλλα στοιχεία που κρίνουν την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι το ανθρώπινο δυναμικό και ο βιοϊατρικός εξοπλισμός. Οι ασθενείς εξαρτώνται πλήρως από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς δεν γνωρίζουν καθόλου το αντικείμενο και δεν μπορούν να κρίνουν και να βελτιώσουν από την πλευρά τους την ποιότητα των υπηρεσιών που δέχονται. Γι αυτό και η ποιότητα του προσωπικού έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα της υπηρεσίας που παρέχεται. Αντίστοιχο ρόλο έχει και η ποιότητα του βιοϊατρικού εξοπλισμού που εκφράζεται με την ακρίβεια, την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα των λειτουργιών που επιτελεί.

Όσον αφορά τα συνηθέστερα προβλήματα του τομέα της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, όπως τα κατέγραψε το αμερικάνικο Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting (4), είναι τα εξής:

1. **Υπόχρηση (underuse) των υπηρεσιών υγείας.** Αυτό οδηγεί σε πρόσθετες επιπλοκές στην υγεία των ασθενών, υψηλότερα κόστη, πρόωρους θανατούς ή ανεπανόρθωτες ζημιές. Π.χ. το 80% των καρδιοπαθών στην Αμερική για διάφορους λόγους, δεν ακολούθησε την ειδική θεραπεία beta-blocker με αποτέλεσμα να υπάρχουν 18.000 θάνατοι σε ένα χρόνο που οφείλονται σε καρδιοπάθεια και που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί.

2. **Υπέρχρηση (overuse) των υπηρεσιών υγείας.** Επίσης, οδηγεί σε πρόσθετα κόστη καθώς και σε καταστάσεις που υποθάλπουν την υγεία, π.χ. η μεγάλη χρήση των αντιβιοτικών από πολλούς ασθενείς χωρίς να συντρέχει ιδιαίτερος λόγος οδηγεί σε αδρανοποίηση του φυσικού

συστήματος άμυνας του οργανισμού κατά των ασθενειών. Επίσης το 16% των υστερεκτομών που έγιναν στην Αμερική αποδείχτηκε εκ των υστέρων ότι ήταν άχρηστες και δεν έπρεπε να γίνουν.

3. **Κακή χρήση (misuse) των υπηρεσιών υγείας.** Λάθη ή καθυστερημένες διαγνώσεις οδηγούν σε υψηλά κόστη νοσηλείας και θεραπείας καθώς και σε τραυματισμούς και πρόωρους θανάτους. Μελέτη στη Νέα Υόρκη έδειξε ότι 1 στους 25 ασθενείς τραυματίστηκε από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές φροντίδες και στο 13,6 % των περιπτώσεων αυτών επήλθε θάνατος. Εκτιμάται ότι 180.000 θάνατοι το χρόνο στην Αμερική οφείλονται σε λάθη κατά τη νοσηλεία που θα μπορούσαν να αποφευχθούν και επίσης ότι το 30% των Τεστ-Παπανικολάου στο οποίο υποβάλλονται οι γυναίκες για την πρόληψη του καρκίνου, κρίνεται σαν φυσιολογικό ενώ δεν είναι.

4. **Παρέκκλιση (variation) στις υπηρεσίες υγείας,** δηλαδή σε διαφοροποιήσεις στην παροχή των υπηρεσιών από περιοχή σε περιοχή, π.χ. άτομα με διαβήτη έχουν 1,5 φορά μεγαλύτερη πιθανότητα να εξεταστούν οφθαλμολογικά στη Νέα Αγγλία από ότι στις νότιες πολιτείες.

Κοινό χαρακτηριστικό των παραπάνω προβλημάτων είναι τα υψηλά κόστη παροχής των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η δυσaráσκεια και ταλαιπωρία των ασθενών. Θα διερευνηθεί στη συνέχεια πώς μία προσέγγιση της ποιότητας θα μπορούσε να βελτιώσει τους δύο αυτούς τομείς.

Κοστίζει η ποιότητα;

Όσον αφορά το κόστος, ο Χάρης Αγγελόπουλος (5) επισημαίνει ότι το 20-30% των τυπικών λειτουργικών εξόδων ενός νοσοκομείου είναι αποτέλεσμα λαθών, αναποτελεσματικότητας, επαναλαμβανόμενων προβλημάτων, μη εκπαιδευμένου προσωπικού, παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων. Όλα αυτά βρίσκονται στο στόχαστρο της πολιτικής

βελτίωσης της ποιότητας, η οποία προσπαθεί να τα μειώσει στο ελάχιστο αυξάνοντας έτσι την απόδοση του οργανισμού.

Παραδοσιακά θεωρείται ότι το κόστος και η ποιότητα σχετίζονται θετικά, καθώς η βελτίωση στην ποιότητα συνοδεύεται από υψηλά κόστη. Αυτές οι θεωρίες βασίζονται περισσότερο σε ανέκδοτα στοιχεία παρά σε τεκμηριωμένες μελέτες. Ένας βασικός στόχος της διαχείρισης ποιότητας είναι να μειώσει τα κόστη και μία κατάλληλη εφαρμογή του TQM και CQI θα πρέπει να κινείται προς αυτή την κατεύθυνση και να έχει αυτό το αποτέλεσμα.

Όπως αναφέρουν οι Broyles και Al-Assaf του πανεπιστημίου της Οκλαχόμα (6), παρόλο που χρειάζονται πρόσθετοι πόροι για τη βελτίωση της ποιότητας, ο περιορισμός των άχρηστων και των λαθών, των διπλών προσπαθειών και των παράλληλων ενεργειών οδηγεί σε μείωση του κόστους. Επίσης η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί σε αυξημένη απόδοση, δηλαδή την επίτευξη του ίδιου αποτελέσματος με λιγότερους πόρους, άρα οδηγεί σε εξοικονόμηση πόρων.

Γενικά τα κόστη της ποιότητας κατηγοριοποιούνται σε κόστος πρόληψης (prevention cost), κόστος εκτίμησης (appraisal cost) και κόστος διόρθωσης λαθών (failure cost).

Κόστος πρόληψης:

Αποτελεί το κόστος κάθε διεργασίας που σχεδιάζεται για την αποφυγή λαθών ή για τη βελτίωση της ποιότητας στις διαδικασίες που έχουν ως σκοπό την παροχή συγκεκριμένης υπηρεσίας. Σε αυτά τα έξοδα ανήκουν η εκπαίδευση του προσωπικού σε αρχές της ποιότητας, οι δραστηριότητες που ενημερώνουν το κοινό για θέματα ποιότητας καθώς και η διαχείριση κινδύνου (risk management) για την πρόληψη απρόβλεπτων καταστάσεων λόγω λαθών.

Το κόστος πρόληψης περιλαμβάνει επίσης την διερεύνηση των αναγκών των πελατών, την ανάπτυξη συστημάτων για την παρακολούθηση,

και τον έλεγχο της ποιότητας καθώς και το σχεδιασμό και την υλοποίηση των διοικητικών υποδομών που είναι απαραίτητες για την εφαρμογή του προγράμματος αναβάθμισης της ποιότητας (π.χ. δημιουργία θέσης υπεύθυνου ποιότητας). Ακόμη συμπεριλαμβάνει και το κόστος ρύθμισης των οργάνων και του βιοϊατρικού εξοπλισμού γενικά ώστε να αυξηθεί η ακρίβεια των μετρήσεων και των λειτουργιών τους.

Όπως στην ιατρική θεωρείται ότι πρόληψη των ασθενειών είναι ευκολότερη, φθηνότερη και πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία, έτσι και στους οργανισμούς παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών γι αυτούς τους λόγους, η πρόληψη είναι προτιμότερη από τη διόρθωση των λαθών και γι αυτό θα πρέπει να δαπανώνται οι περισσότεροι πόροι προς αυτή την κατεύθυνση.

Κόστος εκτίμησης της ποιότητας:

Είναι το κόστος της εκτίμησης και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ή των διεργασιών που σχετίζονται με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Τα κόστη αυτά εμφανίζονται μετά την παροχή της υπηρεσίας ή μετά το πέρας των διεργασιών. Είναι διεσπαρμένα σε πολλές δραστηριότητες όπως η αξιολόγηση των προμηθευτών, η αξιολόγηση των πωλητών, η διερεύνηση της ικανοποίησης των πελατών και η τεκμηρίωση των υπηρεσιών και διεργασιών του οργανισμού. Σε αυτά τα έξοδα ανήκουν επίσης και η αξιολόγηση του λογιστικού συστήματος, της μηχανογράφησης του οργανισμού και τα κόστη εξωτερικών παρατηρητών όπως οργανισμοί τυποποίησης και φορείς διασφάλισης της ποιότητας που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

Οι πόροι που δαπανώνται για την εκτίμηση της ποιότητας είναι αναπόφευκτοι και αναγκαίοι καθώς αυτό το τμήμα της πορείας προς την ποιότητα έχει να κάνει με την ανατροφοδότηση (feedback) των αποτελεσμάτων, κάτι που είναι απαραίτητο για τη συνεχή διόρθωση της

πορείας αυτής και τη συμπλήρωση στοιχείων που διέφυγαν κατά τον αρχικό σχεδιασμό ή εμφανίστηκαν στην πορεία. Έτσι αποφεύγεται η κατασπατάληση πόρων προς λάθος κατεύθυνση.

Επίσης, αυτό αποτελεί το τμήμα της μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας το οποίο επιτελεί την εξής σημαντική λειτουργία: ποσοτικοποιεί τις προσπάθειες και τα αποτελέσματα της βελτίωσης και έτσι τίθενται ξεκάθαροι και μετρήσιμοι στόχοι.

Κόστη διόρθωσης των λαθών:

Αφορούν κόστη σχετικά με λάθη και αστοχίες του συστήματος παροχής υπηρεσιών και αποτελείται από δύο είδη εξόδων:

- Έξοδα λόγω εσωτερικών λαθών. Με αυτή την ορολογία χαρακτηρίζονται τα λάθη που συμβαίνουν και διορθώνονται πριν από την παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών στον ασθενή ή λάθη που απαιτούν την επέμβαση τρίτων. Μία λάθος εργαστηριακή εξέταση η οποία γίνεται αντιληπτή πριν από την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής, με αποτέλεσμα να ξαναγίνει η εξέταση, ή μία αστοχία του βιοϊατρικού εξοπλισμού λόγω κακού χειρισμού και η οποία απαιτεί την επέμβαση τεχνικού προσωπικού με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της θεραπείας ή της εξέτασης ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Τέτοια λάθη συνήθως δεν έχουν άμεση επίπτωση στην υγεία των ασθενών αλλά οδηγούν σε διαφυγόντα κέρδη από ακινησία υλικού, κόστος υπερωριακής απασχόλησης του προσωπικού για να τηρηθεί το πρόγραμμα και κόστος διπλής εργασίας για τη διόρθωση των λαθών.

- Έξοδα λόγω εξωτερικών λαθών. Είναι λάθη που συμβαίνουν κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών ή μετά από αυτή. Σχετίζονται με την παροχή ελλειπούς ή λανθασμένης υπηρεσίας στον ασθενή. Π.χ. μία νοσηλεύτρια δίνει στον ασθενή λάθος δοσολογία ή λάθος φάρμακο. Μία ακατάλληλη χειρουργική επέμβαση ή μία λάθος διάγνωση που δεν

ανακαλύφθηκε εγκαίρως οδηγούν σε ακατάλληλες πρακτικές που με τη σειρά τους προκαλούν στον ασθενή παρενέργειες, πόνο και ίσως θάνατο.

Τα λάθη αυτά ονομάζονται εξωτερικά γιατί οι επιπτώσεις τους μπορεί να μη φανούν άμεσα αλλά μετά από καιρό, όταν ο ασθενής θα έχει βγει από το νοσοκομείο. Αυτού του είδους τα λάθη θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και ακεραιότητα των ασθενών. Επίσης έχουν αρνητική επίδραση στην αξιοπιστία και φήμη του οργανισμού, με αποτέλεσμα να πλήττεται η ανταγωνιστικότητά του και να χάνει μερίδιο αγοράς. Για αυτό και στόχος κάθε οργανισμού παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι να μηδενιστεί η πιθανότητα να γίνουν τέτοιου είδους λάθη.

Οι Broyles και Al-Assaf χρησιμοποιώντας υποθετικά δεδομένα και με τη βοήθεια λογιστικού φύλλου EXCEL δημιούργησαν ένα μοντέλο με το οποίο υπολογίζεται η επίδραση των κοστών εκτίμησης και πρόληψης στο κόστος των λαθών. Υπολογίζεται λοιπόν ότι αύξηση 10% στα κόστη εκτίμησης και πρόληψης οδηγεί σε μείωση 15% στο κόστος διόρθωσης των λαθών, δηλαδή συνολικά υπάρχει μία εξοικονόμηση πόρων κατά 5%.

Παρόλες τις απλουστεύσεις που μπορεί να έχει ένα τέτοιο μοντέλο, αποδεικνύεται ότι η βελτίωση της ποιότητας προκαλεί συνολικά μείωση στο κόστος λειτουργίας, χωρίς να υπολογιστούν και τα κέρδη από την αύξηση της αξιοπιστίας και της φήμης του οργανισμού. Δηλαδή μία αρχική δέσμευση πόρων για την πρόληψη των λαθών και την αξιολόγηση και εκτίμηση της ποιότητας οδηγεί σε μείωση των λαθών και του κόστους διόρθωσης που αυτά συνεπάγονται σε όλα τα επίπεδα.

Ποιότητα και ικανοποίηση του πελάτη

Αλλά η ποιότητα δεν έχει ως πρωταρχικό σκοπό την μείωση του κόστους λειτουργίας, αυτό είναι ένα από τα αποτελέσματα που επιφέρει.

Βασική αρχή των σύγχρονων θεωριών για την διαχείριση της ποιότητας είναι ότι πρέπει να ξεφύγουν οι οργανισμοί από την προσέγγιση του τελικού προϊόντος και να συμπεριλάβουν τους πελάτες. Να γίνει κατανοητή η έννοια του πελάτη, να ανιχνευθούν οι ανάγκες και οι προσδοκίες του και να εφευρευθούν οι τρόποι για να ικανοποιηθούν. Θα πρέπει να μπουν στη θέση των πελατών και να εξετάσουν τι ζητούν από την εταιρία, τι είναι αυτό που προσθέτει αξία στο προϊόν κατά την αντίληψη του καταναλωτή.

Αυτό φυσικά προϋποθέτει ότι ο πελάτης έχει φωνή η οποία ακούγεται, έχει τρόπο να εκφράσει τη γνώμη του. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Παπανικολάου και Σιγάλας (7), την εποχή που η γνώμη του καταναλωτή διερευνάται και δημοσιοποιείται διαρκώς, με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών και των προϊόντων που του παρέχονται, δεν είναι δυνατόν να μη ζητάται η γνώμη του σοβαρότερου καταναλωτή, του ασθενή του νοσοκομείου, με το ίδιο ενδιαφέρον και την ίδια συχνότητα. Μία τέτοια έρευνα μπορεί να δώσει πληροφορίες για εκείνες τις πλευρές του νοσοκομειακού χώρου που είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τον καταναλωτή και θα μπορούσαν να διαφανούν περιοχές στις οποίες η βελτίωσή τους είναι απαραίτητη.

Αλλά όπως τονίζει και ο Θεοφανόπουλος (8), το μεγαλύτερο πρόβλημα των ελληνικών κυρίως νοσοκομείων είναι το γεγονός ότι δεν έχει ανακαλύψει ακόμα τις έννοιες του πελάτη και του ανταγωνισμού. Αυτό συμβαίνει επειδή στην Ελλάδα η ζήτηση για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι μεγαλύτερη από την προσφορά και το γεγονός ότι δεν υπάρχει κανένα ανταγωνιστικό πεδίο σε αυτόν τον τομέα, καθώς μέχρι τώρα τα κρατικά νοσοκομεία αποτελούν σχεδόν μονοπώλειο στις υπηρεσίες υγείας. Σε άλλες χώρες και κυρίως στην Αμερική, όπου ο χώρος της υγείας είναι τελείως απελευθερωμένος από κρατικές παρεμβάσεις, τα νοσοκομειακά ιδρύματα αγωνίζονται για τη διεκδίκηση των πελατών και αυτό οδηγεί σε συνεχή προσπάθεια για βελτίωση. Σε αυτές τις χώρες οι απαιτήσεις και ανάγκες των ασθενών

αποτελούν οδηγό για οποιαδήποτε αλλαγή και έτσι είναι επιβεβλημένη η διερεύνηση και μέτρησή τους.

Ποιότητα και εσωτερικός πελάτης

Οι σύγχρονες θεωρίες διαχείρισης της ποιότητας, χρησιμοποιούν την ορολογία εξωτερικός πελάτης για τον πελάτη-ασθενή. Αυτό γίνεται για να τον ξεχωρίσουν από τον εσωτερικό πελάτη, μία έννοια που συμπεριλαμβάνει τους λειτουργούς των υπηρεσιών υγείας δηλαδή το νοσηλευτικό, το ιατρικό, το διοικητικό και το βοηθητικό προσωπικό των οποίων η ικανοποίηση από τον οργανισμό είναι εξίσου σημαντική με αυτή του εξωτερικού πελάτη. Μία βασική θέση των θεωριών αυτών είναι ότι βλέπουν τους εργαζόμενους όχι μόνο σαν παροχείς, αλλά και σαν χρήστες των υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων που παράγονται. Δεδομένου ότι ο κύριος πόρος ενός νοσοκομείου είναι το προσωπικό του, η ποιότητά του και η ποιότητα της εργασίας του, έχουν άμεσο αποτέλεσμα στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας. Ο ικανοποιημένος εργαζόμενος αποδίδει καλύτερα, έχει ενδιαφέρον για τη δουλειά του, την μαθαίνει ενσυνείδητα και ευχάριστα και προσπαθεί να την βελτιώνει.

Τα στοιχεία που επιδρούν στην ικανοποίηση του εσωτερικού πελάτη είναι διαφορετικά από αυτά που αναφέρονται στον εξωτερικό πελάτη. Πιο συγκεκριμένα τα κυριότερα είναι τα εξής:

- Επίλυση επαγγελματικών προβλημάτων
- Ασφάλεια και μονιμότητα εργασίας
- Ικανοποίηση επαγγελματικών φιλοδοξιών
- Αλλαγές στην εργασία π.χ. εισαγωγή νέων τεχνολογιών
- Περιβάλλον εργασίας
- Φόρτος εργασίας
- Συνεργασία και ομαδική εργασία

- Αμοιβή, αναγνώριση, bonus
- Επικοινωνία με συναδέλφους και ασθενείς
- Παροχή ίσων ευκαιριών για όλους

Κατ' αρχάς πρέπει το σύστημα της εργασίας να είναι τέτοιο ώστε ο εργαζόμενος να μπορεί να αποδίδει το μέγιστο των δυνατοτήτων του. Ο σχεδιασμός του συστήματος να αποβλέπει στην ευελιξία και στην γρήγορη ανταπόκριση στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της αγοράς των υπηρεσιών υγείας. Επίσης να βοηθάει την ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων των εργαζομένων καθώς και να ενθαρρύνει εμπράκτως τις πρωτοβουλίες και την εισαγωγή καινοτομιών. Αυτοί οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν με τεχνικές όπως η απλοποίηση της ταξινόμησης των εργασιών, το cross-training, αλλαγές στη σχεδίαση και χωροθέτηση των εργασιών ώστε να διευκολύνεται η εστίαση στον πελάτη και η χρήση της πληροφορικής τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας του συστήματος εργασίας είναι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων, των διαφόρων λειτουργιών, και των μονάδων εργασίας με κοινό παρονομαστή την εστίαση στις ανάγκες του εξωτερικού πελάτη. Η γόνιμη και ειλικρινής επικοινωνία καλλιεργεί περιβάλλον ενθάρρυνσης, εμπιστοσύνης και αλληλοκατανόησης μεταξύ των εργαζομένων και αυτό βοηθάει στην ομαδική εργασία και στην απρόσκοπτη ροή πληροφοριών.

Ακόμη χρειάζεται δίκαιο σύστημα αποζημίωσης και αναγνώρισης το οποίο να υποκινεί τους εργαζομένους και να ενισχύει τους στόχους για ικανοποίηση του εξωτερικού πελάτη, τη βελτίωση της απόδοσης και την απόκτηση νέων γνώσεων. Για να είναι αποτελεσματικό το σύστημα αυτό χρειάζεται να βασίζεται εν μέρει σε αποδεδειγμένες ικανότητες των εργαζομένων και να αποτελεί κίνητρο για ποιοτική και όχι μόνο ποσοτική εργασία.

Για να έχει όμως ο οργανισμός απαιτήσεις από τους εργαζομένους, πρέπει να επενδύει στην εκπαίδευσή τους. Τα πιο βασικά θέματα στα οποία πρέπει να εκπαιδευτούν οι εργαζόμενοι είναι τα εξής:

- Συνεχιζόμενη κλινική εκπαίδευση
- Ικανότητες ηγεσίας, επικοινωνίας και ομαδικής εργασίας
- Επίλυση προβλημάτων στην εργασία τους
- Διαχείριση δεδομένων ηλεκτρονικής μορφής αλλά και κλασσικής μηχανογράφησης
- Εκπλήρωση των αναγκών των ασθενών
- Ανάλυση και απλοποίηση των διαδικασιών
- Μείωση άχρηστων και χρονοβόρων διεργασιών
- Αποφυγή λαθών
- Χρήση νέας τεχνολογίας
- Οδηγίες και κανόνες ασφαλείας

Μάλιστα το Malcolm Award (9), στην ειδική έκδοσή του για τον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Health Care Criteria for Performance Excellence) προχωράει ακόμα πιο μπροστά και συνιστά την εκμάθηση ακόμα πιο βασικών στοιχείων όπως διάβασμα, γράψιμο, χρήση γλώσσας και αριθμητική.

Η εκπαίδευση του προσωπικού σε όλα αυτά είναι σημαντικό βήμα προς την αύξηση της παραγωγικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας της εργασίας που επιτελούν. Αποτελεί ένα βασικό υπόβαθρο γνώσεων για όλο το προσωπικό και από εκεί και πέρα αναπτύσσει ο καθένας τις δεξιότητες που απαιτεί η εργασία του.

Υπάρχουν και άλλα πολλά που μπορούν να κάνουν οι περισσότεροι οργανισμοί ανεξαρτήτως μεγέθους για να συμβάλλουν στην ικανοποίηση του προσωπικού. Παραδείγματα από υπηρεσίες και δραστηριότητες που μπορούν να αναπτύξουν είναι οι εξής: προσωπικές και επαγγελματικές συμβουλές, πολιτιστικές δραστηριότητες, επίσημη και ανεπίσημη βράβευση,

εκπαίδευση σε θέματα άσχετα με την εργασία, συνταξιοδοτικές παροχές και φυσικά κάλυψη υγείας από τον ίδιο τον οργανισμό. Όλα αυτά μπορεί να έχουν κάποιο κόστος, αλλά δίνουν στους εργαζόμενους την αίσθηση ότι είναι μέλη ενός οργανισμού που νοιάζεται για αυτούς, αυξάνει την αφοσίωσή τους σε αυτόν και την ικανοποίησή τους για αυτό που κάνουν.

Όσον αφορά στους δείκτες ικανοποίησης των εργαζομένων μπορούν να αναφερθούν οι εξής:

- Επίσημες και ανεπίσημες έρευνες που αφορούν τους εργαζομένους
- Ασφάλεια εργασίας που εκφράζεται με τον δείκτη ατυχημάτων
- Αδικοιολόγητες απουσίες
- Παινήσεις
- Παράπονα
- Απεργίες και απαιτήσεις αποζημιώσεων

Όλα αυτά πρέπει να παρακολουθούνται από τη διοίκηση και να μεταφράζονται σε αίτια που δημιουργούν αρνητικούς δείκτες. Στη συνέχεια θα πρέπει να αναλαμβάνονται δράσεις που θα βελτιώνουν τους δείκτες αυτούς.

Ποιότητα και μετρήσεις

«Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Αυτά τα λόγια ανήκουν στον Thomas Royer, διευθύνοντα σύμβουλο του Christus Health System στο Detroit (10), ο οποίος τονίζει επίσης ότι ο ανταγωνισμός με πεδίο την ποιότητα, βαθμολογημένη σύμφωνα με μετρήσιμα κριτήρια, θα είναι ολοένα και πιο διαδεδομένος. Όμως δεν είναι ο μόνος που αντιλαμβάνεται την αξία των μετρήσεων στην πορεία προς την ποιότητα, χωρίς τις οποίες η ποιότητα παραμένει μία υποκειμενική και αόριστη έννοια. Ο Joseph Tan του πανεπιστημίου του Columbia (11) τονίζει ότι οργανισμοί που έχουν τη σωστή πληροφόρηση (δηλαδή απαντήσεις) και τεκμηριωμένες μετρήσεις (δηλαδή δείκτες) είναι περισσότερο πιθανόν να διαχειριστούν

πληροφορίες αποτελεσματικά, να πάρουν αποφάσεις έξυπνα και να εκτελούν επιτυχώς κρίσιμες οργανωσιακές λειτουργίες σε σχέση με αυτές που δεν το κάνουν.

Το ίδιο επισημαίνεται και από το Malcolm Awards, όπου χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι απαραίτητη προϋπόθεση για βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας είναι η χρήση των μετρήσεων και δεικτών απόδοσης. Οι δείκτες αυτοί είναι μετρήσιμα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας που αφορούν τις διαδικασίες και τις οργανωσιακές λειτουργίες και χρησιμοποιούνται για την μέτρηση και βελτίωση της ποιότητας. Επιλέγονται έτσι ώστε να αντιπροσωπεύουν με τον καλύτερο τρόπο τους παράγοντες που οδηγούν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων, των λειτουργιών και οικονομικών αποδόσεων. Μία κατανοητή ομάδα από καλά ορισμένους και μετρήσιμους δείκτες συνδεδεμένους με τους ασθενείς και την οργανωσιακή απόδοση, αποτελεί έναν οδηγό για ευθυγράμμιση όλων των δραστηριοτήτων προς τους στόχους του οργανισμού.

Επίσης, είναι βασικό να υπάρχουν δείκτες για όλες τις λειτουργίες του οργανισμού. Αυτό βοηθάει στην εύκολη εκτίμηση και αξιολόγηση της βελτίωσης όλων των τμημάτων και τον εντοπισμό προβληματικών περιοχών. Ακόμη θέτει ξεκάθαρους στόχους σε όλα τα τμήματα και με την υποβοήθηση με κάποιες μορφές επιβράβευσης για τους καλύτερους, καλλιεργεί τον εσωτερικό, παραγωγικό ανταγωνισμό.

Για το ίδιο θέμα στην ετήσια έκδοση του NCQA (National Committee for Quality Assurance-οργανισμός διασφάλισης ποιότητας στην Αμερική) για την κατάσταση στις υπηρεσίες υγείας (State of Managed Care Quality – 1999) αναφέρονται τα εξής σημαντικά στοιχεία (12):

1. Ιδρύματα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που σταθερά παρακολουθούν και δημοσιεύουν στοιχεία και δείκτες που αφορούν την ποιότητά τους, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα. Αυτή

η βελτίωση έχει ουσιώδες θετικό αντίκτυπο και στην υγεία του πληθυσμού.

2. Ιδρύματα με διαπίστωση NCQA και αυτά που δημοσιεύουν τα στοιχεία τους, ξεπερνούν σε όλες τις μετρήσεις τα μη μέλη του NCQA και αυτά που δεν δημοσιεύουν τα στοιχεία τους.

3. Τα ιδρύματα που έχουν υψηλή ποιότητα (εκφρασμένη σε υψηλό σκορ στις μετρήσεις των στοιχείων ποιότητας) έχουν και τους πιο ικανοποιημένους πελάτες.

4. Ιδρύματα που ασχολήθηκαν με τη μέτρηση στοιχείων ποιότητας τα τελευταία τρία συνεχόμενα χρόνια, ξεπερνούν σε απόδοση ιδρύματα που μόλις άρχισαν να εφαρμόζουν τις μετρήσεις, δείγμα της συνεχούς βελτίωσης που επιβάλλει η συστηματική μέτρηση.

5. Οι μετρήσεις αυτές αφορούν 12 δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας και 8 δείκτες ικανοποίησης πελατών. Οι ασθενείς κρίνουν το νοσοκομείο, αν τους παρείχε την απαραίτητη φροντίδα, πόσο γρήγορα την παρείχε, την ευγένεια και προθυμία του προσωπικού, τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, την διαχείριση παραπόνων, την αναλογία σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και τη συνολική εικόνα των υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν.

Η ανάγκη των μετρήσεων δεν προκύπτει μόνο από την θέληση των ιδρυμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας να βελτιώσουν την ποιότητά τους, αλλά και για την ενημέρωση των καταναλωτών. Ο ίδιος ο πρόεδρος της Αμερικής, ο Bill Clinton, ζήτησε από τον αντιπρόεδρο Al Gore να αναπτύξει ένα Forum ποιότητας, το οποίο θα ένωνε τις προσπάθειες του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα για την εξεύρεση μίας κύριας ομάδας μετρήσιμων χαρακτηριστικών, η οποία θα υιοθετούνταν από τους παροχείς υπηρεσιών υγείας σε όλη τη χώρα. Η δημοσιοποίηση των μετρήσεων αυτών, θα έδινε στους καταναλωτές τη δυνατότητα να διαλέγουν υπηρεσίες υγείας

βασισμένες στην ποιότητα και όχι μόνο στο κόστος. Καρπός της προσπάθειας αυτής είναι το Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting (4). Όπως αναφέρεται στο καταστατικό του: «σκοπός του είναι να αναπτύξει και να εφαρμόσει αποτελεσματικές, αποδοτικές και συντονισμένες στρατηγικές που θα εγγυώνται στο ευρύ κοινό την δυνατότητα για έγκυρη και αξιόπιστη πληροφόρηση σε θέματα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας»

Μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας

Γενικά η απόδοση ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως το κατά πόσο ο οργανισμός αυτός πέτυχε να πραγματοποιήσει την αποστολή του σαν παροχέας των υπηρεσιών αυτών. Η απόδοση αφορά τα εξής τέσσερα πεδία:

1. *Απόδοση υγειονομικής φροντίδας*: είναι ο σημαντικότερος τύπος απόδοσης, αφού αποτελεί και την αποστολή του οργανισμού, δηλαδή τη διαφύλαξη της υγείας του πλυθυσμού και την επαναφορά των ασθενών στην υγιή τους κατάσταση όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα και τις μετρήσεις σε στοιχεία όπως θνησιμότητα, αναπηρίες, νοσοκομειακές λοιμώξεις, μέση διάρκεια νοσηλείας, αποτελεσματικότητα θεραπειών κτλ

2. *Λειτουργική απόδοση*: σχετίζεται με τη μέτρηση της απόδοσης και αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού (ικανοποίηση, ανάπτυξη, υποκίνηση) και της απόδοσης του εργασιακού συστήματος (δείκτες καινοτομιών και προτάσεων, εκπαίδευση, cross-training, αξιολόγηση προμηθευτών κ.τ.λ.)

3. *Απόδοση ως προς τους πελάτες*: πώς κρίνει ο πελάτης την απόδοση του οργανισμού. Αφορά την ικανοποίηση των πελατών όπως εκφράζεται μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων (γνώμες, αντιδράσεις, συμπεριφορά), την πιστότητα των πελατών προς τον

οργανισμό, τα παράπονά τους, την αναγνώριση του οργανισμού από πελάτες και τρίτους κ.τ.λ.

4. *Οικονομική απόδοση και θέση στην αγορά:* αφορούν στοιχεία όπως η μέτρηση του κόστους και των εσόδων, τα περιθώρια κέρδους, η αξιοποίηση των κεφαλαίων, η προστιθέμενη αξία ανά εργαζόμενο, το μερίδιο αγοράς και άλλα οικονομοτεχνικά στοιχεία.

Η αξία που έχουν οι διαστάσεις αυτές της απόδοσης είναι το γεγονός ότι μπορούν να μεταφραστούν σε μετρήσιμους δείκτες, ώστε να είναι δυνατόν να παρακολουθούνται, να αξιολογούνται και να βελτιώνονται.

Εκτίμηση των αναγκών και της ικανοποίησης των εξωτερικών πελατών

Δεδομένου ότι η βασική επιδίωξη όλων των οργανισμών που θέλουν να αναπτυχθούν στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον είναι να λειτουργούν πελατοκεντρικά, γίνεται εμφανής η αξία της μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών (η τρίτη διάσταση της απόδοσης όπως εκφράστηκε παραπάνω). Η μέτρηση αυτή αποκαλύπτει τις απαιτήσεις, τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις προτιμήσεις των πελατών, όχι μόνο αυτών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών εκείνη τη στιγμή, αλλά και αυτών που στο παρελθόν είχαν κάνει χρήση αυτών ή ακόμα και δυνητικών πελατών που στο μέλλον, ίσως χρειαστούν τις υπηρεσίες αυτές.

Όπως τονίζει ο David Gustafson του πανεπιστημίου του Wisconsin στο σύγγραμμα της Koska Mary (14), τα νοσοκομεία ως βασικοί παροχείς υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει κατ' αρχάς να κάνουν έρευνα στους ασθενείς τους για να καθορίσουν τις ανάγκες τους. Πρέπει να ερωτούν συγκεκριμένες ερωτήσεις και όχι αόριστα θέματα. Αυτό είναι το πρώτο βήμα της πελατοκεντρικής προσέγγισης. Εάν κατανοηθούν οι ανάγκες των πελατών, τότε τα νοσοκομεία θα μπορέσουν να προχωρήσουν στο δεύτερο βήμα, δηλαδή να σχεδιάσουν μία έρευνα ικανοποίησης των πελατών η οποία θα

μπορεί να δίνει ουσιαστικές πληροφορίες κατά πόσο αυτές οι ανάγκες ικανοποιούνται.

Όπως αναφέρεται και στο Malcolm Award, μία αποτελεσματική μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών εφοδιάζει με αξιόπιστες πληροφορίες για το πως βαθμολογεί ο ασθενής τις συγκεκριμένες υπηρεσίες και ποια θα είναι η μελλοντική του σχέση με τον παροχέα των υπηρεσιών. Συνδέονται, δηλαδή, η βαθμολόγηση των υπηρεσιών και οι μελλοντικές του πράξεις που αφορούν το χώρο της υγείας όπως π.χ. η επιλογή του νοσοκομείου. Έτσι μπορούν να δοθούν απαντήσεις για το τι φέρνει τους πελάτες και τι τους διώχνει.

Επίσης, είναι σκόπιμο να γίνεται συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων της ικανοποίησης των πελατών και άλλων βασικών δεικτών που αφορούν την ποιότητα, ώστε να φανεί ποιες δράσεις οδηγούν σε αύξηση της ικανοποίησης των πελατών και έτσι να τεθούν οι προτεραιότητες της πολιτικής για τη βελτίωση της ποιότητας.

Τεχνικές εκτίμησης αναγκών πελατών

Όσον αφορά τώρα στις τεχνικές εξεύρεσης και εκτίμησης των αναγκών των πελατών, σύμφωνα με το MSH (Management Sciences for Health) και τη UNICEF (14) οι πιο σημαντικές είναι οι εξής:

- Συλλογή και ανάλυση έμμεσων δεδομένων. Με αυτή την τεχνική γίνεται χρήση έμμεσων πηγών πληροφόρησης για την προσέγγιση των αναγκών των ασθενών. Χαρακτηρίζεται ως έμμεση γιατί οι ανάγκες των ασθενών διερευνώνται από την σκοπιά του προσωπικού ή τρίτων υπηρεσιών. Παραδείγματα πηγών πληροφόρησης είναι επίσημες στατιστικές, αρχεία εισαγωγών – εξαγωγών ασθενών, απογραφές πληθυσμού, στατιστική ανάλυση ιατρικών αρχείων - πάντοτε σεβόμενοι την ανωνυμία και το απόρρητο των αρχείων αυτών και κάθε σύστημα

πληροφοριών από το οποίο μπορούν να αντληθούν πληροφορίες για τις ανάγκες των πελατών.

- Τεχνικές άμεσης παρακολούθησης. Με αυτή την τεχνική γίνεται άμεση καταγραφή των αναγκών και της ικανοποίησης των πελατών καθώς και των προβλημάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών. Αυτές οι τεχνικές χρησιμοποιούνται και σχεδιάζονται συνήθως για κάποιο ειδικό λόγο όπως η ανίχνευση ενός προβλήματος, η περιγραφή μιας κατάστασης, οι αντιδράσεις των πελατών σε συγκεκριμένες αλλαγές κτλ. Μερικά εργαλεία αυτής της τεχνικής είναι η έρευνα πελατών - χρηστών (user surveys) μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων, η καταγραφή των παραπόνων και παρατηρήσεων των ασθενών, η εστίαση σε ομάδες ειδικού ενδιαφέροντος (focus group), η λεγόμενη «στιγμή της αλήθειας», η ανάλυση ροής πελατών κ.τ.λ. Το πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ότι προκύπτουν άμεσα αποτελέσματα και απαντήσεις από τον ίδιο τον πελάτη ή από την αντικειμενική παρατήρηση μίας κατάστασης.

- Τεχνικές συλλογικών αποφάσεων. Λέγονται και τεχνικές επίτευξης ομοφωνίας (consensus building). Είναι οι περισσότερο διαισθητικές τεχνικές, γιατί βασίζονται σε ιδέες που προκύπτουν από την εμπειρία και την αντίληψη καθενός που συμμετέχει στην εφαρμογή των τεχνικών αυτών. Συνήθως, συμμετέχει το προσωπικό, χωρίς να αποκλείεται και η συμμετοχή πελατών ή τρίτων. Τέτοιες τεχνικές αποτελούν ο καταιγισμός ιδεών (brainstorming) και η κατάρτιση πίνακα προτεραιοτήτων.

Δύο κοινά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχουν οι απαντήσεις που θα δοθούν σε όλες αυτές τις τεχνικές προσδιορισμού των αναγκών και της ικανοποίησης των πελατών, ώστε να είναι πλήρως αξιοποιήσιμες είναι τα εξής:

1. Να είναι οι απαντήσεις και τα αποτελέσματα άμεσα συνδεδεμένα με βασικές λειτουργίες του οργανισμού ώστε να

διαφαίνονται ξεκάθαρα οι ευκαιρίες για βελτίωση σε συγκεκριμένα σημεία και με συγκεκριμένους στόχους.

2. Να μπορούν να μεταφραστούν σε μετρήσιμα μεγέθη (κόστος, χρόνος, πόροι, απόδοση) ώστε να μπορούν να ιεραρχηθούν, να καταρτιστούν οι προτεραιότητες και να γίνει εύκολα αντιληπτό τι είναι εφικτό να γίνει και τι όχι.

Στη συνέχεια θα εξεταστεί αναλυτικά η έρευνα πελατών - χρηστών μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων και η εφαρμογή της στην πράξη σε μαιευτική - γυναικολογική κλινική.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών σε κλινικές νοσοκομείου

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, γίνεται εφαρμογή της μέτρησης της ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών με άμεση παρακολούθηση και συγκεκριμένα με τη χρήση ερωτηματολογίων και προσωπικών συνεντεύξεων. Η μορφή και το περιεχόμενο των ερωτήσεων βασίστηκε κατά μεγάλο μέρος σε εργασία των Σιγάλα και Παπανικολάου (7). Τα ερωτηματολόγια και οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στις Β' και Δ' Μαιευτικές - Γυναικολογικές Κλινικές του Ιπποκρατείου ΓΠΝΘ κατά το διάστημα Σεπτεμβρίου-Νοεμβρίου 1999. Ακολουθεί η αναλυτική παρουσίαση της έρευνας και τα αποτελέσματά της τα οποία παρουσιάζονται εποπτικά με τη βοήθεια του EXCEL.

Περιγραφή Ερωτηματολογίου - μέτρηση ικανοποίησης ασθενών

Το ερωτηματολόγιο είναι ως γνωστό ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με ένα πρόβλημα, οι οποίες απευθύνονται ομοιόμορφα σε ένα δείγμα με σκοπό τη συγκέντρωση αναγκαίων πληροφοριών (15).

Ένα από τα μειονεκτήματα αυτού του μέσου έρευνας είναι το γεγονός ότι βασίζεται στην εκούσια συνεργασία του δείγματος. Όσοι απαντούν το κάνουν οικειοθελώς και συνήθως είναι μικρός ο αριθμός τους. Πράγματι, πολλοί αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε στα πλαίσια αυτής της έρευνας. Οι κυριότεροι λόγοι ήταν το γεγονός ότι μερικές γυναίκες δεν ήξεραν να διαβάζουν ή να γράφουν (αλλοδαπές ή χαμηλού μορφωτικού επιπέδου) και μερικές δεν ήταν σε θέση να το συμπληρώσουν λόγω της άσχημης κατάστασής τους (πόνος, μετεγχειρητικές καταστάσεις).

Ένα άλλο μειονέκτημα του ερωτηματολογίου είναι ότι δεν εγγυάται την ειλικρινή απάντηση του δείγματος. Ένας λόγος είναι η δυσπιστία προς τον ερευνητή. Παρόλη την επιστολή που επισυναπτόταν και εξηγούσε τους λόγους της έρευνας, υπήρξαν ερωτήσεις όπως «από που ήρθες – αυτό βοηθάει εσένα ή το νοσοκομείο – να ρωτήσουμε κανένα γιατρό πρώτα». Δυσπιστία υπήρξε και ως προς την ανωνυμία των ερωτώμενων, η εξασφάλιση της οποίας τονιζόταν συνεχώς.

Παρόλα αυτά τα προβλήματα, με τη χρήση του ερωτηματολογίου είναι δυνατή η συλλογή μεγάλου πλήθους πληροφοριών σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα. Όσον αφορά στις ερωτήσεις έγινε χρήση των εξής ειδών:

- Ανοικτές ερωτήσεις. Ο ερωτώμενος έχει πλήρη ελευθερία να εκφράσει την προσωπική του γνώμη, αλλά για να το κάνει χρειάζεται ισχυρά κίνητρα για συνεργασία ή ανώτερο επίπεδο μόρφωσης. Είναι γεγονός ότι από τα 24 άτομα που αποτελούσαν το δείγμα, μόνο 13 απάντησαν στις ανοικτές ερωτήσεις και αυτά όχι σε όλες.

- Κλειστές ερωτήσεις. Ο ερωτώμενος έχει να επιλέξει ανάμεσα από δύο ή περισσότερες απαντήσεις ή να συμπληρώσει κάποιο κενό. Φάνηκε ότι η ευκολία αυτού του είδους των ερωτήσεων ενθάρρυνε τη συμπλήρωσή τους. Χρησιμοποιήθηκαν τρεις τύποι κλειστών ερωτήσεων: οι διαζευκτικές (τύπου ΝΑΙ-ΟΧΙ), οι πολλαπλής επιλογής, και οι κλιμάκωσης των απαντήσεων οι οποίες και αποτελούσαν την πλειοψηφία των ερωτήσεων. Σε αυτές τις τελευταίες ο ασθενής έπρεπε να επιλέξει την απάντηση ανάμεσα σε μία πενταβάθμια κλίμακα (Πολύ καλή – καλή – μέτρια – κακή -πολύ κακή).

Η διάρθρωση του ερωτηματολογίου ήταν ως εξής:

1. Επιστολή που εξηγούσε τους λόγους της έρευνας, την ιδιότητα του ερευνητή και τον φορέα που την πραγματοποιούσε.
2. Προσωπικές ερωτήσεις (σύνολο 7)

3. Ερωτήσεις που αφορούν την υποδομή του νοσοκομείου (σύνολο 14 εκ των οποίων 13 κλιμάκωσης των απαντήσεων και μία διαζευκτική)

4. Ερωτήσεις που αφορούν το ιατρικό προσωπικό (σύνολο 10 εκ των οποίων 6 κλιμάκωσης απαντήσεων, 3 διαζευκτικές και μία ανοικτή)

5. Ερωτήσεις που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό (σύνολο 5 κλιμάκωσης απαντήσεων)

6. Δύο ανοικτές ερωτήσεις όπου ζητούνταν από τον ασθενή να αναφέρει τα τρία μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει στο νοσοκομείο και τρεις προτάσεις για βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Γενικά έγινε προσπάθεια ώστε οι ερωτήσεις να έχουν μία λογική σειρά, να είναι απλές χωρίς τεχνικούς όρους και να μην είναι υποθετικές αλλά να επικεντρώνονται στο παρόν και σε απτά, συγκεκριμένα θέματα.

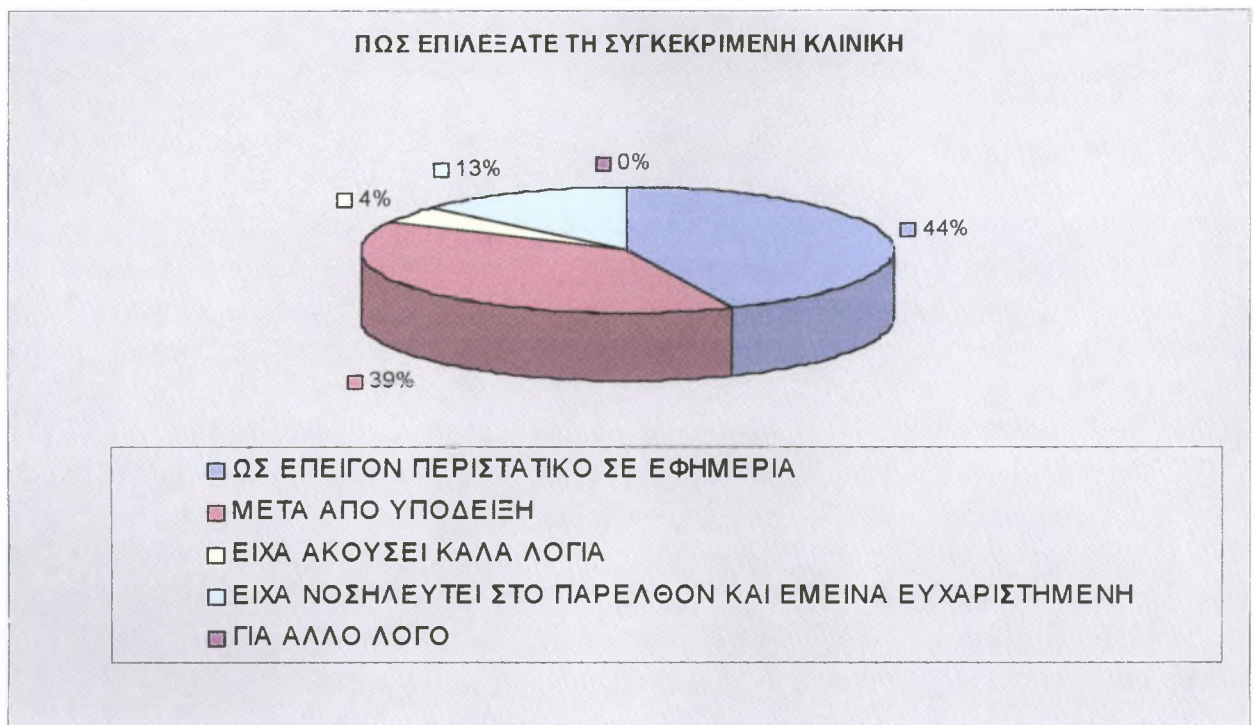
Λόγω της μεγάλης χρήσης κλειστών απαντήσεων, η συμπλήρωσή του απαιτούσε λίγο χρόνο (20-25 λεπτά) και ήταν αρκετά απλή, δεδομένης της φύσης του δείγματος (ασθενείς) και του όγκου των πληροφοριών που ζητούνταν. Η συμπλήρωσή τους έγινε με προσωπική επίβλεψη ώστε να επιλυθούν οποιαδήποτε προβλήματα και παρανοήσεις στη διατύπωση των ερωτήσεων.

Στην έρευνα πήραν μέρος 24 γυναίκες ηλικίας από 20 έως 55 χρόνων που κατά το διάστημα εκείνο νοσηλεύονταν στις Β' και Δ' Μαιευτικές-Γυναικολογικές κλινικές του Ιπποκρατείου.

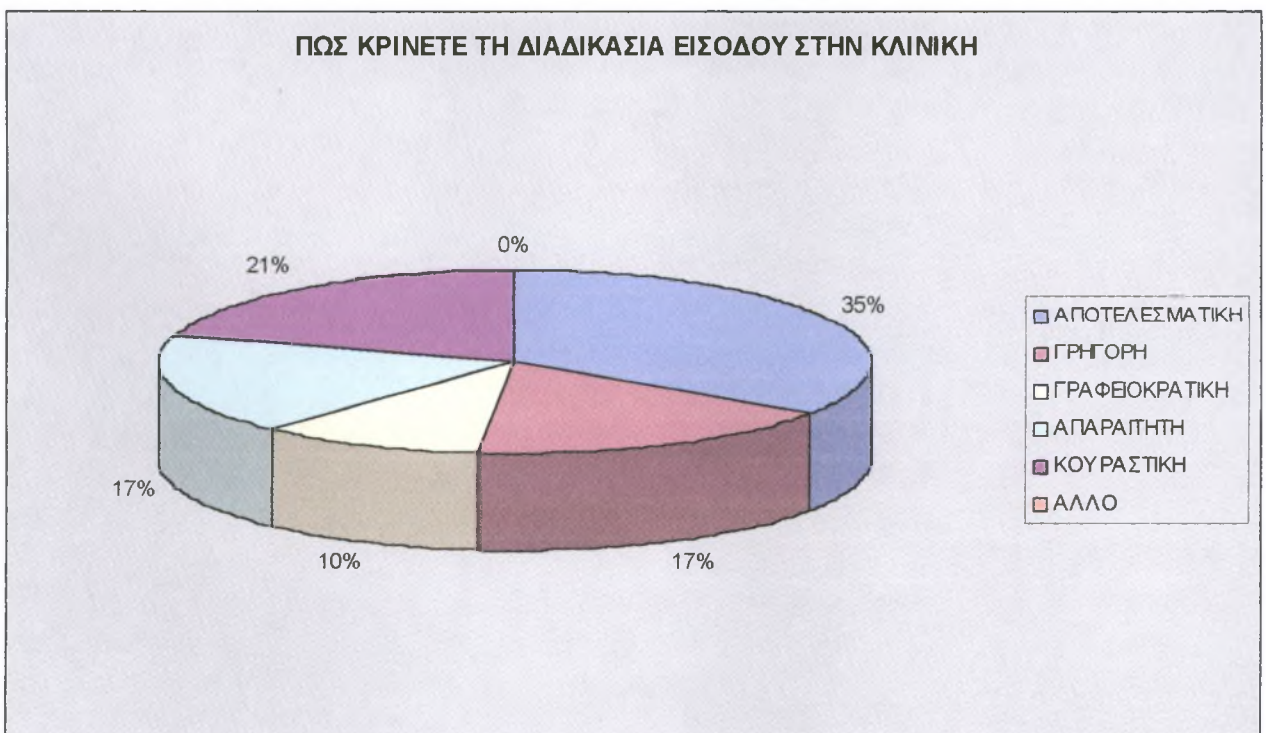
Λόγω τις προκωδικοποιημένης τους μορφής, ήταν εφικτή η αποδελτίωση του ερωτηματολογίου, η ταξινόμηση των απαντήσεων καθώς και η μηχανογραφική τους επεξεργασία. Η περιγραφική και εποπτική τους ανάλυση έγινε με το λογιστικό φύλλο EXCEL.

Παρακάτω παρατίθενται οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων καθώς και οι απαντήσεις σε εποπτική μορφή (διαγράμματα «πίτας»). Στη συνέχεια, ακολουθεί η ανάλυσή τους.

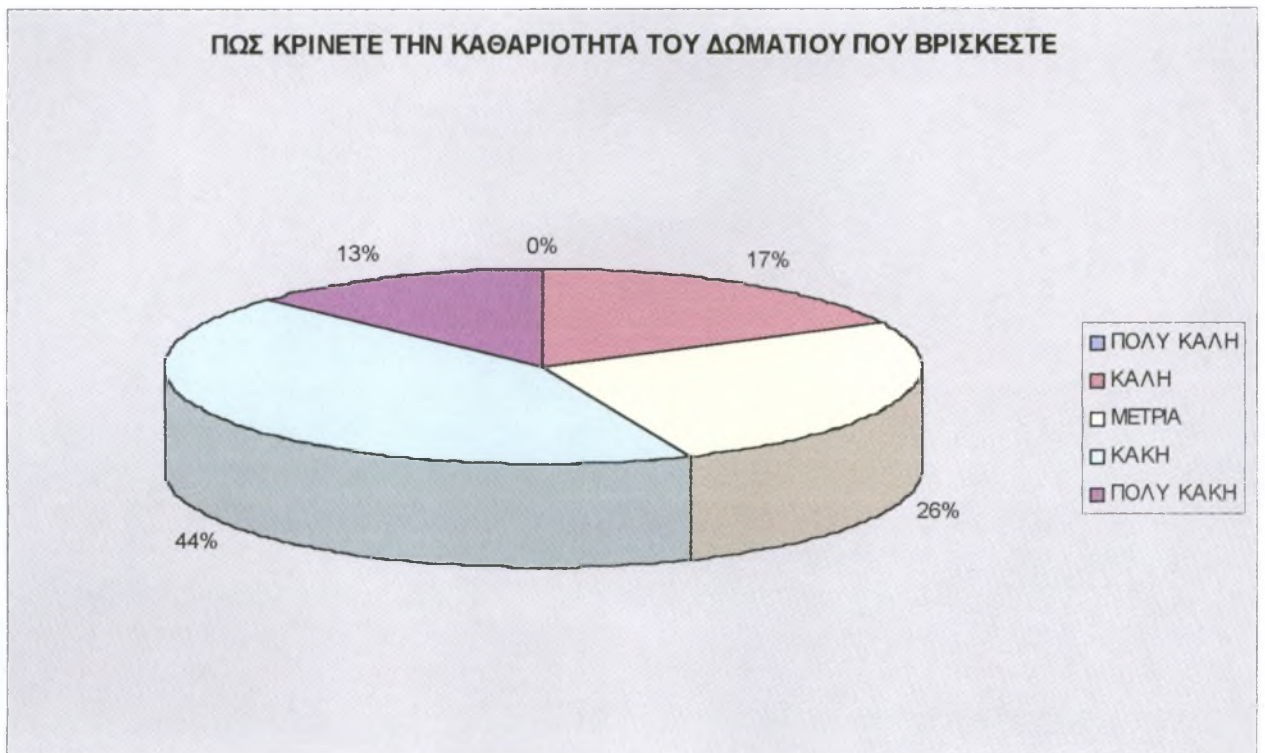
1. ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ



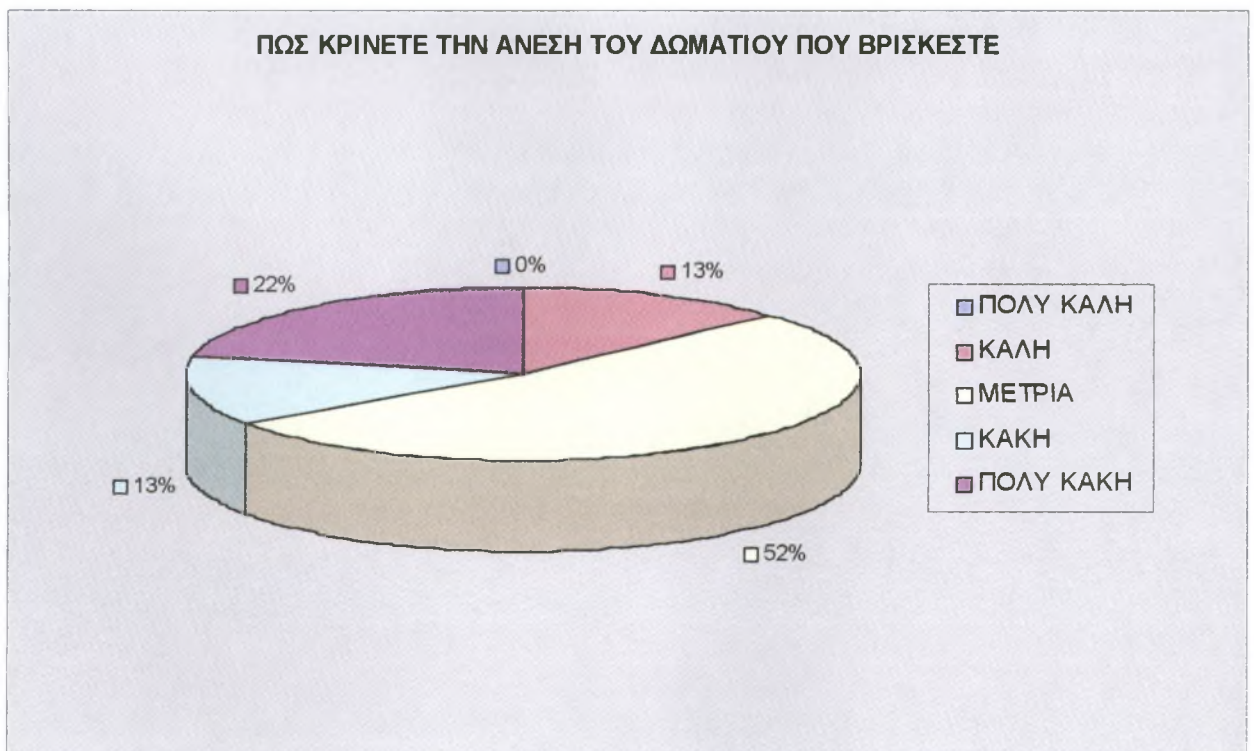
2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ



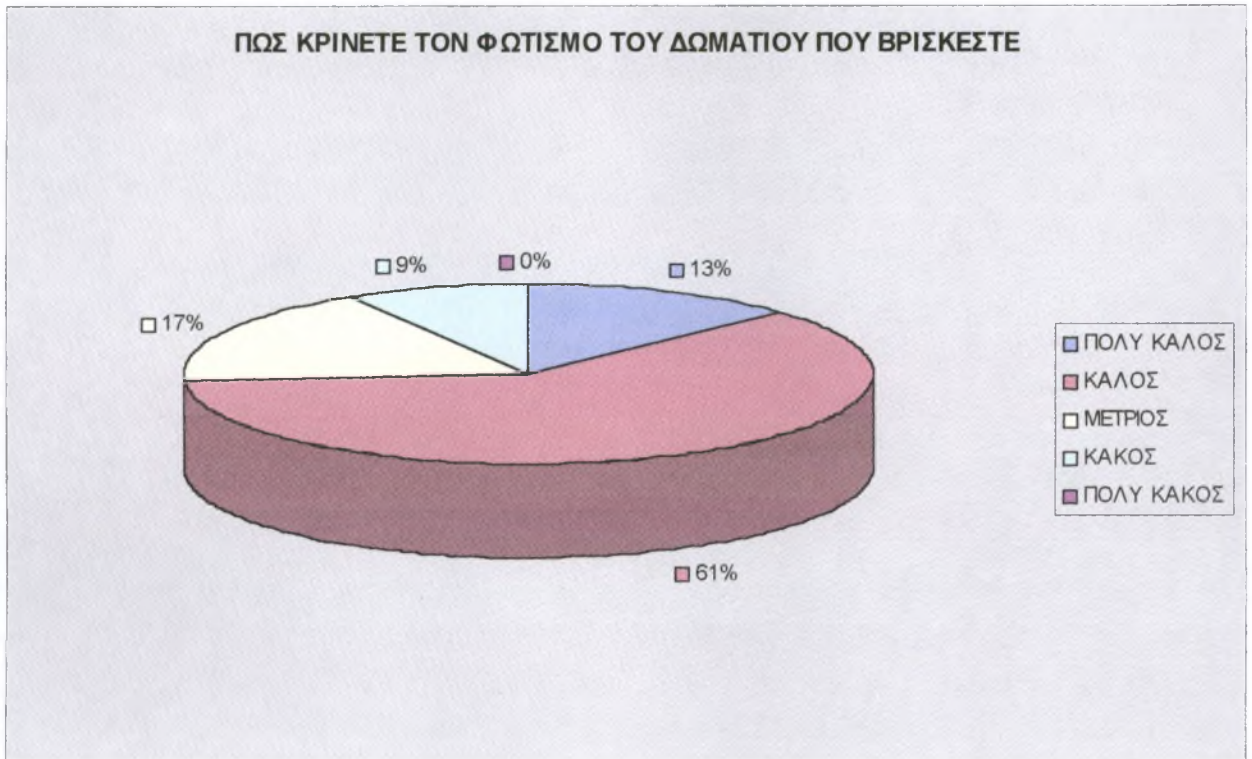
3. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΔΩΜΑΤΙΟΥ



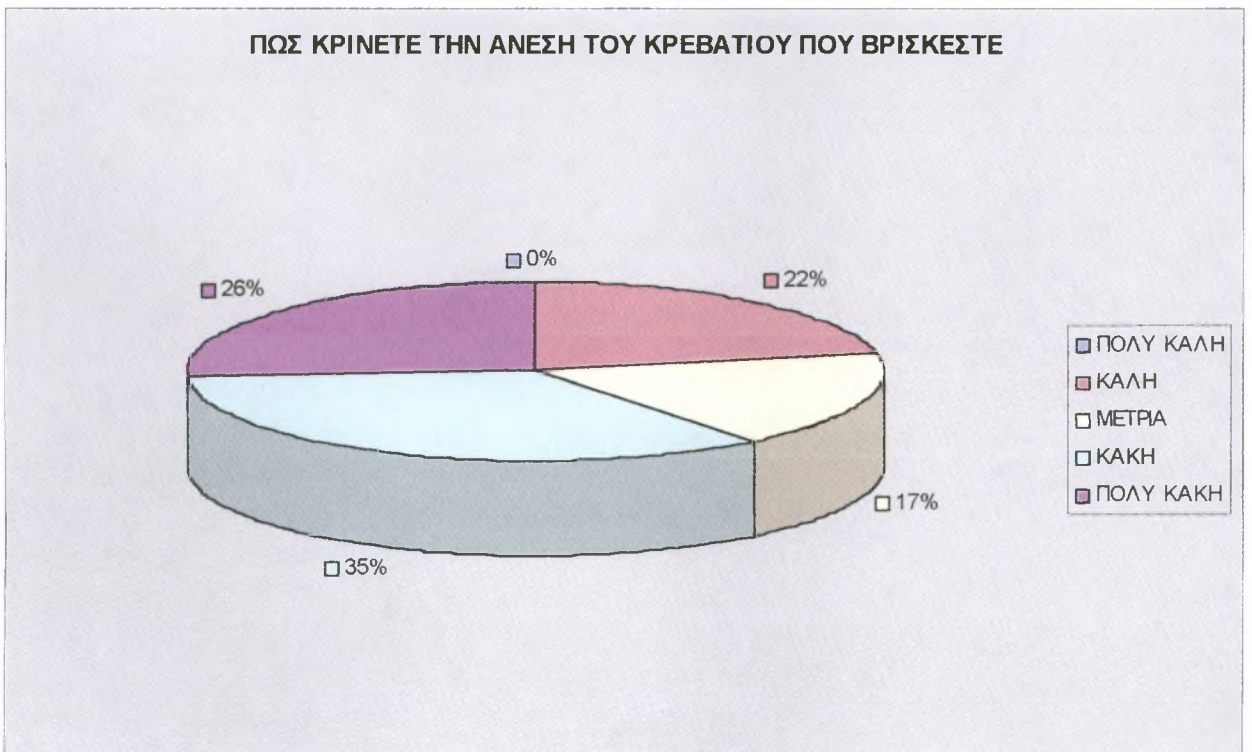
4. ΑΝΕΣΗ ΔΩΜΑΤΙΟΥ



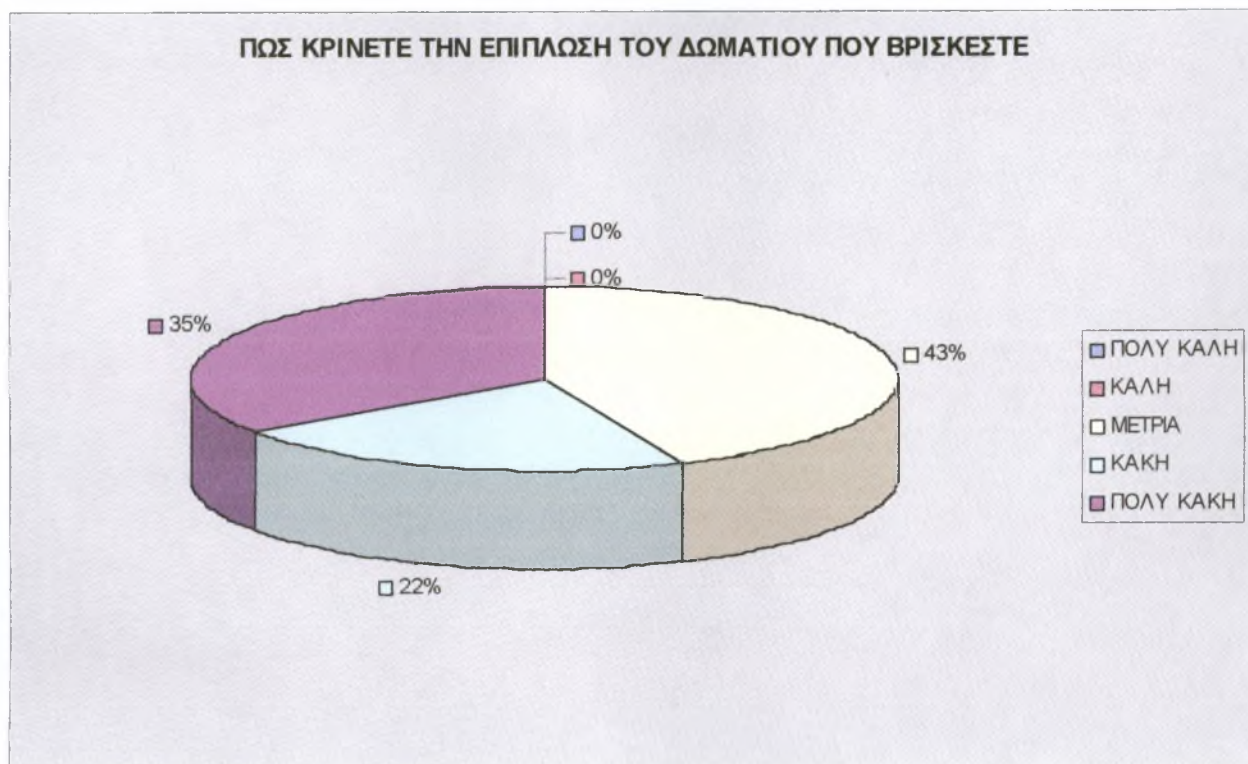
5. ΦΩΤΙΣΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΟΥ



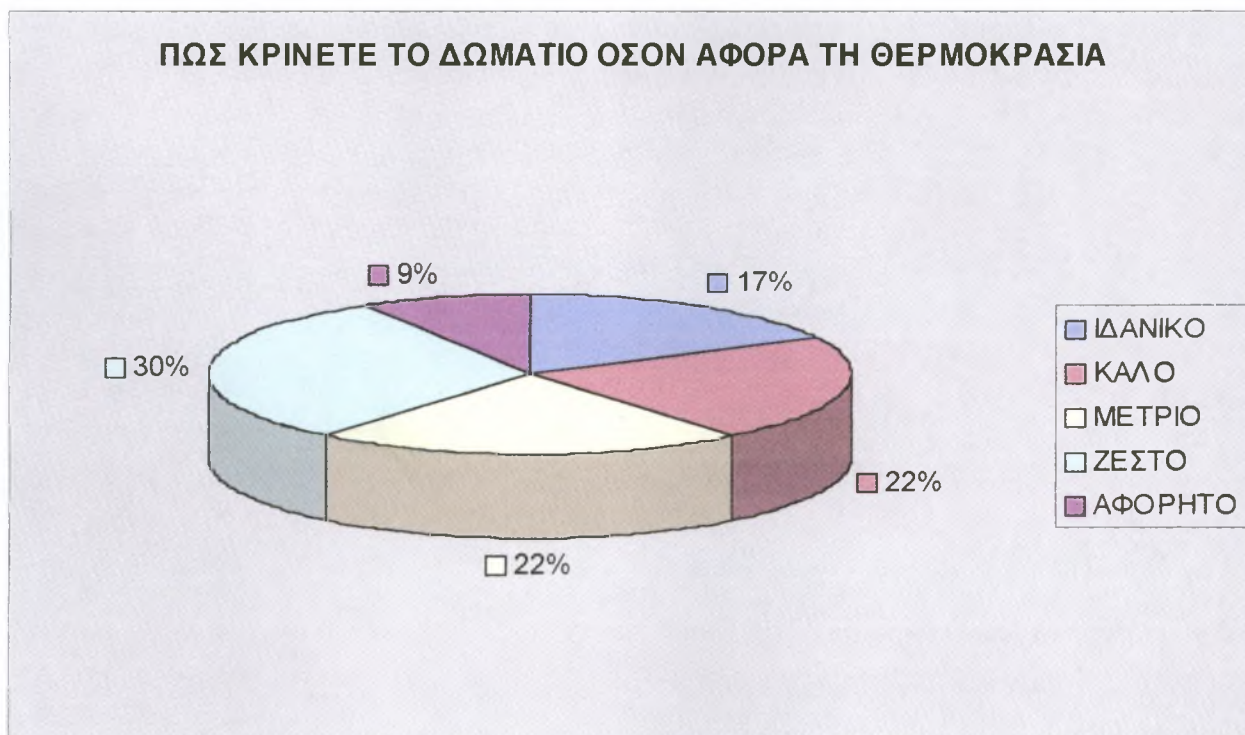
6. ΑΝΕΣΗ ΚΡΕΒΑΤΙΟΥ



7. ΕΠΙΠΛΩΣΗ ΔΩΜΑΤΙΟΥ



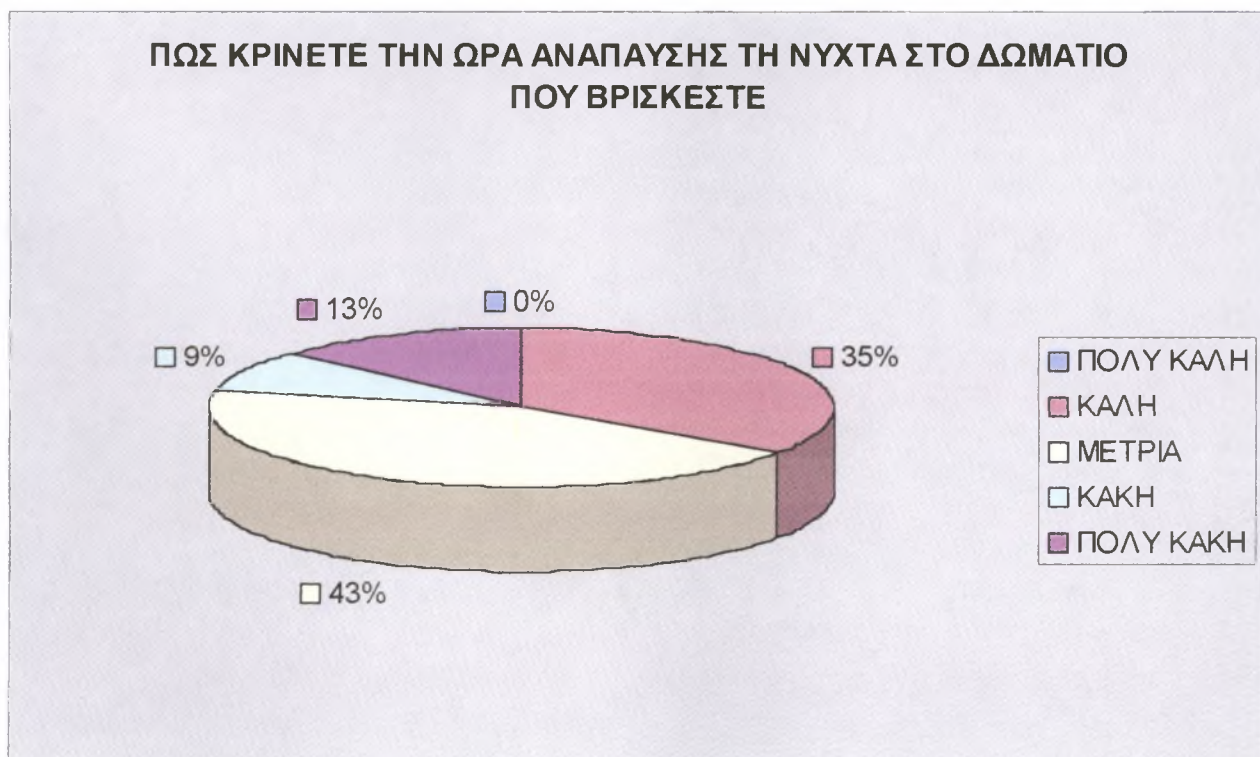
8. ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΔΩΜΑΤΙΟΥ



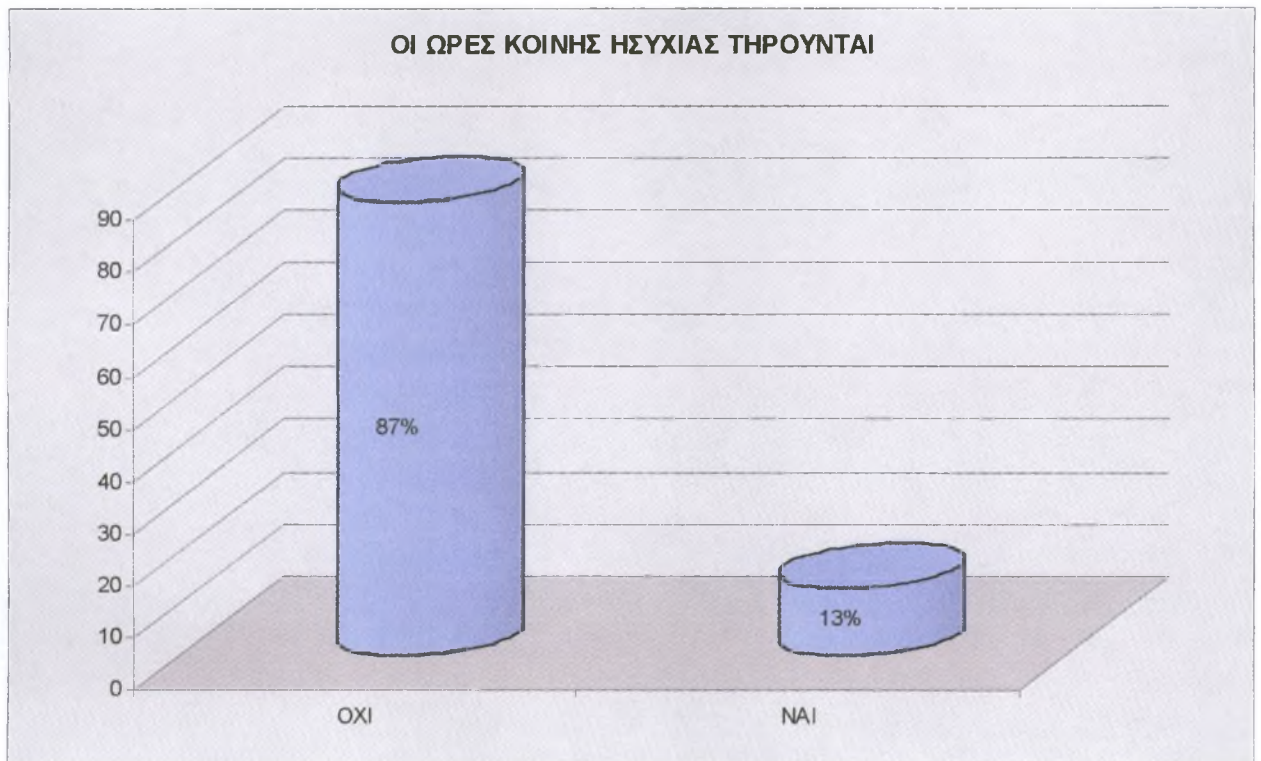
9. ΩΡΑ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ



10. ΩΡΑ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ ΤΗ ΝΥΧΤΑ



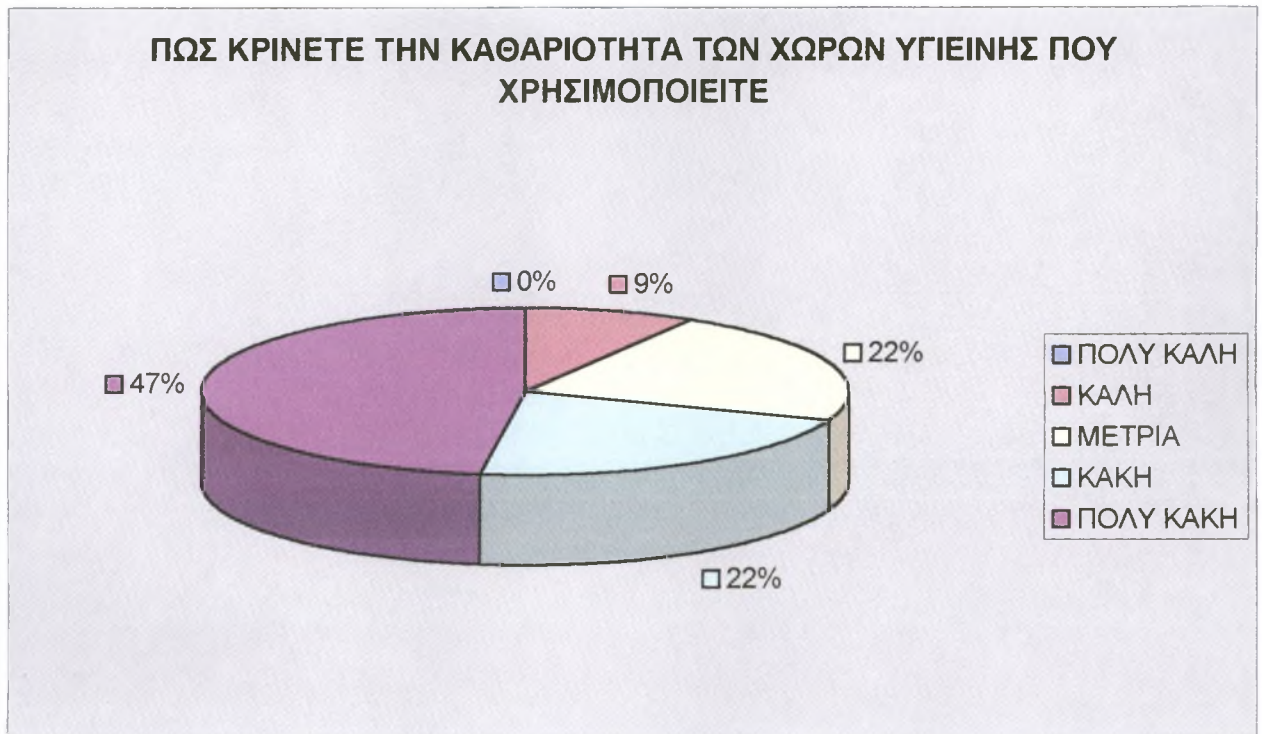
11. ΩΡΕΣ ΚΟΙΝΗΣ ΗΣΥΧΙΑΣ



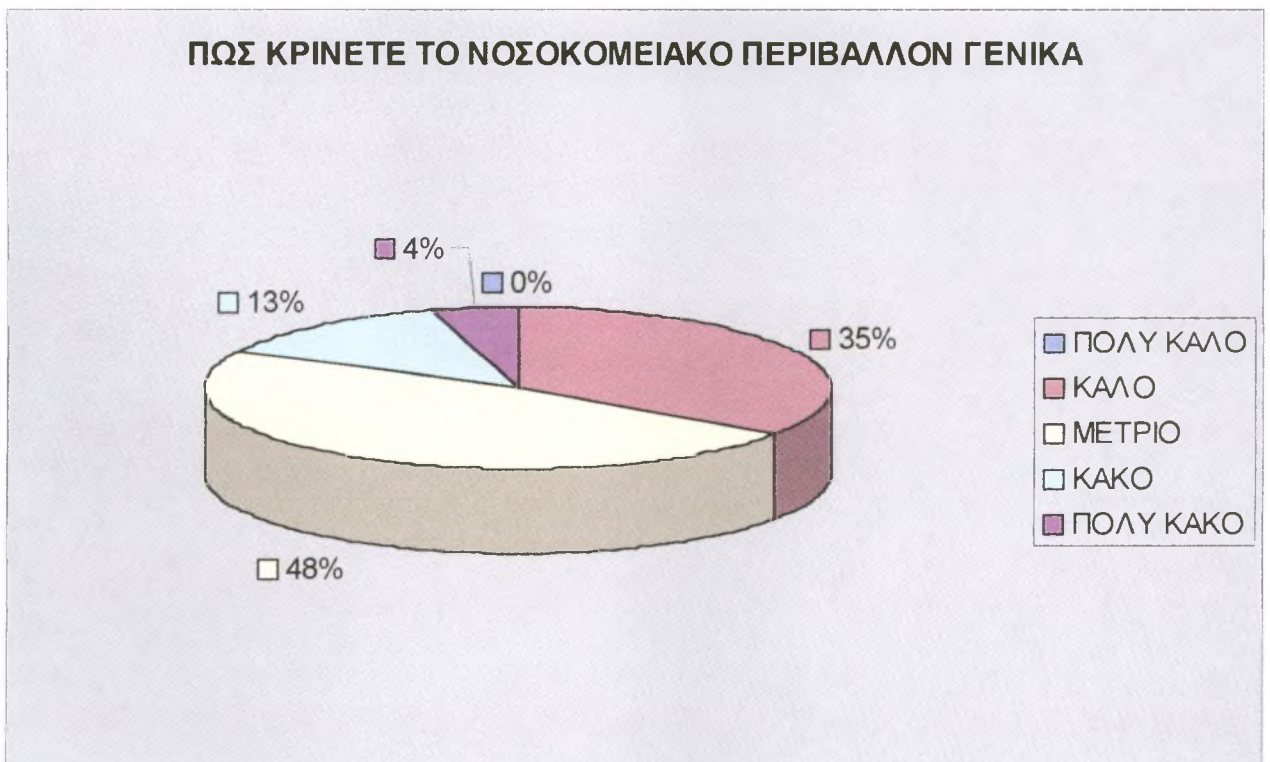
12. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



13. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ



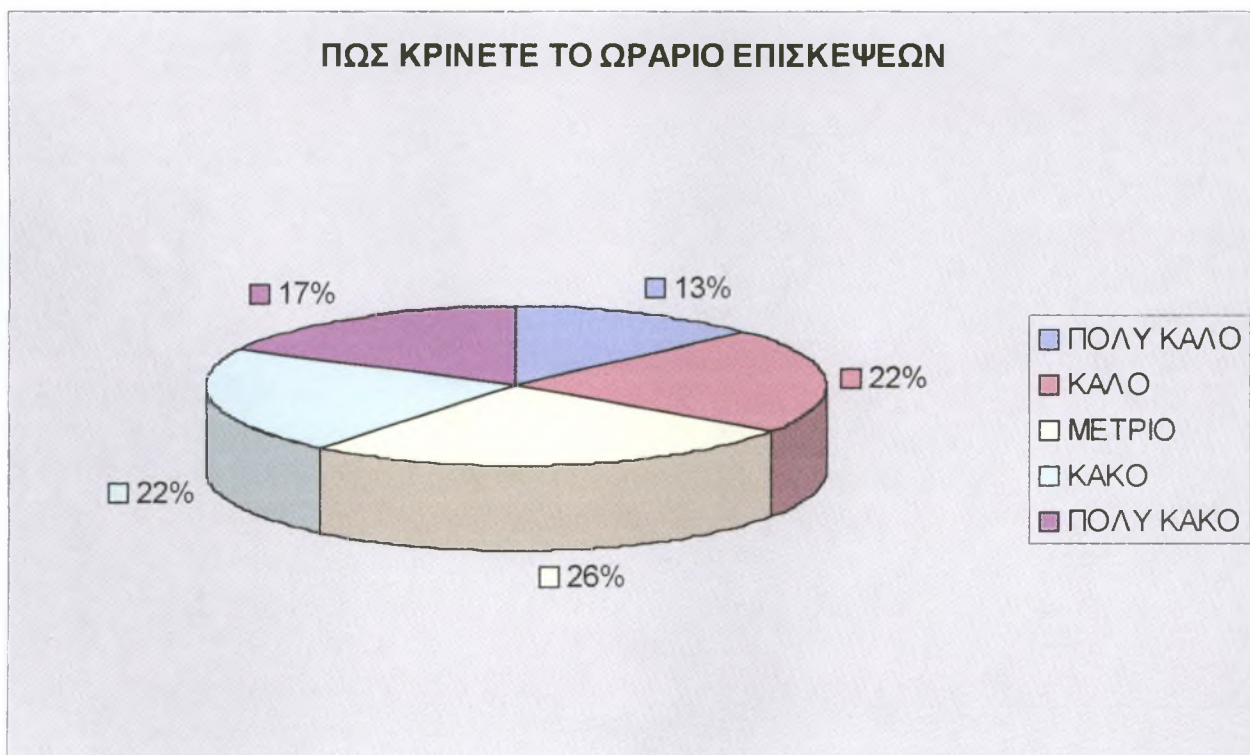
14. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ



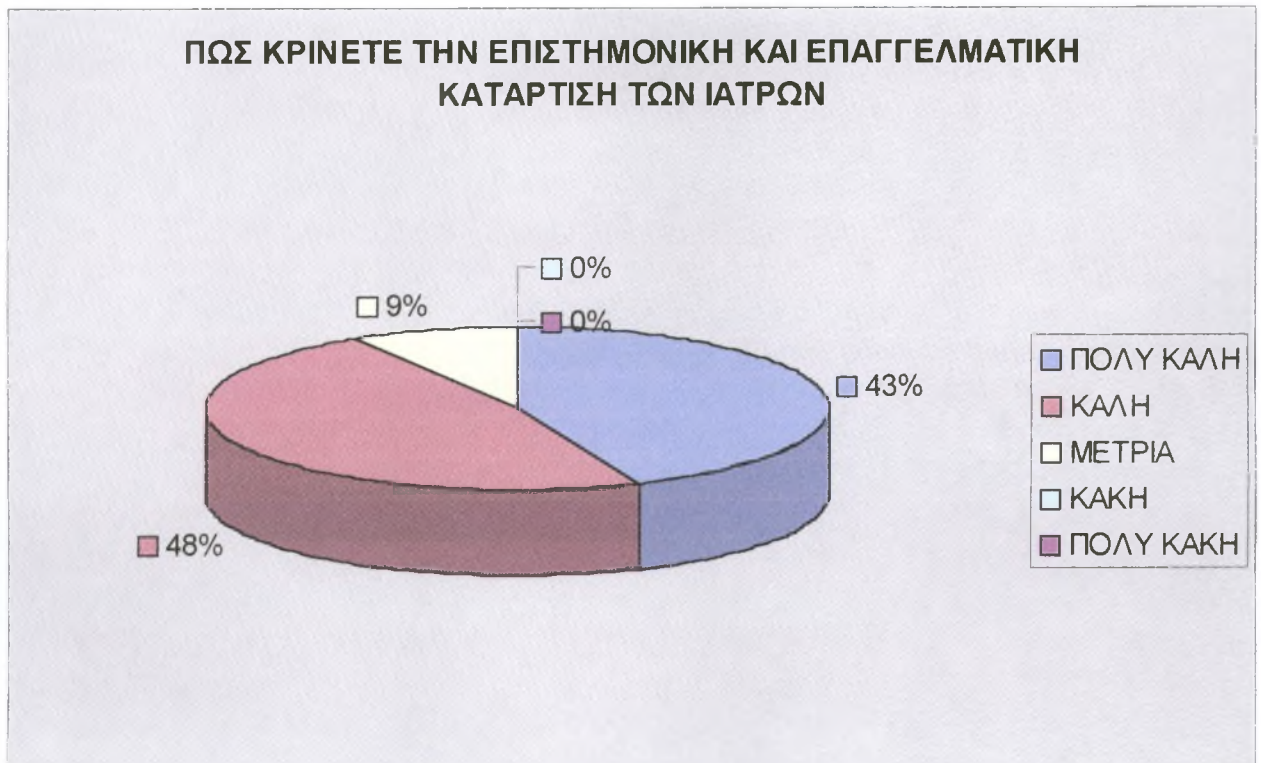
15. ΜΕΣΑ ΑΝΑΨΥΧΗΣ



16. ΩΡΑΡΙΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ



17. ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΙΑΤΡΩΝ



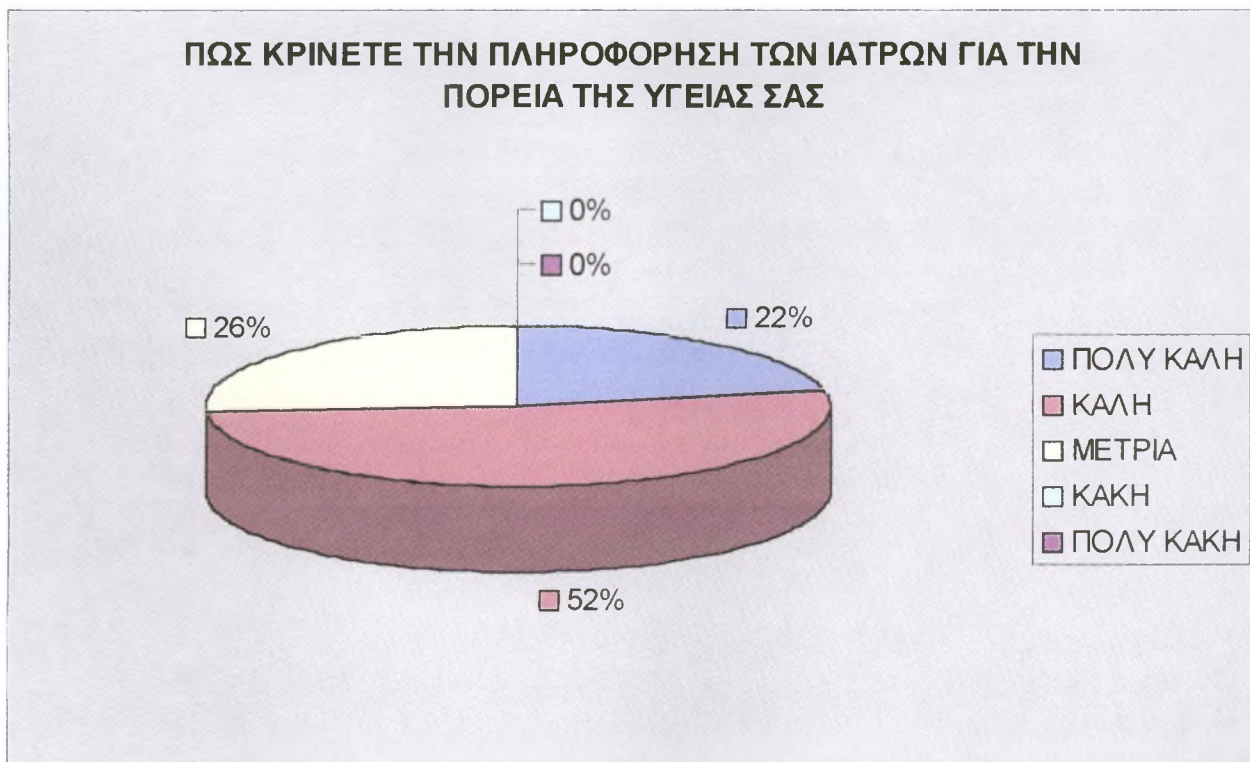
18. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΩΝ



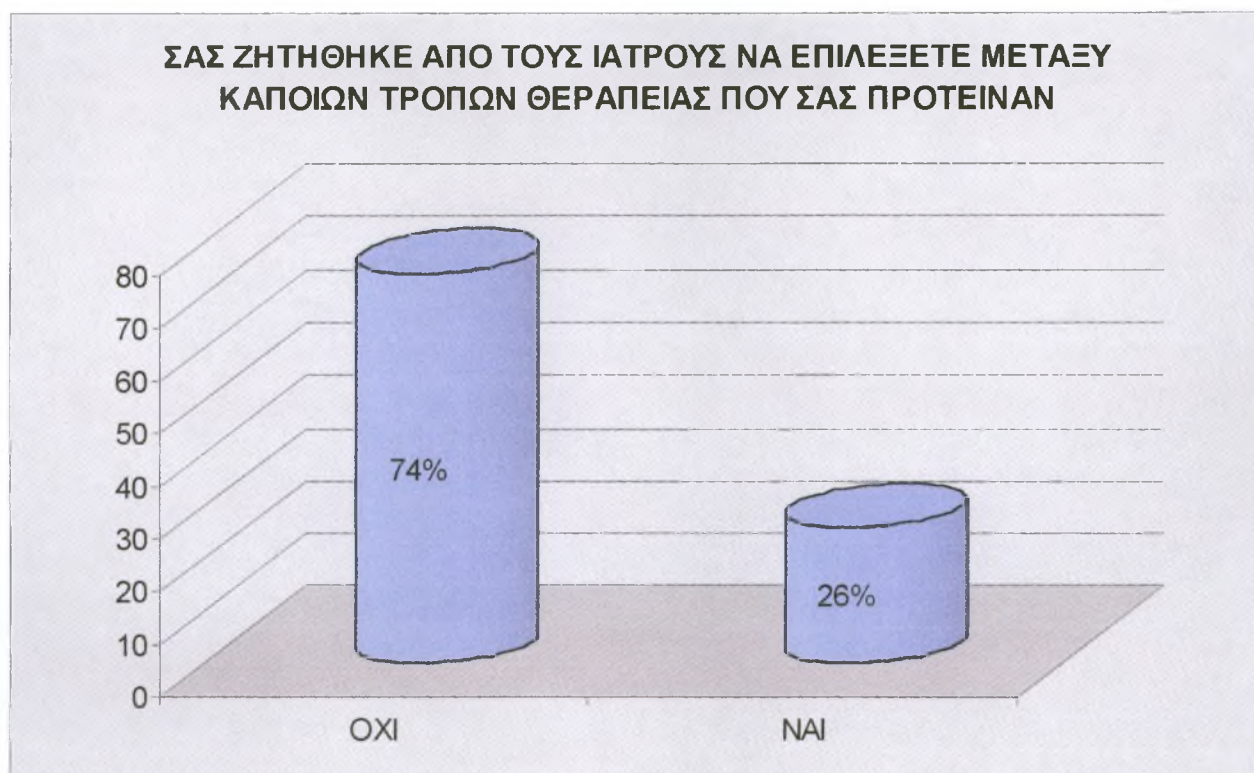
19. ΕΥΚΟΛΙΑ ΕΥΡΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ



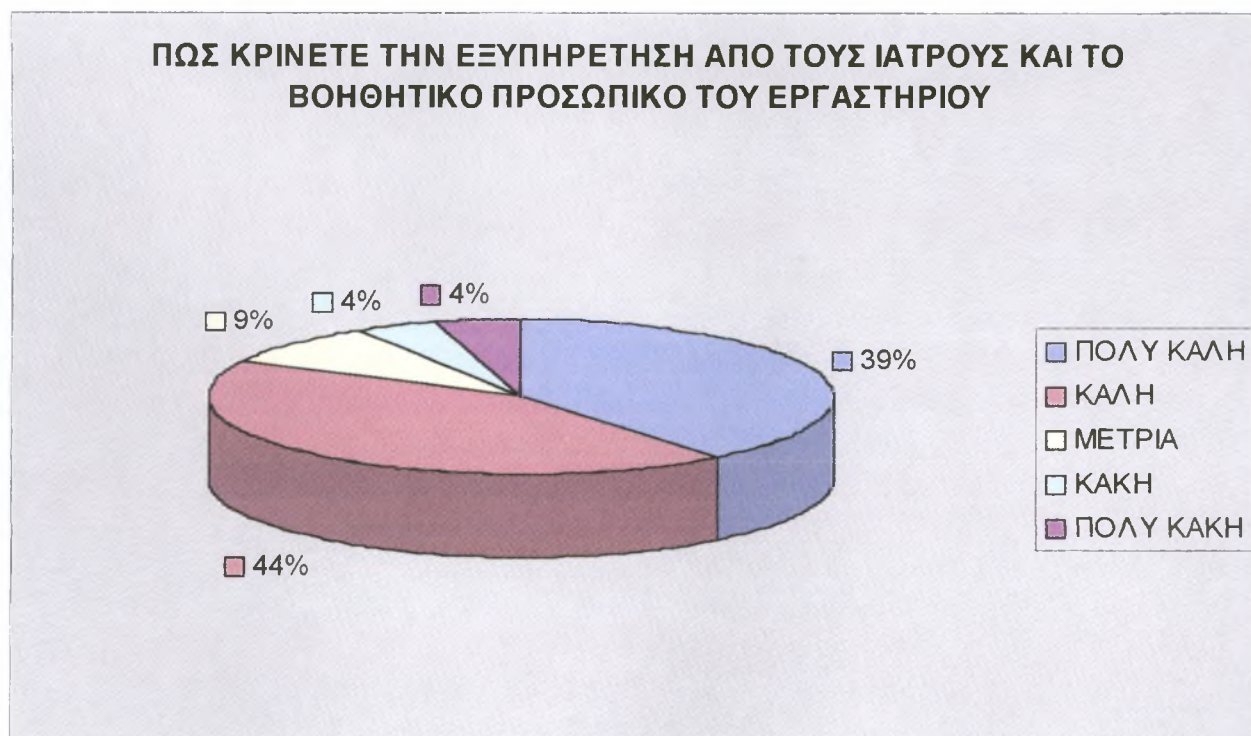
20. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ



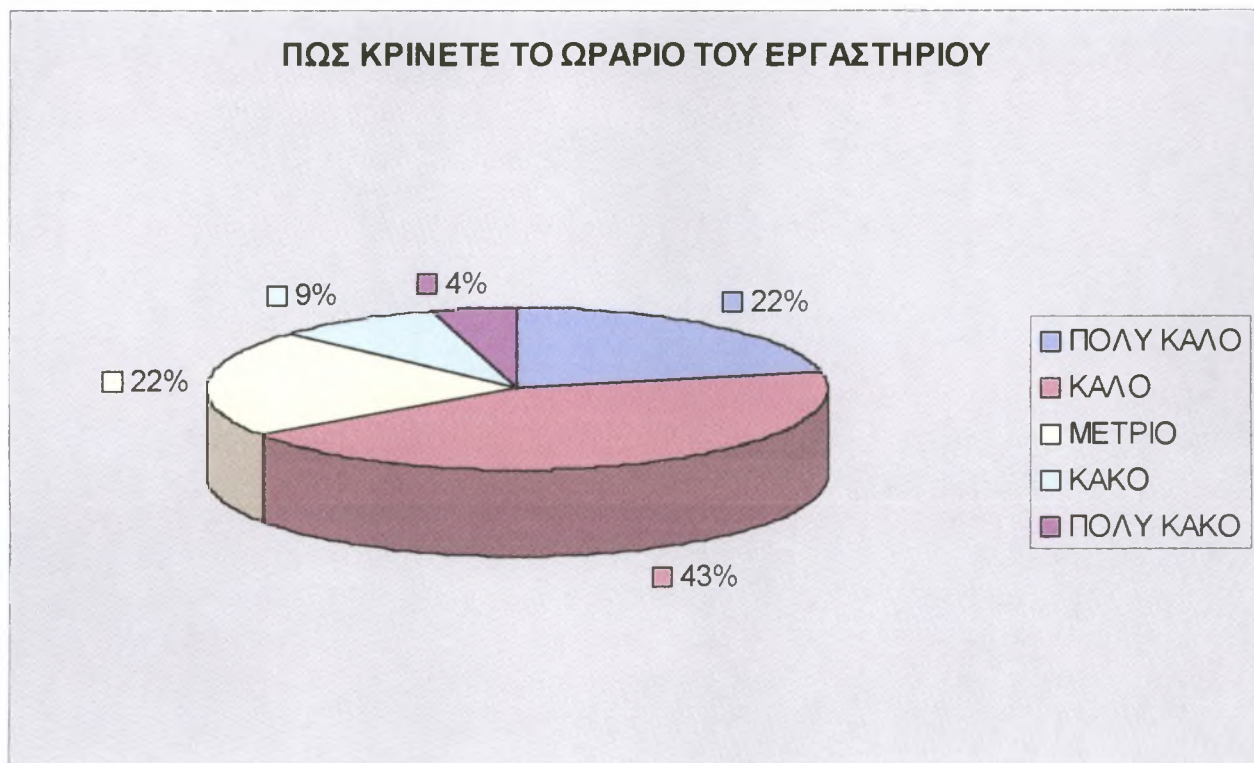
21. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



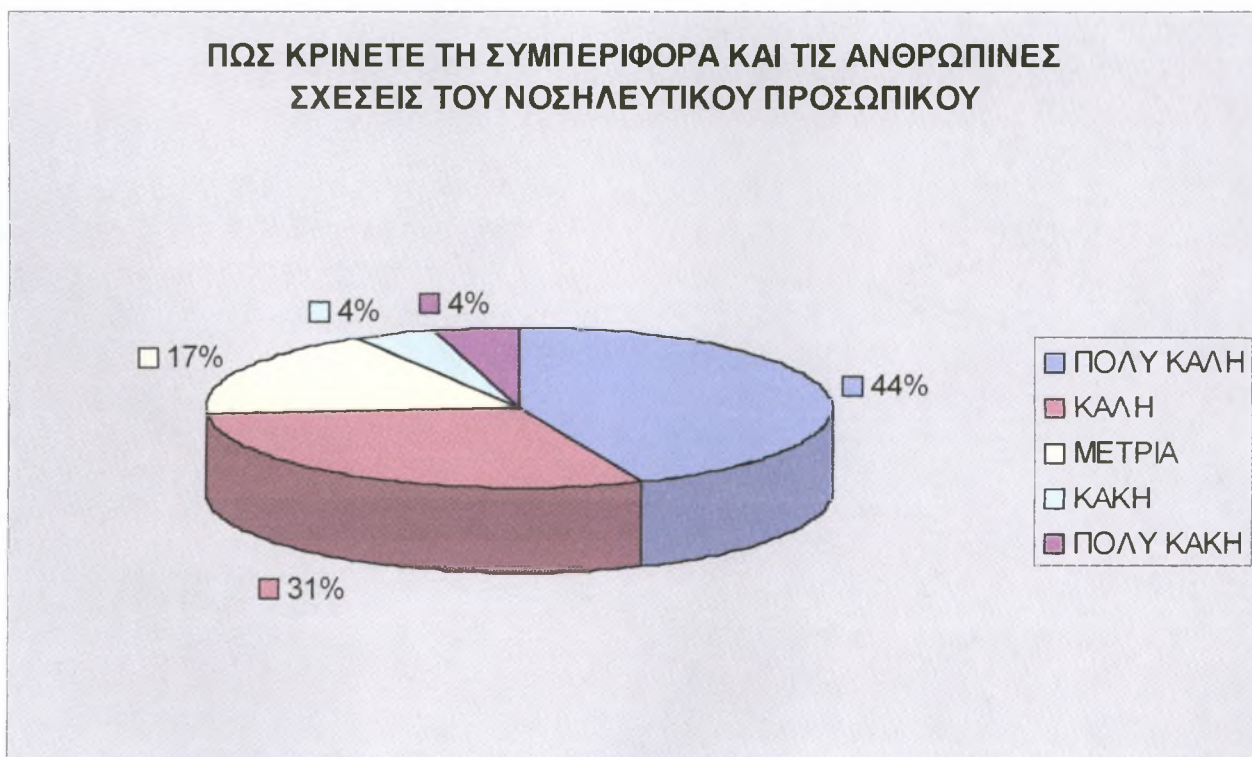
22. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ



23. ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ



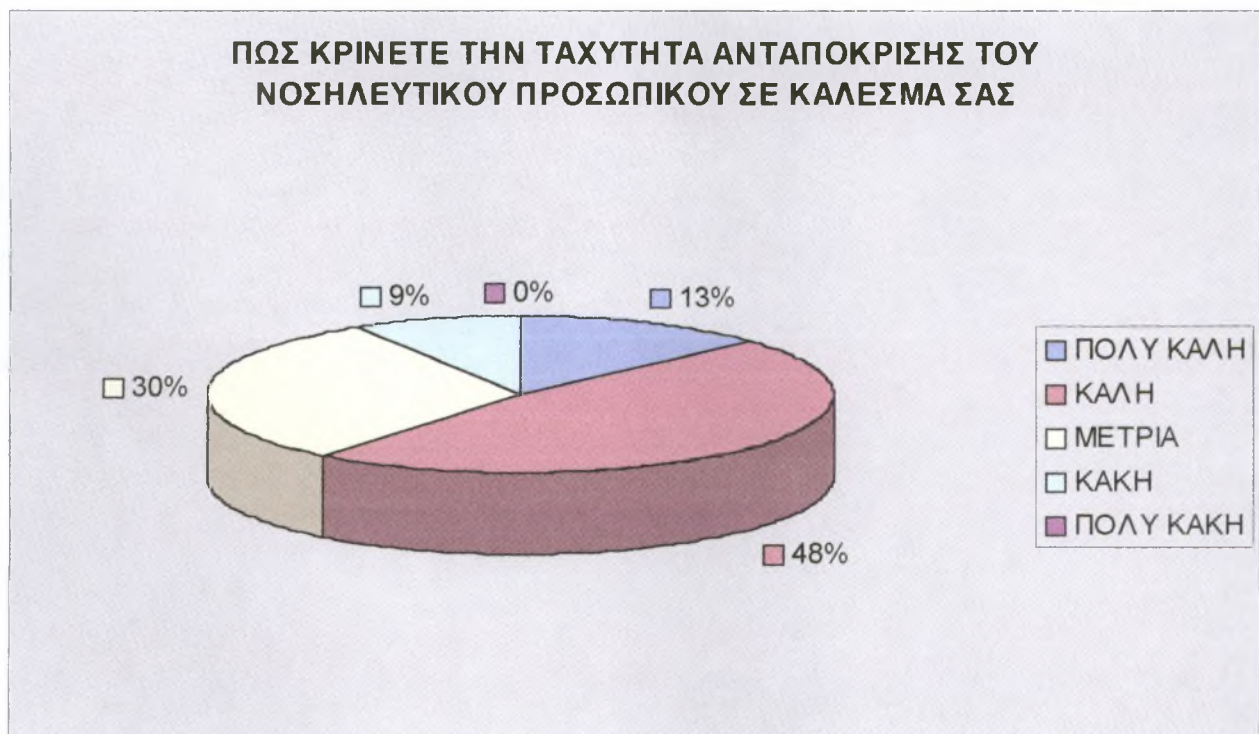
24. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



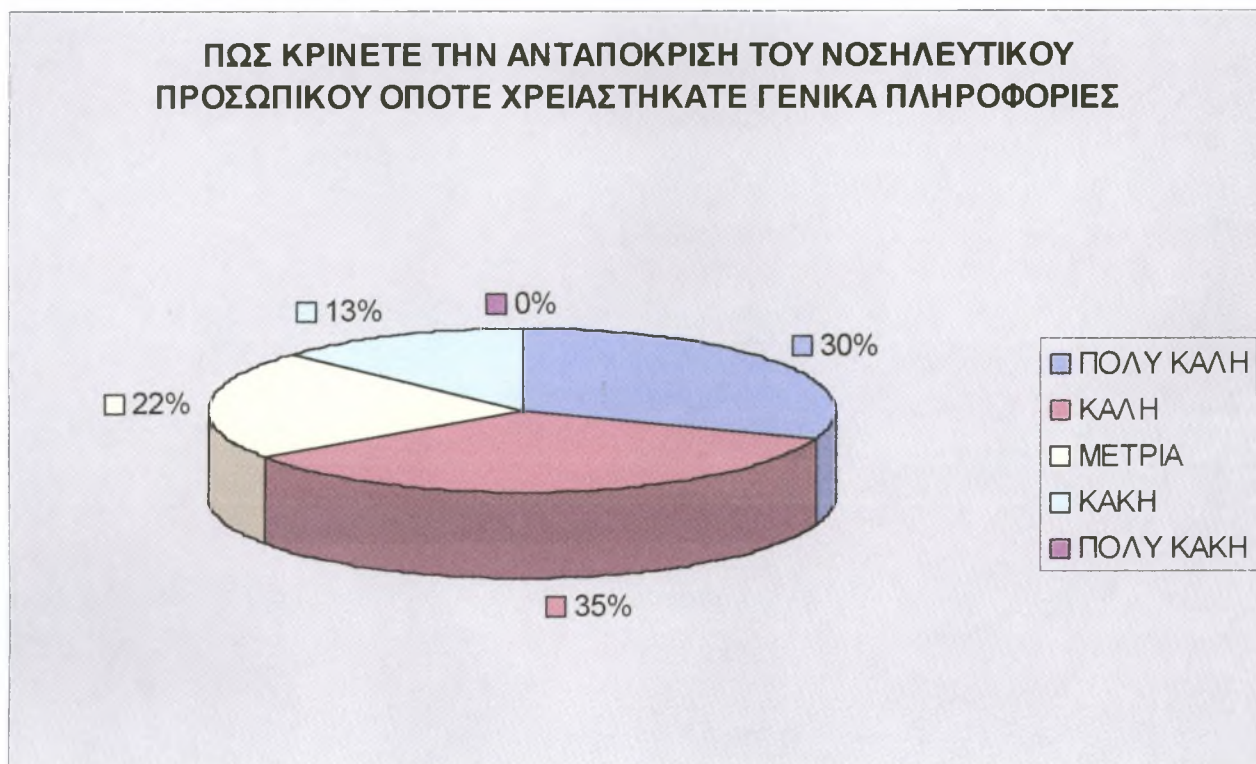
25. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



26. ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



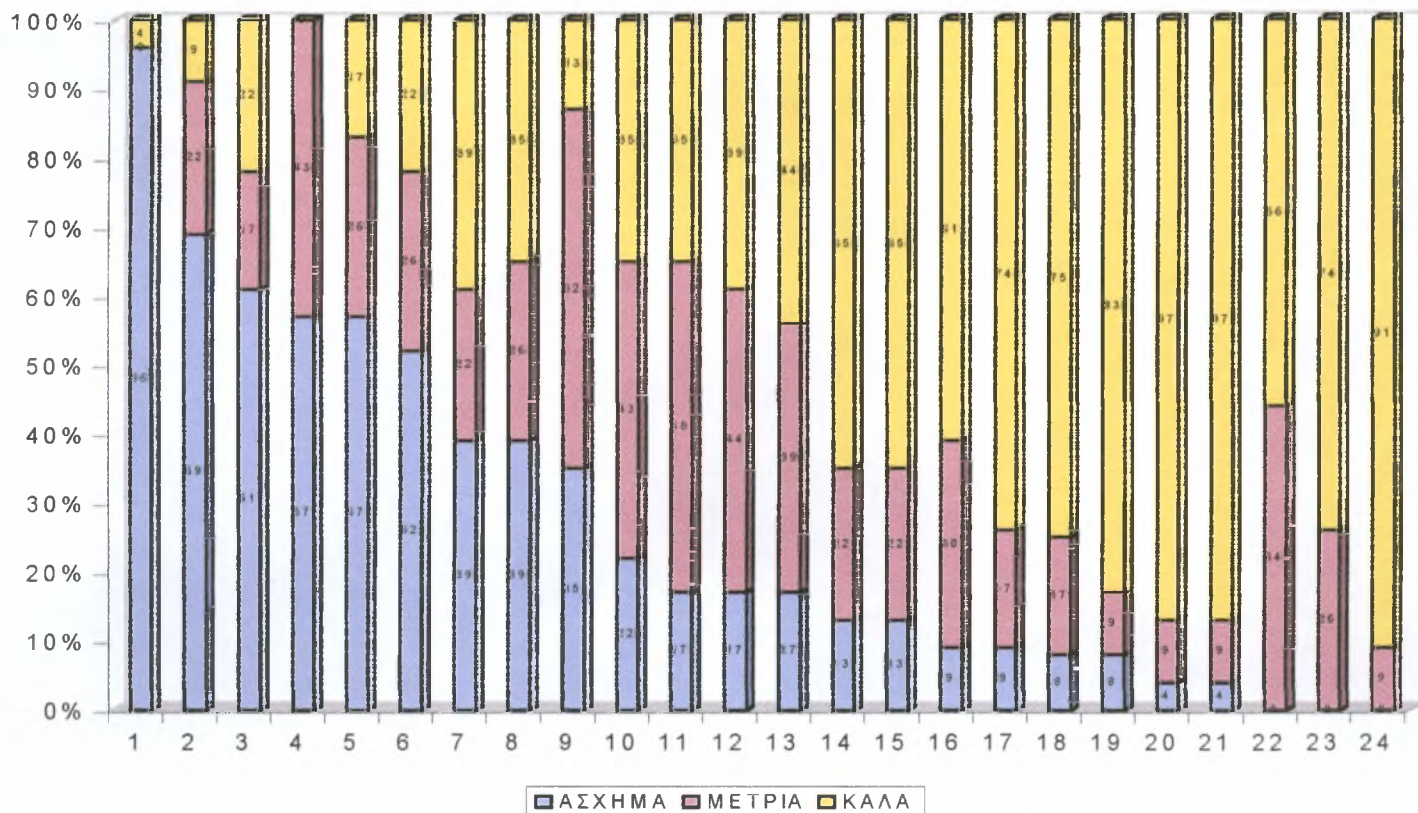
27. ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



28. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PARETO ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΟΙΚΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ



	ΑΣΧΗΜΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΑ
1 ΜΕΣΑ ΑΝΑΨΥΧΗΣ	96	0	4
2 ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ ΥΓΕΙΙΝΗΣ	69	22	9
3 ΑΝΕΣΗ ΚΡΕΒΑΤΙΟΥ	61	17	22
4 ΕΠΙΠΛΩΣΗ ΔΩΜΑΤΙΟΥ	57	43	0
5 ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΔΩΜΑΤΙΟΥ	57	26	17
6 ΩΡΑ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	52	26	22
7 ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΔΩΜΑΤΙΟΥ	39	22	39
8 ΩΡΑΡΙΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	39	26	35
9 ΑΝΕΣΗ ΔΩΜΑΤΙΟΥ	35	52	13
10 ΩΡΑ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ ΤΗ ΝΥΧΤΑ	22	43	35
11 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	17	48	35
12 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	17	44	39
13 ΕΥΚΟΛΙΑ ΕΥΡΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ	17	39	44
14 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	13	22	65
15 ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ	13	22	65
16 ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	9	30	61
17 ΦΩΤΙΣΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΟΥ	9	17	74
18 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	8	17	75
19 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ	8	9	83
20 ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	4	9	87
21 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΩΝ	4	9	87
22 ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	0	44	56
23 ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	0	26	74
24 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ	0	9	91

Ανάλυση κλειστών ερωτήσεων των ασθενών

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν στις κλειστές ερωτήσεις, μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα που αφορούν τη βαθμολόγηση που δίνουν οι ασθενείς σε πτυχές της διαμονής τους στο νοσοκομείο που όμως τις καθορίζει ο κατασκευαστής του ερωτηματολογίου. Από το τελευταίο διάγραμμα (διάγραμμα pareto συνολικής απεικόνισης ανοικτών απαντήσεων των ασθενών) βλέπει κανείς ότι η βαθμολόγηση είναι πολύ άσχημη για τα μέσα αναψυχής που παρέχονται στο νοσοκομείο. Επίσης άσχημη είναι και η βαθμολόγηση της καθαριότητας γενικά (δωματίου και χώρων υγιεινής), της άνεσης του κρεβατιού, της επίπλωσης του δωματίου και της ώρας ανάπαυσης την ημέρα. Σε όλα αυτά πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (από 52% έως 96%), απάντησαν με την επιλογή «άσχημα» ή «πολύ άσχημα».

Αντίθετα, όσον αφορά στην ανταπόκριση και συμπεριφορά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, τη λειτουργία του εργαστηρίου και το φωτισμό του δωματίου το ποσοστό των ασθενών που απάντησαν με την επιλογή «άσχημα» ή «πολύ άσχημα» είναι κάτω από το 10%, συγκεκριμένα από 0% έως 9%. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα με το προσωπικό των κλινικών και αναγνωρίζουν τις προσπάθειες που καταβάλλουν να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους έστω και με την ανεπάρκεια των υποδομών που χαρακτηρίζει το νοσοκομείο γενικά.

Ανάλυση ανοικτών ερωτήσεων των ασθενών

Όπως αναφέρθηκε εκτός από τις κλειστές ερωτήσεις των οποίων η ανάλυση προηγήθηκε, υπήρξαν και δύο ανοικτές ερωτήσεις στο τέλος του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις ήταν οι εξής:

1. Αναφέρετε τα τρία μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζετε κατά τη νοσηλεία σας στην κλινική

2. Αναφέρετε τρεις προτάσεις που πιστεύετε ότι θα βοηθούσαν στη βελτίωση της νοσηλείας στην κλινική

Κάτω από κάθε ερώτηση υπήρχαν τρεις διπλές κενές σειρές αριθμημένες (α, β, γ,) για τη συνοπτική απάντηση των ασθενών. Οι ερωτήσεις αυτές δεν έτυχαν μεγάλης αποδοχής καθώς την πρώτη απάντησαν 13 ασθενείς ενώ τη δεύτερη καμία. Πάντως τα αποτελέσματα της πρώτης ερώτησης είναι αποκαλυπτικά και παρατίθενται παρακάτω:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PARETO ΑΝΟΙΚΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ



Αυτο που μπορούμε να παρατηρήσουμε είναι ότι αφήνοντας τους ασθενείς να εκφραστούν ελεύθερα μέσω ανοικτών ερωτήσεων, θεωρούν ως το μεγαλύτερο πρόβλημα τη στενότητα χώρου (αναφέρεται στο 22,5% των

ασθενών). Συγκεκριμένα οι απαντήσεις πάνω σ' αυτό το θέμα δόθηκαν με τις εξής φράσεις, που είναι χαρακτηριστικές της έντασης του προβλήματος:

- Πάρα πολλά κρεβάτια στον ίδιο θάλαμο
- Νοσηλεύτηκα σε δωμάτιο με άλλους εννέα ασθενείς
- Στενότητα χώρου, κακή αντιμετώπιση όσον αφορά την άνεση
- Πολλά κρεβάτια
- Πολλοί ασθενείς στο ίδιο δωμάτιο

Σαν δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα (αναφέρεται στο 19,3% των ασθενών), θεωρείται η καθαριότητα του δωματίου. Συγκεκριμένα, οι φράσεις που χρησιμοποιήθηκαν από τους ίδιους για να εκφράσουν το πρόβλημα είναι οι εξής:

- Πρόβλημα καθαριότητας χώρων
- Καθόλου καθαροί χώροι
- Κατσαρίδες
- Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η καθαριότητα (κατσαρίδες κτλ)

Είναι γεγονός ότι και στις κλειστές ερωτήσεις στο θέμα της καθαριότητας του δωματίου το 57% το είχαν βαθμολογήσει με «άσχημα» ή «πολύ άσχημα», το 26% «μέτρια» και μόνο το 17% «καλά» ή «πολύ καλά» και είχε καταταγεί σαν το πέμπτο μεγαλύτερο πρόβλημα.

Το τρίτο σημαντικότερο πρόβλημα έχει πάλι να κάνει με την καθαριότητα αλλά αυτή τη φορά των χώρων υγιεινής. Αναφέρεται σαν πρόβλημα στο 16,1% των ασθενών. Οι χαρακτηριστικότερες φράσεις που χρησιμοποιήθηκαν στις απαντήσεις είναι οι εξής:

- Πρόβλημα υγιεινής τουαλέτας
- Μπάνια και τουαλέτες βρώμικες, παλιά
- Καθαριότητα μπάνιου

Η καθαριότητα των χώρων υγιεινής είχε καταταγεί σαν το δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα από πλευράς βαθμολόγησης από τους ασθενείς. Συγκεκριμένα το 69% χαρακτήρισαν την καθαριότητα των χώρων αυτών σαν

«άσχημη» ή «πολύ άσχημη», το 22% σαν «μέτρια» και μόνο το 9% σαν «καλή» ή «πολύ καλή».

Το ωράριο των επισκέψεων αναφέρεται από το 9,6% των ασθενών σαν πρόβλημα. Δηλαδή δεν τηρείται το ωράριο και έτσι δεν υπάρχει ησυχία, πρόβλημα που αναφέρθηκε από το 6,4% των ασθενών που απάντησαν στις ανοικτές ερωτήσεις. Δεδομένου ότι και στις κλειστές ερωτήσεις η ώρα ανάπαυσης την ημέρα είχε καταταγεί σαν το έκτο μεγαλύτερο πρόβλημα (το 52% την έκρινε σαν «άσχημη» ή «πολύ άσχημη») και το ωράριο σαν το όγδοο (το 39% το έκρινε σαν «άσχημο» ή «πολύ άσχημο»), φαίνεται ότι ενοχλεί τους ασθενείς έντονα.

Ένα αξιοσημείωτο συμπέρασμα από την ανάλυση του ερωτηματολογίου των ασθενών, είναι αυτό που αφορά τα μέσα αναψυχής. Συγκεκριμένα στις κλειστές ερωτήσεις φαίνεται να αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα, καθώς το 96% θεωρεί ότι είναι ανύπαρκτα τα μέσα αναψυχής (μόνο μία ασθενής το βαθμολόγησε με «καλά»). Στις ανοικτές όμως ερωτήσεις μόλις το 3,2% το αναφέρει σαν πρόβλημα. Αυτό δείχνει ότι πράγματι τα μέσα αναψυχής είναι ανύπαρκτα (κλειστές ερωτήσεις) αλλά αυτό δεν είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα καθώς πολύ πιο μεγάλη σημασία έχει η καθαριότητα του δωματίου και των χώρων υγιεινής (ανοικτές ερωτήσεις).

Από αυτό φαίνεται πόσο απαραίτητος είναι ο συνδυασμός και των δύο τύπων ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο, για την εξαγωγή συμπερασμάτων και την θέσπιση των προτεραιοτήτων δράσεων για τη βελτίωση της ποιότητας. Από την μία πλευρά πρέπει να βαθμολογούνται όλες οι πτυχές της ζωής των ασθενών στο νοσοκομείο, αλλά από την άλλη να διερευνάται ποιες από αυτές έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για τους ασθενείς και πρέπει να βελτιωθούν άμεσα.

Περιγραφή της συνέντευξης – μέτρηση ικανοποίησης προσωπικού

Η συνέντευξη αποτελεί τη συνομιλία δύο προσώπων με σκοπό την επίτευξη ενός προκαθορισμένου σκοπού π.χ. τη συλλογή πληροφοριών σχετικών με ένα ορισμένο αντικείμενο που στην προκειμένη περίπτωση είναι η διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στις εν λόγω κλινικές.

Βασικές προϋποθέσεις για την εγκυρότητα των δεδομένων της συνέντευξης, οι οποίες έγινε προσπάθεια να τηρηθούν, είναι οι εξής:

- Αυτός που παίρνει την συνέντευξη να είναι άγνωστος σε αυτόν που τη δίνει
- Να διασφαλίζεται η ανωνυμία εκείνου που δίνει την συνέντευξη
- Να επικρατεί ατμόσφαιρα άνεσης, εμπιστοσύνης και αμεροληψίας

Παρόλο που η συνέντευξη απαιτούσε πολύ περισσότερο χρόνο σε σχέση με το ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε αντί αυτού για την αποτύπωση των απόψεων του προσωπικού για τους εξής λόγους:

- Είναι πιο περιγραφική από το ερωτηματολόγιο καθώς αποτελείται από ανοικτές ερωτήσεις και ο συνεντευξιαζόμενος έχει απόλυτη ελευθερία στη διατύπωση της απάντησης.
- Στη συνέντευξη επιδίδεται περισσότερη προσοχή και δεν υπάρχει περίπτωση να μην απαντηθεί κάποια ερώτηση.
- Ο συνεντευξιαζόμενος εκφράζεται ακουσίως και με τις κινήσεις του (γλώσσα του σώματος) και έτσι αντλείται περισσότερη πληροφόρηση για το συγκεκριμένο θέμα.
- Ο μικρός αριθμός του δείγματος και η προθυμία του να συμμετάσχει στην έρευνα, έκανε εφικτή την υλοποίηση των συνεντεύξεων παρόλη τη στενότητα χρόνου του προσωπικού λόγω φόρτου εργασίας.

Το είδος της συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε είναι η κατευθυνόμενη, όπου το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σε σειρά ανοικτών ερωτήσεων των οποίων ο αριθμός, η εκφώνηση και η σειρά διατύπωσης είχαν προκαθοριστεί.

Ένα άλλο πρόβλημα της συνέντευξης είναι η ανάλυσή της, δηλαδή επειδή οι απαντήσεις είναι ελεύθερες, δεν είναι εύκολο να κωδικοποιηθούν και να γίνει στατιστική επεξεργασία και γι αυτό η ανάλυση θα είναι περισσότερο περιγραφική και λιγότερο εποπτική. Παρόλα αυτά στο τέλος θα γίνει χρήση του διαγράμματος pareto για τη εξεύρεση και αξιολόγηση των προβλημάτων που αναφέρθηκαν, κυρίως στην τελευταία ερώτηση.

Η διάρθρωση των ερωτήσεων στην συνέντευξη είχε ως εξής:

A. 3 ερωτήσεις που αφορούν τους χώρους και τις υποδομές των κλινικών

B. 2 ερωτήσεις που αφορούν τον τεχνικό εξοπλισμό των κλινικών

Γ. 7 ερωτήσεις που αφορούν το προσωπικό

Δ. 6 ερωτήσεις που αφορούν τους ασθενείς

E. Ζητούνται συμπεράσματα - προτάσεις.

Κάτω από κάθε ερώτηση υπήρχε κενό 3-5 σειρών για την επιγραμματική απάντησή της.

Η διάρθρωση του δείγματος είχε ως εξής:

- Από το ιατρικό προσωπικό 8 άτομα
- Από το νοσηλευτικό προσωπικό 8 άτομα
- Από το διοικητικό προσωπικό 2 άτομα και συγκεκριμένα ο

διευθυντής της Δ' κλινικής και η υπεύθυνη του εργαστηρίου των κλινικών.

Λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος που είχαν αυτές οι συνεντεύξεις και επειδή ήταν επώνυμες και με διαφορετικές ερωτήσεις από ότι στο υπόλοιπο προσωπικό, παρατίθενται στο τέλος αυτούσιες.

Ανάλυση αποτελεσμάτων συνέντευξης ιατρικού προσωπικού

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, οι απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης έχουν ως εξής:

1. Στην ερώτηση αν επαρκούν οι χώροι για τη λειτουργία των κλινικών, όλοι οι ιατροί απάντησαν «όχι». Επίσης έγινε επισήμανση από δύο ιατρούς ότι οι κυριότερες ελλείψεις εμφανίζονται στους θαλάμους των ασθενών και τις αίθουσες τοκετών.

2. Στην ερώτηση αν επαρκούν οι κλίνες, υπήρξαν 4 «ναι» με την επισήμανση ότι τόσες προβλέπονται από το νόμο και 4 «όχι».

3. Στην ερώτηση πως κρίνετε τους χώρους εργασίας, υπήρξαν οι παρακάτω απαντήσεις (από τους οχτώ ερωτηθέντες):

- Απαράδεκτοι (το ανέφεραν δύο)
- Υλικοτεχνικά ελλειπίες (το ανέφεραν δύο)
- Δεν υπάρχουν γραφεία ιατρών, εφημερείο με λουτρό και κλιματισμός (το ανέφεραν δύο).
- Κάτω του μετρίου (το ανέφερε ένας)
- Ικανοποιητικοί (το ανέφερε ένας)

4. Στην ερώτηση πως κρίνετε το σύστημα μηχανογράφησης, υπήρξαν οι παρακάτω απαντήσεις:

- Ανύπαρκτο (το ανέφεραν τρεις)
- Δύσχρηστο, χρονοβόρο (το ανέφεραν τρεις)
- Κλασικό (το ανέφεραν δύο)

Επισήμαναν ότι το σημερινό σύστημα είναι η καρτέλα ασθενών και ο φάκελος και προτείνουν ηλεκτρονικό σύστημα αρχειοθέτησης με on-line πρόσβαση.

5. Στην ερώτηση πως κρίνετε τον βιοϊατρικό εξοπλισμό των κλινικών, υπήρξαν οι εξής απαντήσεις:

- Επαρκής (το ανέφεραν πέντε)

- Καλό, σε λογικά επίπεδα, δεν λείπει κάτι (το ανέφεραν δύο)
- Μέτριος – παλιός και ανεπαρκής (το ανέφερε ένας)

6. Στην ερώτηση πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση σε ιστορικά ασθενών, υπήρξαν οι εξής απαντήσεις:

- Δύσκολη (το ανέφεραν τέσσερις)
- Εξαιρετικά δύσκολη έως αδύνατη (το ανέφεραν τρεις)
- Σχετικά εύκολη (το ανέφερε ένας)

7. Όσον αφορά στην έλλειψη προσωπικού, υπήρξαν οι εξής απαντήσεις:

- Δεν υπάρχει έλλειψη (το ανέφεραν τρεις)
- Έλλειψη σε νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό (το ανέφεραν δύο)
- Έλλειψη σε ειδικευόμενους ιατρούς (το ανέφερε ένας)
- Έλλειψη σε διδακτικό προσωπικό (το ανέφεραν δύο)
- Δεν υπάρχει έλλειψη αλλά κακή κατανομή του προσωπικού (το ανέφερε ένας)

8. Στην ερώτηση για το ωράριο εργασίας, όλοι το χαρακτήρισαν ικανοποιητικό. Τόνισαν ότι υπάρχει ένα τυπικό ωράριο το οποίο όμως δεν τηρείται λόγω της φύσης της εργασίας.

9. Στην ερώτηση αν έχουν συνεχή εργασία και αν είναι ικανοποιημένοι από αυτή οι επτά απάντησαν με «ναι» και ένας με «όχι».

10. Ο τρόπος πληρωμής είναι ο μηνιαίος μισθός και οι εφημερίες, για τις οποίες ένας τόνισε ότι μερικές φορές καθυστερούν.

11. Όσον αφορά στην ερώτηση αν υπάρχουν κίνητρα παραγωγικότητας η απάντηση ήταν «όχι» από όλους. Στο αν πιστεύουν ότι θα λειτουργούσαν θετικά υπήρξαν οι εξής απαντήσεις:

- Πέντε απάντησαν ότι θα λειτουργούσαν θετικά, με έναν να επισημαίνει ότι απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει αντικειμε-νικότητα.

- Ένας απάντησε ότι ίσως βοηθήσουν, με την επισήμανση ότι εξαρτάται από τη φύση των κινήτρων.

- Δύο απάντησαν ότι δεν θα λειτουργούσαν θετικά

12. Στην ερώτηση αν υπάρχει έλεγχος στο έργο που παράγεται, από ποιους και πόσο αποτελεσματικά, οι απαντήσεις είχαν ως εξής:

- Έλεγχος γίνεται από τους διευθυντές των κλινικών, τους υπεύθυνους των τμημάτων και τους προϊσταμένους αναλόγως με τη θέση εργασίας του καθενός.

- Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των ελέγχων και στο αν βοηθάει στην βελτίωση της ποιότητας εργασίας, οι μισοί είπαν ότι είναι ικανοποιητική και βοηθάει ενώ οι άλλοι μισοί εκφράστηκαν αρνητικά.

13. Στην ερώτηση αν προβλέπονται πειθαρχικές ποινές για συγκεκριμένα παραπτώματα σχεδόν όλοι (υπήρχε και ένα «δεν γνωρίζω») απάντησαν ότι προβλέπονται και μάλιστα για σοβαρά περιστατικά επεμβαίνει εισαγγελέας, αλλά γενικά ποινές δεν εφαρμόζονται. Δόθηκε πάντως η αίσθηση ότι θα έπρεπε να είναι πιο αυστηρή η εφαρμογή των ποινών για κακές πρακτικές.

14. Όσον αφορά στην μετεκπαίδευση, όλοι απάντησαν ότι είναι εξαιρετικά χρήσιμα τα κάθε είδους σεμινάρια που γίνονται και ότι θα πρέπει να ενταθεί η συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Επίσης, όλοι έχουν λάβει μέρος σε πλήθος τέτοιων σεμιναρίων.

15. Όσον αφορά στην ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ προτάσεις και αν βρήκαν ανταπόκριση, οι απαντήσεις έχουν ως εξής: υπάρχει μηχανισμός υποβολής προτάσεων, αλλά δεν υπάρχει ανταπόκριση και αποτέλεσμα. Ένας ιατρός μάλιστα τονίζει ότι αιτία της μη ανταπόκρισης είναι η έλλειψη χρημάτων.

16. Στην ερώτηση αν υπάρχουν ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη στην κλινική, οι απαντήσεις είχαν ως εξής:

- Υπάρχουν (αναφέρθηκε από τέσσερις)

- Πολύ δύσκολο-ελάχιστες (αναφέρθηκε από δύο)
- Όχι (αναφέρθηκε από δύο)

17. Στην ερώτηση πως κρίνετε την επικοινωνία με τη διοίκηση των κλινικών και του νοσοκομείου οι απαντήσεις διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Πολύ καλή-καλή-αρκετά καλή (αναφέρθηκε από τρεις)
- Οι υπόλοιποι πέντε ανέφεραν τους εξής χαρακτηρισμούς: Καμία σχέση, δυσχερής, αναποτελεσματική, κακή, έως ανύπαρκτη.

18. Όσον αφορά στην επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό, όλοι εκφράστηκαν θετικά (από σχετικά καλή έως άριστη).

19. Όσον αφορά στην επικοινωνία με τους ασθενείς έξι ιατροί την έκριναν θετική (ικανοποιητική έως πολύ καλή) ενώ δύο την κρίνουν όχι πάντα καλή λόγω φύσης των ασθενών (αλλοδαποί).

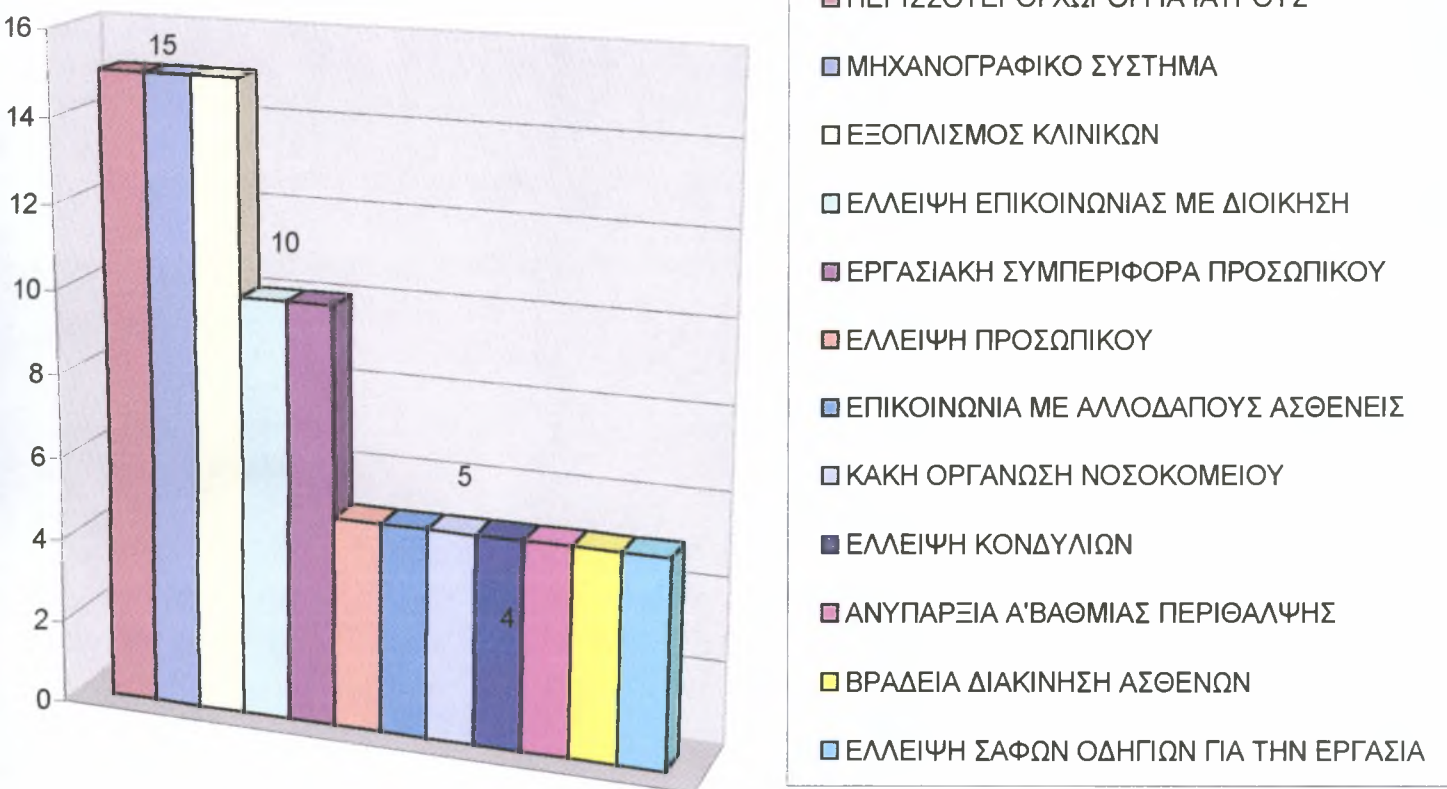
20. Όσον αφορά στην επικοινωνία με τους άλλους ιατρούς των κλινικών όλοι εκφράστηκαν θετικά.

21. Όσον αφορά στις διαδικασίες λειτουργίας των κλινικών όλοι εκφράστηκαν αρνητικά χρησιμοποιώντας τους εξής χαρακτηρισμούς: αναποτελεσματικές, πολύ δύσκολες, άσχημα οργανωμένες, αγγυλωμένες, έλλειψη μηχανογράφησης, πολλά άχρηστα, ιδιαίτερο πρόβλημα σε διαδικασίες που αφορούν τα καρδιολογικά περιστατικά.

Απαντήσεις στην ερώτηση για τα τρία σημαντικότερα προβλήματα

Η ερώτηση αυτή αναλύεται με το διάγραμμα pareto. Οι απαντήσεις παριστάνονται στο διάγραμμα ανάλογα με τη συχνότητα με την οποία αναφέρθηκαν. Π.χ. οι τρεις από τους οχτώ ιατρούς ανέφεραν σαν πρόβλημα το σύστημα μηχανογράφησης. Το ποσοστό αυτών που το ανέφεραν αντιστοιχεί στο 15% του συνόλου του ιατρικού προσωπικού που πήρε μέρος στις συνεντεύξεις και με αυτό το ποσοστό εμφανίζεται το συγκεκριμένο πρόβλημα στο διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PARETO ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα αξίζει να σημειωθούν τα εξής:

1. Τα τρία μεγαλύτερα προβλήματα των ιατρών είναι οι ελλειπείς χώροι για την εργασία, το παλιό μηχανογραφικό σύστημα και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός των κλινικών.

2. Τα επόμενα δύο προβλήματα έχουν να κάνουν με την έλλειψη επικοινωνίας με τη διοίκηση και την εργασιακή συμπεριφορά του προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα οι εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν για το πρώτο είναι η ασυννεοησία με τη διοίκηση και έλλειψη επαρκούς

αλληλοκατανόησης μεταξύ του διοικητικού και ιατρικού προσωπικού. Για το δεύτερο είναι έλλειψη συνέπειας από το προσωπικό και η αρνητική αντίληψή του για την εργασία που προκαλεί η έλλειψη κοινωνικής αγωγής και ευαισθησίας.

3. Τα επόμενα προβλήματα είναι σαφή όπως περιγράφονται από το υπόμνημα του διαγράμματος. Αυτό που επισημάνθηκε από ιατρό και αφορά την έλλειψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι το γεγονός ότι οδηγεί σε άσκοπες εισαγωγές ασθενών με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται οι κλινικές με εφημερίες χωρίς λόγο.

Ανάλυση αποτελεσμάτων συνέντευξης νοσηλευτικού προσωπικού

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, οι απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης έχουν ως εξής:

1. Στην ερώτηση αν επαρκούν οι χώροι για τη λειτουργία των κλινικών, όλο το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε μονολεκτικά με ένα «όχι».

2. Στην ερώτηση αν επαρκούν οι κλίνες, υπήρξαν 6 «όχι», μία νοσηλεύτρια δήλωσε αναρμόδια (απασχολείται στο χειρουργείο) και μία δήλωσε ότι επαρκούν οι χώροι.

3. Στην ερώτηση πως κρίνετε τους χώρους εργασίας, υπήρξαν οι παρακάτω απαντήσεις (από τις οχτώ ερωτηθέντες):

- Ανεπαρκείς (το ανέφεραν πέντε)
- Μη λειτουργικοί (το ανέφεραν δύο)
- Μη καθαροί (το ανέφεραν δύο)
- Μέτριοι (το ανέφεραν δύο)
- Χωρίς άνεση - χωρίς χώρους υγιεινής - άσχημοι (το ανέφεραν από μία)

4. Στην ερώτηση πως κρίνετε το σύστημα μηχανογράφησης, υπήρξαν οι παρακάτω απαντήσεις:

- Ανύπαρκτο (το ανέφεραν τρεις)
- Ικανοποιητικό (το ανέφεραν δύο)
- Υποτυπώδες (το ανέφερε μία)

Επίσης, περιέγραψαν τη σημερινή κατάσταση (καρτέλα ασθενών και φάκελος) και πρότειναν ηλεκτρονικό σύστημα αρχειοθέτησης με online πρόσβαση. Επιπλέον υπήρξε πρόταση να γίνονται παραγγελίες των προμηθειών των υλικών με ηλεκτρονικό τρόπο.

5. Στην ερώτηση πως κρίνετε τον βιοϊατρικό εξοπλισμό των κλινικών, υπήρξαν οι εξής αντικρουόμενες απαντήσεις:

- Το εργαστήριο είναι αρμόδιο να απαντήσει (το ανέφεραν δύο που δεν έρχονταν σε επαφή με τέτοιου είδους εξοπλισμό)
- Επαρκής-ανεπαρκής
- Παλιός-σύγχρονος αλλά ανεπαρκής
- Έχει βελτιωθεί η γκάμα των εξετάσεων
- Μέτριος-χρειάζονται περισσότερα μηχανήματα

6. Στην ερώτηση πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση σε ιστορικά ασθενών, πέντε την χαρακτήρισαν δύσκολη (με μία να επισημαίνει ότι δεν υπάρχει ξεχωριστός χώρος για τη φύλαξη του αρχείου), μία την χαρακτήρισε εύκολη και δύο είπαν ότι δεν έρχονται σε επαφή με τα ιστορικά των ασθενών.

7. Όσον αφορά στην έλλειψη προσωπικού, υπήρξαν οι εξής απαντήσεις:

- Έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό (το ανέφεραν πέντε)
- Έλλειψη σε βοηθητικό προσωπικό (το ανέφεραν τέσσερις)
- Δεν υπάρχει έλλειψη αλλά χρειάζεται καλύτερη οργάνωση (το ανέφερε μία)

8. Στην ερώτηση για το ωράριο εργασίας, όσες ήταν σε θέση που έπρεπε να κάνουν κυκλικό οχτάωρο (πέντε στον αριθμό) το χαρακτήρισαν κουραστικό και δύσκολο και μάλιστα γίνεται ακόμα πιο δύσκολο με τις υπερωρίες που είναι αναγκασμένες να κάνουν λόγω έλλειψης προσωπικού. Οι υπόλοιπες που ακολουθούσαν πρωινό οχτάωρο ήταν ευχαριστημένες.

9. Στην ερώτηση πάντως αν έχουν συνεχή εργασία και αν είναι ικανοποιημένες από αυτή, όλες απάντησαν καταφατικά.

10. Ο τρόπος πληρωμής είναι μηνιαίος μισθός με τις νόμιμες προσαυξήσεις και υπερωρίες και είναι επίσης ευχαριστημένες.

11. Όσον αφορά στην ερώτηση αν υπάρχουν κίνητρα παραγωγικότητας, όλες απάντησαν όχι. Στο αν πιστεύουν ότι θα λειτουργούσαν θετικά αν υπήρχαν κίνητρα, υπήρξαν οι εξής διστάμενες απαντήσεις:

- Τρεις απάντησαν ότι θα λειτουργούσαν θετικά (με μία να επισημαίνει ότι θα έπρεπε να είναι οικονομικά και ηθικά κίνητρα)

- Μία απάντησε ίσως, με την επισήμανση ότι το οικονομικό δεν θα μπορούσε να αποτελέσει κίνητρο παραγωγικότητας.

- Τρεις απάντησαν ότι δεν θα λειτουργούσαν θετικά (με μία να επισημαίνει ότι θα υπήρχε πρόβλημα αντικειμενικότητας)

12. Στην ερώτηση αν υπάρχει έλεγχος στο έργο που παράγεται, από ποιους και πόσο αποτελεσματικά, οι απαντήσεις είχαν ως εξής:

- Έλεγχος γίνεται από τους προϊσταμένους, τους τομεάρχες, τους διευθυντές και από κλιμάκιο του νοσοκομείου αναλόγως σε ποια θέση εργασίας βρίσκεται ο καθένας.

- Η αίσθηση που δόθηκε είτε με τις απαντήσεις είτε με την έκφραση των συνεντευξαζομένων είναι ότι ο έλεγχος είναι υποτυπώδης και μη αποτελεσματικός.

13. Στην ερώτηση αν προβλέπονται πειθαρχικές ποινές για συγκεκριμένα παραπτώματα, όλες απάντησαν καταφατικά αλλά δεν έχουν ακούσει ότι επιβλήθηκαν ποινές, εκτός από δύο οι οποίες είπαν ότι εφαρμόστηκαν πριν από πολύ καιρό σε μία περίπτωση.

14. Όσον αφορά την μετεκπαίδευση, όλες είπαν με ενθουσιασμό ότι έχουν πάρει μέρος σε σεμινάρια και ότι αυτό βοηθάει πραγματικά στη βελτίωση του παραγομένου έργου. Μόνο μία (του τομέα χειρουργείου) είπε ότι δεν έχει παρακολουθήσει πολλά λόγω έλλειψης χρόνου.

15. Όσον αφορά στην ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ προτάσεις και αν βρήκαν ανταπόκριση, οι απαντήσεις ήταν σχεδόν ίδιες: υπάρχει μηχανισμός (ετήσια έκθεση), αλλά χωρίς ανταπόκριση και αποτέλεσμα. Αυτό τους αποθαρρύνει να κάνουν προτάσεις που αφορούν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και του παραγόμενου έργου.

16. Στην ερώτηση αν υπάρχουν ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη, οι απαντήσεις (μονολεκτικές) είχαν ως εξής:

- Υπάρχουν (αναφέρθηκε από δύο)
- Δε νομίζω-μετρίως (αναφέρθηκε από τέσσερις)
- Όχι (αναφέρθηκε από δύο)

17. Στην ερώτηση πώς κρίνετε την επικοινωνία με τη διοίκηση των κλινικών και του νοσοκομείου οι απαντήσεις διαμορφώθηκαν σχεδόν μονολεκτικά ως εξής:

- Πολύ καλή-καλή (αναφέρθηκε από τέσσερις)
- Μέτρια (αναφέρθηκε από μία)
- Δεν υπάρχει (αναφέρθηκε από δύο)
- Συνεργασία αλλά και προστριβές (αναφέρθηκε από μία)

18. Όσον αφορά στην επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, όλες τη χαρακτήρισαν ως καλή.

19. Όσον αφορά στην επικοινωνία με τους ασθενείς κρίνεται γενικά καλή με προβλήματα να εντοπίζονται στη γλώσσα (πολλοί αλλοδαποί

ασθενείς) και με το επισκεπτήριο η παραβίαση του οποίου δημιουργεί προστριβές και ένταση.

20. Όσον αφορά στις διαδικασίες λειτουργίας των κλινικών εκτός από μία που τις χαρακτήρισε αποτελεσματικές, οι υπόλοιπες χρησιμοποίησαν τους εξής χαρακτηρισμούς: Γραφειοκρατική, χρονοβόρα, μέτρια, με πολλές δυσλειτουργίες, με ελλείψεις συντονισμού και οργάνωσης. Αυτό δείχνει ότι επιδέχεται πολλές βελτιώσεις, κάτι που επεσήμαναν και οι ίδιες. Η παρασκευάστρια του εργαστηρίου τόνισε ότι κάποιες από τις διαδικασίες μπορεί να είναι χρονοβόρες και γραφειοκρατικές, αλλά είναι αναγκαίες λόγω έλλειψης τιμιότητας από μερικούς ασθενείς και έτσι χρειάζεται εκτενής έλεγχος για παρατυπίες.

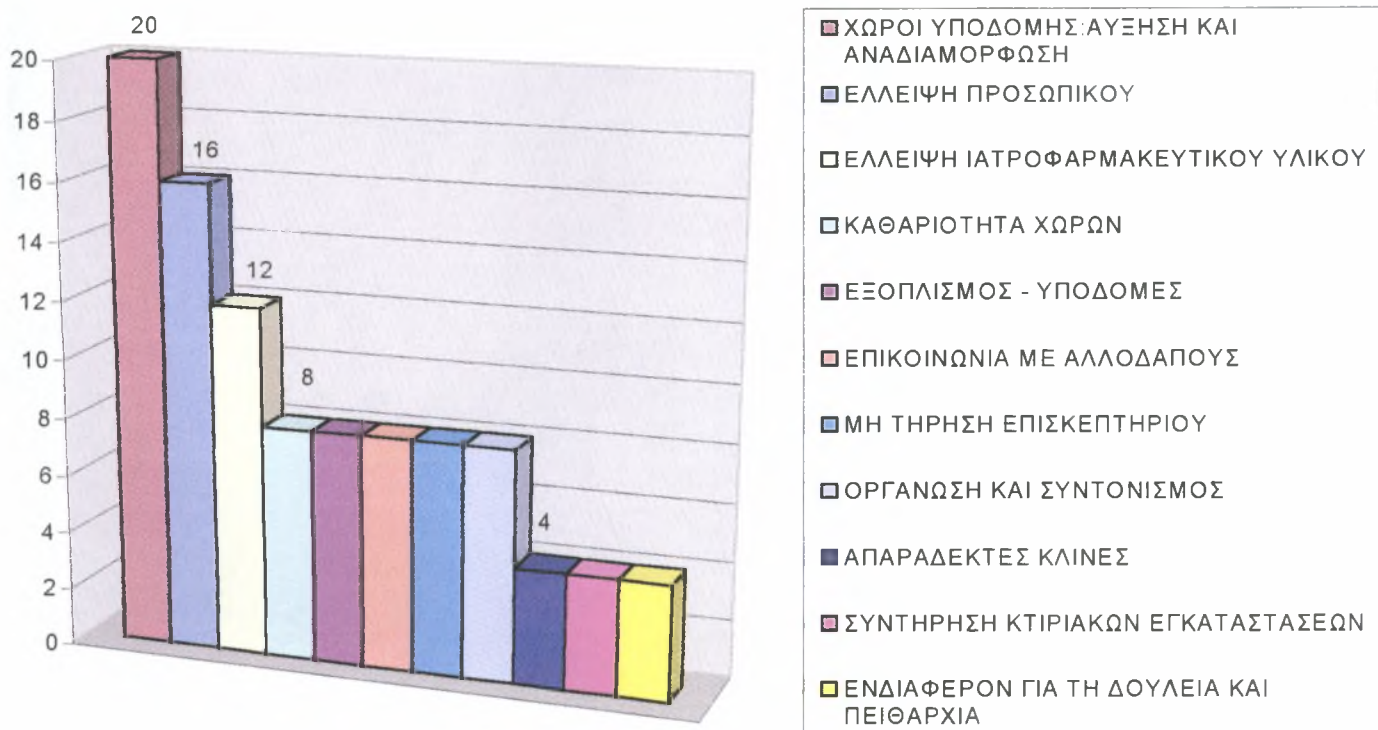
21. Όσον αφορά στη διαχείριση προβλημάτων παραπόνων των ασθενών δόθηκαν οι εξής απαντήσεις:

- Δεν γνωρίζω (αναφέρθηκε από τρεις)
- Στο νοσηλευτικό προσωπικό (αναφέρθηκε από δύο)
- Υπάρχει κυτίο παραπόνων (αναφέρθηκε από δύο)
- Υπάρχει κάποια επιτροπή (αναφέρθηκε από μία)
- Ανάλογα της περίπτωσης (αναφέρθηκε από μία)

Απαντήσεις στην ερώτηση για τα τρία σημαντικότερα προβλήματα

Η ερώτηση αυτή αναλύεται με το παρακάτω διάγραμμα pareto. Οι απαντήσεις παριστάνονται στο διάγραμμα με τη συχνότητα με την οποία αναφέρθηκαν, όπως δηλαδή στην περίπτωση του ιατρικού προσωπικού. Π.χ. οι πέντε από τις οχτώ νοσοκόμες ανέφεραν σαν πρόβλημα τους χώρους υποδομής. Το ποσοστό αυτών που το ανέφεραν αντιστοιχεί στο 20% του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που πήρε μέρος στις συνεντεύξεις και με αυτό το ποσοστό εμφανίζεται το πρόβλημα στο διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PARETO ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



Όπως μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό με το διάγραμμα pareto, το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι οι χώροι υποδομής, για τους οποίους προτείνουν αύξηση των χώρων και αναδιαμόρφωση των υπαρχόντων.

Το δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η έλλειψη προσωπικού όλων των τομέων: νοσηλευτικού, εργαστηριακού, βοηθητικού, ακόμα και ιατρικού. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι με έναν ακόμα αναισθησιολόγο, η παραγωγικότητα του χειρουργείου θα αυξανόταν πολύ.

Το τρίτο μεγαλύτερο πρόβλημα έχει να κάνει με το ιατροφαρμακευτικό υλικό. Όπως τόνισαν, λόγω της χρονοβόρου και γραφειοκρατικής διαδικασίας που ακολουθείται για τη χορήγηση ιατροφαρμακευτικού και βοηθητικού υλικού, υπάρχει έλλειψη σε αρκετά είδη που σε πολλές περιπτώσεις έχουν να

κάνουν με την ασφάλεια εργασίας και την προστασία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τα επόμενα προβλήματα είναι σχετικά με την καθαριότητα των χώρων, την ανεπάρκεια των υποδομών και των χώρων καθώς επίσης και με την παλαιότητα του κτιρίου, την δυσκολία επικοινωνίας με αλλοδαπούς ασθενείς που δεν είναι λίγοι στην κλινική και την μη τήρηση του ωραρίου από συγγενείς των ασθενών, γεγονός το οποίο δυσκολεύει πολύ τη δουλειά του προσωπικού.

Ενδιαφέρον έχει η επισήμανση, ως πρόβλημα, που έκανε μία εκ του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία είναι προϊσταμένη. Ζήτησε περισσότερο ενδιαφέρον για τη δουλειά και πειθαρχία εκ μέρους του προσωπικού.

Συνεντεύξεις διοικητικού προσωπικού

Παρακάτω παρατίθενται οι συνεντεύξεις που παραχωρήθηκαν από δύο μέλη του διοικητικού προσωπικού των κλινικών. Το πρώτο μέλος είναι ο Αν. Καθηγητής κ. Βλάσσης Γεώργιος, διευθυντής της Δ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του Ιπποκρατίου ΓΠΝΘ, του οποίου οι απαντήσεις θα συμβολίζονται με το γράμμα Β. Το δεύτερο μέλος είναι η Αν. Καθηγήτρια κ. Ζουρνατζή Βασιλική, υπεύθυνη του εργαστηρίου που εξυπηρετεί τις Α' , Β' , Γ' και Δ' Μαιευτικές-Γυναικολογικές κλινικές του αυτού νοσοκομείου και της οποίας οι απαντήσεις θα συμβολίζονται με το γράμμα Ζ. Να σημειωθεί ότι οι συνεντεύξεις δόθηκαν χωριστά αλλά για πρακτικούς λόγους παρουσιάζονται μαζί και έχουν ως εξής:

1. *Οι χώροι των κλινικών επαρκούν για τη σωστή λειτουργία τους;*

Β: Όχι, υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις.

Ζ: Όχι δεν επαρκούν. Συγκεκριμένα για το εργαστήριο χρειάζεται χώρος για αιμοληψίες, χώρος για τα μηχανήματα αναλύσεων και ένας χώρος

ειδικά διαμορφωμένος για την μονάδα PCR (σσ. διάσπαση και μέτρηση του DNA των ιών-η πλέον σύγχρονη μορφή εξετάσεων).

2. *Οι κλίνες για τους ασθενείς επαρκούν;*

B: Όχι, παρόλο που είναι όσες προβλέπονται από το νόμο.

Z: Ως εργαστηριακός ιατρός δεν έχω άποψη για το θέμα.

3. *Ποιες είναι οι σημαντικότερες ανάγκες των υποδομών;*

B: Οι άμεσα επείγουσες ανάγκες είναι γραφεία για τους ιατρούς, χώροι αναψυχής και υγιεινής για τους ασθενείς και κλιματισμός σε όλους τους ενεργούς χώρους των κλινικών.

Z: Χρειάζονται εργαστηριακοί πάγκοι, κλιματισμός που είναι απαραίτητος για τη σωστή λειτουργία των ψυγείων και των μηχανημάτων ανάλυσης και όπως αναφέρθηκε παραπάνω ειδικός χώρος για το PCR.

4. *Πως κρίνετε το σύστημα μηχανογράφησης; Τι προτείνετε;*

B: Όσον αφορά στα αρχεία των ασθενών, αυτά κρατούνται ακόμα με το κλασικό σύστημα μηχανογράφησης (καρτέλα-φάκελλος), κάτι το οποίο είναι στις άμεσες προτεραιότητές μας να μετατραπεί σε ηλεκτρονικό σύστημα. Αυτό ήδη γίνεται για άλλες λειτουργίες όπως η οικονομική διαχείριση, η μισθοδοσία και οι προμήθειες.

Z: Το σημερινό σύστημα είναι ανεπαρκές δεδομένου ότι τηρείται αρχείο με μορφή βιβλίων. Η ιδανική λύση είναι ηλεκτρονικό on-line σύστημα μηχανογράφησης. Αλλά θα βοηθούσε πολύ στην οργάνωση του εργαστηρίου έστω και ένα αυτόνομο ηλεκτρονικό αρχείο για την καταχώρηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων

5. *Πως κρίνεται τον βιοϊατρικό εξοπλισμό των κλινικών;*

B: Υπάρχουν ελλείψεις σε αρκετούς τομείς.

Z: Το εργαστήριο χρειάζεται πιο σύγχρονα αυτόματα μηχανήματα αναλύσεων. Με νέα μηχανήματα θα αυξανόταν και η παραγωγικότητα (γρηγορότερα αποτελέσματα) και η γκάμα των εξετάσεων που θα μπορούν να γίνουν και η ακρίβειά και ευαισθησία τους.

6. *Παρουσιάζονται ελλείψεις στο προσωπικό των κλινικών; Αν ναι σε ποιους τομείς;*

B: Όχι, δεν νομίζω ότι υπάρχουν ελλείψεις στο προσωπικό.

Z: Ναι υπάρχουν ελλείψεις. Συγκεκριμένα χρειάζεται μία παρασκευάστρια ακόμα, δεδομένου ότι το εργαστήριο εξυπηρετεί αυτή τη στιγμή και τις τέσσερις Μαιευτικές-Γυναικολογικές κλινικές του νοσοκομείου και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του όπως πρέπει με τις σημερινές συνθήκες. Επίσης, χρειάζεται και μία βιολόγο η οποία θα ασχολείται με το μηχάνημα της PCR, το οποίο εδώ και μήνες, από τότε που έφυγε η βιολόγος που είχαμε, παραμένει σε ακινησία.

7. *Υπάρχουν κίνητρα παραγωγικότητας για το προσωπικό;*

B: Όχι, δεν υπάρχουν. Πιστεύω ότι θα βοηθούσε αν υπήρχαν και εφαρμόζονταν σωστά.

Z: Όχι, δεν υπάρχουν κίνητρα, δεδομένου ότι αυτό που μετράει για την αύξηση του μισθού και την τοποθέτηση σε καλύτερη θέση είναι ο χρόνος υπηρεσίας. Βέβαια για τους πανεπιστημιακούς οι πολλές και αξιόλογες εργασίες είναι απαραίτητο προσόν για την μεταπήδηση σε ανώτερη βαθμίδα και αυτό είναι ένα κίνητρο. Πάντως θα βοηθούσε την βελτίωση της παραγωγικότητας αν υπήρχαν κίνητρα προς αυτή την κατεύθυνση.

8. *Προβλέπονται πειθαρχικές ποινές για το προσωπικό; Έχετε παραδείγματα εφαρμογής;*

B: Προβλέπονται αλλά δεν έχουν εφαρμοστεί σχεδόν ποτέ

Z: Ναι προβλέπονται αλλά σπάνια εφαρμόζονται.

9. *Υπάρχουν προγράμματα κατάρτισης - εκπαίδευσης του προσωπικού; Ποια ήταν η συμμετοχή;*

B: Ναι, υπάρχουν τέτοια προγράμματα και για το ιατρικό και για το νοσηλευτικό προσωπικό στα οποία η συμμετοχή είναι πολύ μεγάλη.

Z: Υπάρχουν πολλά τέτοια προγράμματα στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η συμμετοχή είναι μεγάλη. Νομίζω ότι βοηθούν πολύ στην βελτίωση της ποιότητας του παραγόμενου έργου. Μάλιστα υπήρξαν και σεμινάρια χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών.

10. *Υπάρχει επικοινωνία με το προσωπικό; Πόσο αποτελεσματική;*

B: Υπάρχει πολύ καλή επικοινωνία και συνεργασία με όλο το προσωπικό.

Z: Ναι, υπάρχει συνεχής επικοινωνία και συνεργασία με όλο το προσωπικό. Χωρίς αυτά είναι δυνατόν να λειτουργήσει μία κλινική;

11. *Γίνονται προτάσεις από τους εργαζόμενους για να βελτιωθεί η ποιότητα της εργασίας τους; Ενθαρρύνονται τέτοιες πρωτοβουλίες;*

B: Όχι δεν υπάρχουν προτάσεις από τους εργαζόμενους.

Z: Υπάρχουν προτάσεις αλλά ή δεν εισακούονται ή υλοποιούνται με πολύ αργούς ρυθμούς, μπορεί και μετά από πολλά χρόνια και αυτό είναι αποθαρρυντικό για τέτοιες πρωτοβουλίες. Τους πάγκους του εργαστηρίου τους ζητάμε εδώ και τρία χρόνια, και φέτος θα μας τους φέρουν.

12. *Υπάρχει κάποιος έλεγχος στο έργο που παράγει το προσωπικό;*

B: Ναι βεβαίως, από τους τομάρχες και τους διευθυντές των κλινικών.

Z: Γίνεται συχνός έλεγχος από τη διεύθυνση που ανήκει το προσωπικό.

Γίνονται υποδείξεις και παρατηρήσεις και κυρίως για την τήρηση των

κανόνων διαφύλαξης της υγείας του προσωπικού και της σωστής πρακτικής.

13. *Υπάρχει ενημερωτικό υλικό για τους ασθενείς για την κατατόπισή τους στη λειτουργία των κλινικών; (π.χ. φυλλάδια, πινακίδες κτλ)*

B: Για το χώρο των κλινικών υπάρχουν πολλές πινακίδες αλλά όχι φυλλάδια. Φυλλάδια υπάρχουν για την ενημέρωση των ασθενών πάνω σε διάφορες ασθένειες.

Z: Όχι σε ικανοποιητικό βαθμό. Υπάρχει προφορική ενημέρωση και μερικά φυλλάδια για την προετοιμασία πριν από κάποιες εξετάσεις.

14. *Έχει χρησιμοποιηθεί κάποιος τρόπος διερεύνησης της γνώμης των ασθενών; (ερωτηματολόγιο, προσωπική επαφή, κυτίο παραπόνων κτλ)*

B: Όχι δεν υπάρχει οργανωμένος τρόπος για τη διερεύνηση της γνώμης των ασθενών και νομίζω ότι θα βοηθούσε πολύ αν υπήρχε. Τώρα απλά ο ασθενής ενημερώνει κατευθείαν τη διεύθυνση.

Z: Υπάρχει ένα κυτίο παραπόνων. Επίσης και εγώ η ίδια γίνομαι αποδέκτης των παραπόνων για τη λειτουργία του εργαστηρίου. Γενικά πάντως δεν υπάρχουν προβλήματα.

15. *Υπάρχει συστηματική παρακολούθηση των επανεισαγωγών;*

B: Ναι μετά από σαράντα ημέρες από την έξοδό τους, οι ασθενείς έρχονται για επανεξέταση.

Z: Υπάρχει ένα πρωτόκολλο παρακολούθησης ασθενών ανάλογα με το είδος της πάθησης.

16. *Τι στοιχεία για τους ασθενείς κρατούνται σε αρχεία;*

B: Κρατείται το φύλλο ιστορικού στο φάκελλο του ασθενή.

Z: Κρατούνται το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό καθώς και η παρούσα πάθηση.

17. *Πώς θα μπορούσαν να βελτιωθούν οι διαδικασίες εισόδου-εξόδου (ή των εργαστηριακών εξετάσεων) από την κλινική;*

B: Θα μπορούν να γίνουν ταχύτερα και ευκολότερα μόνο με τη χρήση ηλεκτρονικής μηχανογράφησης.

Z: Η διαδικασία για τις εργαστηριακές εξετάσεις έχει ως εξής:

- Ο ασθενής παραπέμπεται από τον κλινικό ιατρό για να κάνει τις απαιτούμενες εξετάσεις.
- Το παραπεμπτικό σφραγίζεται από το γραφείο κίνησης με την τακτοποίηση των οικονομικών του ασθενή έναντι του νοσοκομείου.
- Έρχεται στο εργαστήριο όπου γίνονται οι αιμοληψίες και παραδίδονται τα αποτελέσματα μετά από κάποιο διάστημα.

Αυτό που θα μπορούσε να απλοποιηθεί είναι το δεύτερο στάδιο. Συγκεκριμένα, για κάποιες ειδικές ομάδες που προβλέπεται δωρεάν παροχή υπηρεσιών (π.χ. ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ), να παρακάμπτεται αυτό το στάδιο. Φυσικά ένα σύστημα ηλεκτρονικής μηχανογράφησης θα επιτάχυνε σημαντικά όλες αυτές τις διαδικασίες.

18. *Αναφέρατε τα τρία μεγαλύτερα προβλήματα στη λειτουργία των κλινικών αυτών(ή του εργαστηρίου).*

B: Τα τρία μεγαλύτερα προβλήματα νομίζω ότι είναι το ξενοδοχειακό των ασθενών, η έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων και η έλλειψη ηλεκτρονικής μηχανογράφησης.

Z: Όσον αφορά στο εργαστήριο, τα τρία μεγαλύτερα προβλήματα είναι η έλλειψη προσωπικού (παρασκευάστρια και βιολόγος), η έλλειψη κατάλληλων χώρων και η ηλεκτρονική μηχανογράφηση τουλάχιστον αυτόνομα του εργαστηρίου.

Συμπεράσματα της εργασίας

Η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οδηγεί τους οργανισμούς που τις παρέχουν, σε αυξημένο κόστος λειτουργίας ένα μέρος του οποίου οφείλεται στο κόστος διόρθωσης των λαθών. Τα λάθη οδηγούν σε βλάβες στην υγεία των ασθενών αλλά και σε μείωση της κερδοφορίας και αξιοπιστίας των οργανισμών. Θα μπορούσαν να αποφευχθούν αν υιοθετούνταν μία δέσμευση στην ποιότητα στην οποία ακολουθείται η πολιτική της πρόληψης και όχι της διόρθωσης των λαθών.

Η κακή ποιότητα των υπηρεσιών έχει επιπτώσεις και στην ικανοποίηση των ασθενών καθώς υπόκεινται στην ταλαιπωρία των επανεξετάσεων, της άσχημης ξενοδοχειακής φροντίδας και του αδιάφορου προσωπικού – στοιχεία όλα αυτά των μη ποιοτικών υπηρεσιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο οργανισμός να χάνει πελάτες και μερίδιο αγοράς και να αποκτά άσχημη φήμη.

Στην πολιτική ποιότητας συμπεριλαμβάνεται και ο εσωτερικός πελάτης, η ικανοποίηση και το ηθικό του οποίου πρέπει να βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα καθώς από αυτόν εξαρτάται η ποιότητα και η απόδοση των υπηρεσιών. Κάθε οργανισμός μπορεί και πρέπει να εφαρμόσει πολιτικές και να αναλάβει δράσεις που οδηγούν σε ικανοποίηση του προσωπικού.

Η ποιότητα όμως παραμένει μία αόριστη έννοια εφόσον δεν της δοθούν μετρήσιμες διαστάσεις. Μόνο έτσι μπορεί να αξιολογηθεί και να βελτιωθεί, να τεθούν ξεκάθαροι στόχοι. Γι αυτό και ορίζονται δείκτες οι οποίοι θα μπορούν να περιγράψουν ποσοτικά την ποιότητα. Τέτοιοι δείκτες είναι αυτοί της απόδοσης υγειονομικής φροντίδας, λειτουργικής απόδοσης, απόδοσης ως προς τους πελάτες και οικονομικής αποδοσης.

Όσον αφορά στην απόδοση ως προς τους πελάτες υπάρχουν πολλές τεχνικές εκτίμησης των αναγκών και μέτρησης της ικανοποίησής τους.

Χρησιμοποιώντας τις τεχνικές του ερωτηματολογίου για τους ασθενείς και των συνεντεύξεων για το προσωπικό ανιχνεύθηκαν οι ανάγκες και τα προβλήματα και των δύο αυτών ομάδων στις Β' και Δ' Μαιευτικές-Γυναικολογικές κλινικές του Ιπποκρατείου ΓΠΝΘ.

Θεωρώντας τις κλινικές αυτές σαν μία μικρογραφία των ελληνικών νοσοκομείων μπορούν να εξαχθούν τα εξής συμπεράσματα:

Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους είναι τα εξής (με σειρά προτεραιότητας): πολλοί ασθενείς σε έναν θάλαμο, άσχημες συνθήκες καθαριότητας τόσο στο δωμάτιο όσο και στους χώρους υγιεινής, έλλειψη ησυχίας λόγω μη τήρησης του ωραρίου και άσχημη κατάσταση των υποδομών λόγω παλαιότητας του κτιρίου. Αντιθέτως η επικοινωνία με το προσωπικό κρίνεται πολύ καλή καθώς αναγνωρίζουν και επιβραβεύουν τις προσπάθειες που καταβάλλουν οι ιατροί και οι νοσοκόμες να ανταπεξέλθουν στην απαιτητική εργασία τους.

Όσον αφορά στους ιατρούς αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα με την έλλειψη χώρων εργασίας και γραφείων, την έλλειψη σύγχρονου μηχανογραφικού συστήματος και εξοπλισμού των κλινικών. Παράπονα επίσης εκφράστηκαν για την επικοινωνία με τη διοίκηση καθώς και με τη συμπεριφορά από μέρος του προσωπικού (ασυνέπεια-ανευθυνότητα).

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι και εδώ οι χώροι οι οποίοι χρειάζονται αύξηση και αναδιαμόρφωση. Ακολουθεί η έλλειψη προσωπικού η οποία οδηγεί σε μεγάλο φόρτο εργασίας και κούραση καθώς και η έλλειψη ιατροφαρμακευτικού υλικού λόγω των εξαιρετικά χρονοβόρων διαδικασιών για την προμήθειά του.

Τέλος όπως ανέφεραν στη συνέντευξή τους ο κ. Βλάσσης και η κ. Ζουρνατζή από την πλευρά τους τα κυριότερα προβλήματα είναι οι άσχημες ξενοδοχειακές υποδομές, η έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων και ηλεκτρονικής μηχανογράφησης καθώς και η έλλειψη προσωπικού και κατάλληλων χώρων για τη λειτουργία του εργαστηρίου.

Οι επερχόμενες αλλαγές στο χώρο της υγείας

Τελειώνοντας αυτήν την εργασία είναι σκόπιμο να επισημανθούν οι δέκα κυριότερες δυνάμεις που προβλέπεται να διαμορφώσουν το χώρο της υγείας τα επόμενα τρία έως πέντε χρόνια, όπως τις εξέφρασε ο Thomas Royer στο Ινστιτούτο Στρατηγικών για τους Οργανισμούς Υγείας της Αμερικής (15). Σημειωτέον ότι αυτές οι δυνάμεις ισχύουν κυρίως για τα κράτη όπου η αγορά είναι ελεύθερη στον ανταγωνισμό και ισχύει ο νόμος της προσφοράς και ζήτησης. Ίσως αυτή τη στιγμή δεν επικρατούν αυτές οι συνθήκες στην Ελλάδα, αλλά το σκηνικό αλλάζει πολύ γρήγορα και όντας μέλος πια της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης της Ευρώπης πρέπει να μάθουν οι οργανισμοί στη χώρα μας να ενεργούν με βάση αυτούς τους κανόνες αν θέλουν αν είναι «εντός του παιχνιδιού» που λέγεται ανάπτυξη και ευημερία. Οι δυνάμεις αυτές είναι οι εξής:

1. *Πίεση των κόστων λειτουργίας.* Ο γηράσκων πληθυσμός με τις ανάγκες για περίθαλψη που θα έχει, η υποχρεωτική από τους νόμους της αγοράς υιοθέτηση της προηγμένης τεχνολογίας και τα ακριβά φαρμακευτικά προϊόντα θα ωθούν τα κόστη σε μεγάλα ύψη ενώ ο ανταγωνισμός θα διατηρεί τα έσοδα χαμηλά.
2. *Απαίτηση για αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα.* Αφού τα έσοδα θα διατηρούνται σταθερά, θα πρέπει να αυξηθεί η παραγωγικότητα και η απόδοση ώστε να εμφανίζονται κέρδη. Ο Royer προτείνει το εσωτερικό benchmarking: Σε κάθε οργανισμό υπάρχουν τα κέντρα τελειότητας (centers of excellence), όπου οι εργαζόμενοι εκεί έχουν ξεπεράσει κάθε γνωστό εμπόδιο και κάνουν αυτό που κάνουν πραγματικά άριστα. Πρέπει να ανακαλύψουμε αυτά τα κέντρα τελειότητας, να μάθουμε τι είναι αυτό που τα κάνει να δουλεύουν σωστά και να διαχύσουμε αυτή την τελειότητα σε όλο τον οργανισμό.

3. *Συνεχής ανάπτυξη των υπηρεσιών διοίκησης οργανισμών υγείας.* Μερικές εταιρίες θα βρουν τον τρόπο να καρπωθούν αυτήν την ανάπτυξη κερδίζοντας μεγάλο μερίδιο αγοράς, ενώ κάποιες άλλες θα αρκεστούν σε μερικά συμβόλαια.
4. *Ισχυρότερη φωνή του ασθενή.* Η γνώμη του ασθενή ολοένα και πιο αποφασιστικά θα επηρεάζει τις επιχειρήσεις και την κυβερνητική πολιτική ζητώντας βελτίωση στην πρόσβαση, καλύτερες υπηρεσίες, εναλλακτικές θεραπείες και περισσότερες επιλογές.
5. *Περισσότερη τεχνολογία.* Η κλινική και διοικητική τεχνολογία συνεχώς θα βελτιώνονται και οι οργανισμοί θα πρέπει να επενδύουν συνεχώς πάνω σε αυτές.
6. *Ανταγωνισμός με βάση την ποιότητα.* Δημοσιεύσεις, αναφορές και ταξινόμηση των οργανισμών με βάση δείκτες ποιότητας δηλαδή αντικειμενικά αποδεδειγμένη ποιότητα, θα αναγκάσει τους οργανισμούς να συμμορφωθούν με αυτά προς όφελος των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
7. *Επιχειρηματοποίηση (corporatization) του χώρου της υγείας.* Ο χώρος αυτός θα πρέπει να οδηγείται από τους κανόνες της αγοράς, τον υγιή ανταγωνισμό και με το κράτος να υποβοηθάει αυτούς που έχουν πραγματικά ανάγκη. Όπως αναφέρει ο Royer πρέπει να πειστούν όλοι ότι υπάρχουν άνθρωποι που χρειάζονται ιατρική φροντίδα και δεν μπορούν να πληρώσουν (αυτούς πρέπει να τους παρέχεται δωρεάν η φροντίδα) και άνθρωποι που νομίζουν ότι χρειάζονται ιατρική φροντίδα και μπορούν να πληρώσουν αλλά δεν το κάνουν (αυτοί πρέπει να πληρώνουν παραπάνω).
8. *Μεγαλύτερη εμπλοκή του κράτους στον τομέα της υγείας.*
9. *Έλλειψη προσωπικού και ηγεσίας με τα κατάλληλα προσόντα και προσανατολισμό.*
10. *Αυξανόμενη δύναμη των προμηθευτών.*

Είναι φανερό ότι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας θα χρειαστούν ηγεσίες τολμηρές, αποτελεσματικές και με προσήλωση στην ποιότητα, ώστε να τους προετοιμάσουν για τις αλλαγές αυτές που πρόκειται να έρθουν. Όσο πιο γρήγορα γίνει κατανοητή η πορεία που πρέπει να ακολουθηθεί τόσο πιο μεγάλες πιθανότητες θα έχουν οι οργανισμοί αυτοί να αντιμετωπίσουν τον ανταγωνισμό σε μία ελεύθερη πλον αγορά.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Garvin David A. *Managing Quality*. New York:Free Press,1988
2. Zeithaml, Valerie A. Parasuraman, A., and Berry, Leonard L. *Delivering Quality Service*. New York: Free Press,1990
3. Black Nick. *Quality Assurance of Medical Care*. Journal of public Health Medicine, Vol.12,No2,pp.97-104.
4. Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting. *The Challenge and Potential for Assuring Quality Health Care for the 21st Century*. www.ahcpr.gov/qual
5. Αγγελόπουλος Χάρης. *Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Η εμπειρία από την εφαρμογή ενός μοντέλου σε ελληνικά διαγνωστικά κέντρα*. Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας» Θεσ/νικη 4,5,6 Νοεμβρίου 1994 σελ 154-160
6. R.W. Broyles and A.F. Al-Assaf. *The costs of QualityQ an interactive model of appraisal, prevention and failures*. Health Services Management Research,Vol.12,pp.169-182, 1999
7. Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. *Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας*. Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας» Θεσ/νικη 4,5,6 Νοεμβρίου 1994 σελ 181-206
8. Θεοφανόπουλος Π. *Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις Υπηρεσίες υγείας:Πρόκληση ή ουτοπία; Η ελληνική κατάσταση*. Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας» Θεσ/νικη 4,5,6 Νοεμβρίου 1994 σελ 31-38
9. Malcolm Baldrige National Quality Award. *Health Care criteria for Performance Excellence*, 1998

10. Thomas Royer. *Prepare for the 10 major drivers of change*. Medical Group Management Association, www.MGMA.com/pract_solutions, Oct.1999
11. J.K.H. Tan. *The critical success factor approach to strategic alignment: seeking a trail from a health organization's goals to its management information infrastructure*. Health Services Management Research, Vol.12, pp.246-257, 1999
12. National Committee for Quality Assurance. *State of Managed Care Quality, 1999*. www.ncqa.org/pages
13. Koska Mary T. *Surveying customer needs, not satisfaction, is crucial to CQI*. Hospitals. Vol.66, June 20 '92, p.42
14. MSH-UNICEF. *Quality Guide*. erc.msh.org/quality
15. Μιχάλης Βάμβουκας. *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1997
16. Θεοδωράκιου Γυπατία. *Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Αναλυτική περιγραφή της παρούσας κατάστασης στην ελληνική νοσοκομειακή περίθαλψη*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Σεπτ.1998
17. Σκορδή Αλίκη. *Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας 1997
18. M.Perryman-starkey, P.Asubonteng Rivers and G.Munchus. *The effects of organizational structure on hospital performance*. Health Services Management Research, Vol.12, pp.232-245, 1999
19. A.Calleja and S.P. Gauci. *Service quality attributes of maternity care services: the prospective consumer's perspective*. Health Services Management Research, Vol.12, pp.36-44, 1999
20. Hillary Merrett. *Delivering quality accountability and reduced risk*. Hospital Management International, 1999

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

A. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

**B. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Γ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το παρόν ερωτηματολόγιο υλοποιείται στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού φοιτητή Κόϊου Αθανασίου, στο τμήμα μεταπτυχιακών σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Η εργασία έχει τίτλο «Βελτίωση της ποιότητας παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών σε κλινικές νοσοκομείου» και αφορά την Β' και Δ' Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του Ιπποκρατείου (ΓΙΠΝΘ), στις οποίες νοσηλεύεστε. Σκοπός της είναι να ανιχνεύσει τα προβλήματα των κλινικών αυτών από τη σκοπιά τόσο των ασθενών όσο και του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της εργασίας αυτής. Επίσης, η όλη προσπάθεια γίνεται εν γνώση της Διοίκησης του νοσοκομείου και των κλινικών .

Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για την αμερόληπτη και προσεκτική συμπλήρωσή τους. Καλή ανάρρωση.

Μετά τιμής
Κόϊος Θάνος

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ (Συμπληρώστε τα κενά όπου χρειάζεται)

1. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ; _____
2. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ; _____ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΑ; _____
3. ΕΧΕΤΕ ΕΙΣΑΧΘΕΙ ΠΟΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΚΛΙΝΙΚΗ; _____
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ; _____
4. ΕΧΕΤΕ ΞΑΝΑΕΙΣΑΧΘΕΙ ΠΟΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΣΤΗ Β΄ ή Δ΄ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ; _____
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ; _____
5. ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ; _____
6. ΠΩΣ ΕΠΙΛΕΞΑΤΕ ΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ;

(σημειώστε ένα ✓ στο κενό δίπλα στην απάντηση που σας εκφράζει)

- α. Ως επείγον περιστατικό σε εφημερία _____
- β. Μετά από υπόδειξη _____
- γ. Είχα ακούσει καλά λόγια _____
- δ. Είχα νοσηλευτεί στο παρελθόν και έμεινα ευχαριστημένη _____
- ε. Για τον εξής λόγο (συμπληρώστε): _____

7. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ;

(Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από μία απάντηση - σημειώστε ένα ✓ στο κενό δίπλα στην απάντηση ή στις απαντήσεις που σας εκφράζουν)

- α. Αποτελεσματική _____
- β. Γρήγορη _____
- γ. Γραφειοκρατική _____
- δ. Απαραίτητη _____
- ε. Κουραστική _____
- στ. Άλλο (συμπληρώστε): _____

8. ΣΑΣ ΕΧΟΥΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΙ ΠΟΤΕ ΘΑ ΒΓΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ; _____
ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΣΕΣ ΜΕΡΕΣ; _____

ΥΠΟΔΟΜΗ: (σημειώστε ένα ✓ στο κενό δίπλα στην απάντηση που σας εκφράζει)

9. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΩΜΑΤΙΟΥ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλή _____
- β. Καλή _____
- γ. Μέτρια _____
- δ. Κακή _____
- ε. Πολύ Κακή _____

10. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΑΝΕΣΗ ΤΟΥ ΔΩΜΑΤΙΟΥ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλή _____
- β. Καλή _____
- γ. Μέτρια _____
- δ. Κακή _____
- ε. Πολύ Κακή _____

11. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟ ΦΩΤΙΣΜΟ ΤΟΥ ΔΩΜΑΤΙΟΥ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλός _____
- β. Καλός _____
- γ. Μέτριος _____
- δ. Κακός _____
- ε. Πολύ Κακός _____

12. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΑΝΕΣΗ ΤΟΥ ΚΡΕΒΑΤΙΟΥ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλή _____
- β. Καλή _____
- γ. Μέτρια _____
- δ. Κακή _____
- ε. Πολύ Κακή _____

13. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΠΛΩΣΗ ΤΟΥ ΔΩΜΑΤΙΟΥ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

14. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΣΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ:

- α. Ιδανικό ____
- β. Καλό ____
- γ. Μέτριο ____
- δ. Ζεστό ____
- ε. Αφόρητο ____

15. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΩΡΑ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ, ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

16. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΩΡΑ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ ΤΗ ΝΥΧΤΑ, ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

17. ΟΙ ΩΡΕΣ ΚΟΙΝΗΣ ΗΣΥΧΙΑΣ ΤΗΡΟΥΝΤΑΙ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

18. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

19. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

20. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΓΕΝΙΚΑ:

- α. Πολύ Καλό ____
- β. Καλό ____
- γ. Μέτριο ____
- δ. Κακό ____
- ε. Πολύ Κακό ____

21. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΑ ΜΕΣΑ ΑΝΑΨΥΧΗΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ:

- α. Πολύ Καλά ____
- β. Καλά ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακά ____
- ε. Ανύπαρκτα ____

22. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ:

- α. Πολύ Καλό ____
- β. Καλό ____

- γ. Μέτριο ___
- δ. Κακό ___
- ε. Πολύ Κακό ___

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ: (σημειώστε ένα ✓ στο κενό δίπλα στην απάντηση που σας εκφράζει)

23. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ :

- α. Πολύ Καλή ___
- β. Καλή ___
- γ. Μέτρια ___
- δ. Κακή ___
- ε. Πολύ Κακή ___

24. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ:

- α. Πολύ Καλή ___
- β. Καλή ___
- γ. Μέτρια ___
- δ. Κακή ___
- ε. Πολύ Κακή ___

25. ΟΠΟΤΕ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΤΕ ΝΑ ΣΥΖΗΤΗΣΕΤΕ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΙΑΤΡΟ, ΤΟΝ ΒΡΗΚΑΤΕ:

- α. Πολύ Εύκολα ___
- β. Εύκολα ___
- γ. Μέτρια ___
- δ. Δύσκολα ___
- ε. Πολύ Δύσκολα ___

26. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ:

- α. Πολύ Καλή ___
- β. Καλή ___

γ. Μέτρια _____

δ. Κακή _____

ε. Πολύ Κακή _____

27. ΣΑΣ ΖΗΤΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΠΟΙΩΝ ΤΡΟΠΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΤΕΙΝΑΝ: ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

28. ΚΑΝΑΤΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

29. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ:

α. Πολύ Καλή _____

β. Καλή _____

γ. Μέτρια _____

δ. Κακή _____

ε. Πολύ Κακή _____

30. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ:

α. Πολύ Καλό _____

β. Καλό _____

γ. Μέτριο _____

δ. Κακό _____

ε. Πολύ Κακό _____

31. ΕΧΕΤΕ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΜΒΑΝ (Π.Χ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ) ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΕΙ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΑΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ Ή ΟΧΙ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

32. ΑΝ ΝΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΜΕ ΣΥΝΤΟΜΙΑ: _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ: (σημειώστε ένα ✓ στο κενό δίπλα στην απάντηση που σας εκφράζει)

33. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

34. ΟΠΟΤΕ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΗΚΑΤΕ:

- α. Πολύ Εύκολα ____
- β. Εύκολα ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Δύσκολα ____
- ε. Πολύ Δύσκολα ____

35. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΚΑΛΕΣΜΑ ΣΑΣ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

36. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΠΟΤΕ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΤΕ ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

- α. Πολύ Καλή ____
- β. Καλή ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Κακή ____
- ε. Πολύ Κακή ____

37. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΛΕΓΧΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ:

- α. Πολύ Συχνά ____
- β. Συχνά ____
- γ. Μέτρια ____
- δ. Σπάνια ____
- ε. Πολύ Σπάνια ____

38. ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΑ ΤΡΙΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ:

- α. _____

- β. _____

- γ. _____

39. ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΡΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΒΟΗΘΟΥΣΑΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ:

- α. _____

- β. _____

- γ. _____

ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

(το ερωτηματολόγιο για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι παρόμοιο)

ΚΛΙΝΙΚΕΣ: Β΄ ΚΑΙ Δ΄ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΓΠΝΘ

I. ΧΩΡΟΙ-ΥΠΟΔΟΜΕΣ-ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ:

1. ΕΠΑΡΚΟΥΝ ΟΙ ΧΩΡΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ; ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ; _____

2. ΕΠΑΡΚΟΥΝ ΟΙ ΚΛΙΝΕΣ; _____

3. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ (π.χ. επάρκεια, καθαριότητα, λειτουργικότητα, άνεση κτλ): _____

4. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ; ΤΙ ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ;

5. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟΝ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ; ΠΟΥ ΕΠΙΔΕΧΕΤΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ;

6. ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΗ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ; ΠΩΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ ΑΥΤΟ;

7. ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ; ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ;

II. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

1. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ; ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ;

2. ΕΧΕΤΕ ΣΥΝΕΧΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ;

3. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (π.χ. μισθωτός, bonus, μερική απασχόληση κτλ);
ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟΝ;

4. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΗΤΡΑ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ; ΑΝ ΝΑΙ ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ; (π.χ. θεσμοθετημένα,
χρηματικά, ηθικά κτλ); ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΘΕΤΙΚΑ; ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΚΙΝΗΤΡΑ
ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ;

5. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΕΤΕ ΣΑΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ; ΤΙ ΜΟΡΦΗΣ (π.χ. αποτελέσματος, διαδικασιών, πηγών-πόρων κτλ); ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ; ΠΟΣΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ; ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ; ΒΟΗΘΑΕΙ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΣΑΣ;

6. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΕΣ ΠΟΙΝΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΠΑΡΑΠΤΩΜΑΤΑ; ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΟΥΝ;

7. ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ; ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ;

8. ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΠΟΤΕ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΟΥ ΕΡΓΟΥ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ; ΒΡΗΚΑΤΕ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ; ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΒΟΗΘΟΥΣΕ ΕΝΑΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΝΘΑΡΡΥΝΕ ΤΕΤΟΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ;

9. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΝΕΛΙΞΗ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΥΤΕΣ; ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΝ ΤΙΣ ΦΙΛΟΔΟΞΙΕΣ ΣΑΣ;

III. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ;

2. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ;

3. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ;

4. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΣΑΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΥΤΩΝ;

5. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ (π.χ. εισόδου-εξόδου, επανεξέτασης, εργαστηριακών εξετάσεων, εξωτερικών ιατρείων κτλ);

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΑ ΤΡΙΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΥΤΩΝ:

α. _____

β. _____

γ. _____

2. ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΥΤΩΝ:

α. _____

β. _____

γ. _____

ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Τρόποι εκτέλεσης προμηθειών στο Ιπποκράτειο ΓΠΝΘ.

Στο τμήμα προμηθειών τέθηκε η εξής ερώτηση: Ποια είναι η διαδικασία που ακολουθείται για την απόκτηση των προμηθειών; Με ποια κριτήρια εκτελούνται;

Η απάντηση που δώθηκε είχε ως εξής:

Υπάρχουν τεσσάρων ειδών διαγωνισμοί για την προμήθεια υλικών, οι οποίοι είναι οι παρακάτω:

1. Πρόχειρος μειοδοτικός διαγωνισμός. Πρωτεύοντα ρόλο παίζει η τιμή, δοθέντων των τεχνικών προδιαγραφών.
2. Ανοικτός διαγωνισμός στην χαμηλότερη τιμή. Ισχύουν τα ίδια με παραπάνω.
3. Ανοικτός διαγωνισμός στην συμφερότερη προσφορά. Η βαθμολόγηση δίνεται με βάση τον πίνακα στην επόμενη σελίδα.
4. Κλειστός διαγωνισμός. Συμμετέχουν συγκεκριμένοι προμηθευτές τους οποίους έχει εγκρίνει το νοσοκομείο.

Ακολουθεί έντυπο αξιολόγησης προσφοράς που χρησιμοποιείται στον ανοικτό διαγωνισμό.

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙ ΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΘΕ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

ΜΗΧΑΝΗΜΑ:

10 παραρτήρια μηχανημάτων για κεντρικό ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
25 %	1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ, ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΡΗΣΗΣ:	100 ± 20%
25 %	2. ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΤΕΧΝ. ΠΡΟΔ/ΦΩΝ:	100 ± 20%
20 %	3. ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ:	100 ± 20%
%	4. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:	100 ± 20%
%	5.	100 ± 20%
%	6.	100 ± 20%
%	7.	100 ± 20%
5 %	1. ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ	100 ± 20%
5 %	2. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΕΓΓΥΗΣΗ ΚΑΛΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	100 ± 20%
20 %	3. ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ (SERVICE) ΜΕΤΑ ΤΗ ΠΩΛΗΣΗ	100 ± 20%
%	4.	100 ± 20%

ΟΜΑΔΑ Α'
Συν. Συντ. Βαρ. 70% - 80%

ΟΜΑΔΑ Β'
Συν. Συντ. Βαρ. 30% - 20%