



ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

της

ΓΕΩΡΓΙΑ ΓΡΑΜΜΕΝΟΥ

**Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

Ιανουάριος 2019

Περίληψη

Η παρούσα εργασία μελετά τις αντιλήψεις και τις απόψεις των νοσηλευτών των ιδιωτικών μονάδων υγείας στην Ελλάδα, σχετικά με τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησης τους από την εργασία και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση. Το θέμα καλύπτεται αρχικά σε θεωρητικό επίπεδο μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Στην συνέχεια το θέμα διερευνάται σε εμπειρικό επίπεδο, μέσα από την διεξαγωγή πρωτογενούς ποσοτικής έρευνας σε ένα δείγμα νοσηλευτών σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, αλλά και οι απόψεις τους σχετικά με τον βαθμό στον οποίο τα προγράμματα στις μονάδες υγείας, συνεισφέρουν στην βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας στους ασθενείς. Το δείγμα αποτελούνταν από 104 νοσηλευτές. Ο παράγοντας που βρέθηκε να συνεισφέρει περισσότερο στην εργασιακή ικανοποίηση, ήταν οι σχέσεις με τους συνεργάτες, και σε μικρότερο βαθμό ήταν οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, οι εξωγενείς ανταμοιβές και το πρόγραμμα της εργασίας τους. Αναφορικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η ποιότητα των αποτελεσμάτων στα νοσοκομεία είναι ως ένα μέτριο βαθμό αποτέλεσμα των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας και ότι η ηγεσία δεν υιοθετεί στρατηγικές που να υποστηρίζουν τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας, δεν έχουν όραμα ποιότητας, και δεν έχουν δημιουργήσει σε σημαντικό βαθμό ένα περιβάλλον που θα υποστηρίζει τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Συνολικά λοιπόν παρατηρείται ότι ενώ υπάρχουν συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, το δυναμικό τους δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, επειδή ενδεχομένως η ηγεσία δεν έχει φροντίσει να ενσωματώσει στον στρατηγικό σχεδιασμό το πρόγραμμα ποιότητας, αλλά και ούτε έχει παράσχει τα κατάλληλα μέσα στο προσωπικό (π.χ εκπαίδευση), ώστε να ενισχύσει την εφαρμογή τους.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα, διασφάλιση ποιότητας, νοσηλευτές, απόψεις, υγειονομική περίθαλψη

Abstract

This paper studies nurses perceptions and views on quality assurance systems as well as the degree of satisfaction of Greek nurses and the factors affecting work satisfaction. The subject is initially covered theoretically by the review of Greek and international literature. Subsequently, the subject is investigated at empirical level through the conduct of primary quantitative research in a sample of nurses in private health units using a structured questionnaire to investigate the factors that affect nursing job satisfaction and their views on the extent to which quality programs in health care units contribute to improving the quality of care in patients. The sample consisted of 104 nurses. Factor found to contribute more to job satisfaction was the relations with the partners, and to a lesser extent the opportunities for professional development, the exogenous rewards and the work program. Regarding nurses' views on quality assurance systems in health care units, the results showed that nurses believe that the quality of hospital outcomes is a mediocre result of quality management systems and that leadership does not adopt strategies to support quality management systems, leadership have no vision of quality, and have not created to a significant extent an environment that will support the improvement of the quality of care provided. Overall, while there are quality assurance schemes, their potential has not been fully developed in the context of improving the quality of care, because leadership may have failed to incorporate the quality plan into strategic planning, nor did it provide the appropriate environment within the staff (eg training) to enhance their implementation.

Key words: quality, quality assurance, nurses, opinions, healthcare

Περίληψη.....	ii
Abstract	iii
Κατάλογος Πινάκων	vi
Κατάλογος Διαγραμμάτων	vi
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εισαγωγή.....	7
1.1. Σύντομο θεωρητικό πλαίσιο	7
1.2. Σκοπός εργασίας	9
1.3. Σημαντικότητα θέματος	9
1.4. Μεθοδολογία	10
1.5. Διάρθρωση εργασίας	11
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	12
2.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας στην υγεία	12
2.2. Διαχείριση ποιότητας στην υγεία	15
2.3. Διασφάλιση ποιότητας στην υγεία	18
2.4. Συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην υγεία.....	25
2.5. Παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης νοσηλευτών	33
2.6. Απόψεις νοσηλευτών για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας	38
Κεφάλαιο 3 ^ο : Μεθοδολογία.....	43
3.1. Σκοπός	43
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	43
3.3. Μεθοδολογία	44
3.4. Δείγμα.....	44
3.5. Ερωτηματολόγιο.....	45
3.6. Σχεδιασμός έρευνας.....	46
Κεφάλαιο 4 ^ο : Αποτελέσματα έρευνας	47
4.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	47
4.2. Ανάλυση αξιοπιστίας.....	49
4.3. Εργασιακή ικανοποίηση.....	51
4.3.1. Εργασιακή ικανοποίηση ως προς τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά	52
4.4. Οφέλη συστημάτων διαχείρισης ποιότητας.....	57
4.4.1. Επίδραση της εφαρμογής συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	59
Κεφάλαιο 5 ^ο : Συμπεράσματα.....	61

Κεφάλαιο 6 ^ο : Προτάσεις.....	65
Βιβλιογραφία	66
Παράρτημα Α.....	74
Παράρτημα Β.....	79
Παράρτημα Γ	80

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	48
Πίνακας 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	49
Πίνακας 3 Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες της επαγγελματικής ικανοποίησης και τις κλίμακες της επίδρασης των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας	50
Πίνακας 4 Περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών (1=Πολύ δυσαρεστημένος, 5=Πολύ ικανοποιημένος)	51
Πίνακας 5 Αποτελέσματα ελέγχου t-test για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς το φύλο των νοσηλευτών.....	52
Πίνακας 6 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς την ηλικία των νοσηλευτών.....	53
Πίνακας 7 Αποτελέσματα ελέγχου t-test για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών	54
Πίνακας 8 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών.....	55
Πίνακας 9 Αποτελέσματα ελέγχου t-test για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς το καθεστώς εργασίας των νοσηλευτών.....	56
Πίνακας 10 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς την προϋπηρεσία των νοσηλευτών.....	57
Πίνακας 11 Περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας (1=Διαφωνών απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα).....	58
Πίνακας 12 Αποτελέσματα προς τα πίσω (backward) παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα αποτελέσματα της ποιότητας και ανεξάρτητες τα χαρακτηριστικά που αφορούν την υιοθέτηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας	60

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Εικόνα 1.1. Κύκλος «Plan-Do-Check-Act για την διασφάλιση της ποιότητας.....	20
Εικόνα 1.2. Κύκλος διασφάλισης ποιότητας στην υγεία των Brown et al (1989)	22

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

1.1. Σύντομο θεωρητικό πλαίσιο

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η διασφάλιση ποιότητας (quality assurance), αποτελεί μια μέθοδο διαχείρισης στις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς, η οποία ορίζεται ως *«το σύνολο εκείνων των προγραμματισμένων και συστηματικών ενεργειών που απαιτούνται για την παροχή επαρκούς εμπιστοσύνης ότι ένα προϊόν, μια υπηρεσία ή ένα αποτέλεσμα, θα ικανοποιήσει συγκεκριμένες απαιτήσεις ποιότητας και θα είναι κατάλληλο για χρήση»* (WHO, 2000, σ. 1).

Με απλά λόγια η διασφάλιση ποιότητας μπορεί να θεωρηθεί ως μια συστηματική διαδικασία ελέγχου για να διαπιστωθεί εάν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία που αναπτύσσεται ή παρέχεται ικανοποιεί συγκεκριμένες απαιτήσεις. Μια τέτοια διαδικασία, αν είναι καλά σχεδιασμένη, θα αυξήσει την εμπιστοσύνη των πελατών και την αξιοπιστία των οργανισμών και επιχειρήσεων, θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών της εργασίας και θα επιτρέψει στις επιχειρήσεις να ανταγωνίζονται καλύτερα. Επομένως, η διασφάλιση ποιότητας είναι ένα σύστημα που οδηγείται από πολλαπλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα έχουν κεντρικό ρόλο (Busari, 2012).

Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας, επικεντρώνεται στην εγγύηση της παροχής και της διατήρησης ενός υψηλού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Όταν οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τον πάροχο φροντίδας είναι σύμφωνες με αυτό αναμένουν οι παραλήπτες, δηλαδή με τις προσδοκίες των ασθενών, τότε θεωρείται ότι υπάρχει η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη (De Jonge et al, 2011; Busari, 2012). Στη διαδικασία της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, είναι προφανές ότι υπάρχει ανάγκη για ποιότητα στο είδος της φροντίδας (που παρέχεται). Παράλληλα τα προκαθορισμένα πρότυπα σε αυτή τη διαδικασία πρέπει να προσδιοριστούν και να καθοριστούν ως απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιηθούν και να διατηρηθούν (Offei, Bannerman και Kyeremeh, 2004).

Στο πλαίσιο αυτό οι επιχειρήσεις του τομέα της υγείας, υιοθετούν προγράμματα ή συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, τα οποία στην ουσία συνιστούν ένα σύνολο

δραστηριοτήτων, οι οποίες αποσκοπούν στην επίτευξη των απαιτούμενων προτύπων ποιότητας (De Jonge et al, 2011) Ο σχεδιασμός των συστημάτων αυτών, απαιτεί πρωτίστως τη θέσπιση προτύπων σχετικά με την ποιότητα στους οργανισμού. Οι τελικοί χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών, δηλαδή οι ασθενείς στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, είναι τα μέρη τα οποία καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό αυτά τα πρότυπα ποιότητας (WHO, 2000).

Από την άλλη το προσωπικό των μονάδων υγείας, από την ηγεσία μέχρι τις κατώτερες βαθμίδες, θα πρέπει να δεσμεύονται στην εφαρμογή των προτύπων ποιότητας και των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, ωστόσο αυτό απαιτεί πρωτίστως τη γνώση του τι σημαίνει η ποιότητα στις μονάδες υγείας, αλλά και την παροχή της κατάλληλης εκπαίδευσης για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς (Mwachofi, Walston και Al-Omar, 2011).

Οι νοσηλευτές για παράδειγμα, έχουν αναμφίβολα σημαντικό ρόλο στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών, και συνεπώς και στην αποτελεσματική εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας (Busari, 2012). Ωστόσο οι απόψεις τους σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και σχετικά με τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας έχει βρεθεί σε προηγούμενες έρευνες, ότι μπορεί να επηρεάζουν το έργο τους, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο παρέχουν περίθαλψη στους ασθενείς (Lundqvist και Axelsson, 2007; El-Jardali et al, 2008).

Εκτός από τις απόψεις αυτές, μια σειρά άλλων παραγόντων, όπως οι συνθήκες εργασίας και η ικανοποίηση από την εργασία, φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η ικανοποίηση από την εργασία ή η εργασιακή ικανοποίηση (job satisfaction) αναφέρεται σε μια ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που προκύπτει από την εκτίμηση της εργασίας ή των εμπειριών της εργασίας, ως προς την επίτευξη των επαγγελματικών και προσωπικών στόχων του ατόμου (Ioannou et al, 2015). Όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση από την εργασία, τόσο πιο πιθανό είναι ότι ένα άτομο θα διαδραματίσει ενεργό ρόλο στην εκπλήρωση των οργανωτικών στόχων (Hamid et al, 2014). Ειδικότερα για τους νοσηλευτές, έχειδειχθεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία, όχι μόνο μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και την ασφάλεια τους (Mwachofi, Walston και Al-Omar, 2011).

Θα πρέπει να ειπωθεί ότι η διασφάλιση της ποιότητας στην ιατρική πρακτική υπάρχει άτυπα, από την εποχή της ιατρικής σχολής του Ιπποκράτη, ο οποίος άλλαξε τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ασχολούνταν με τις ασθένειες. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που περιέγραψε και διέγινωσε ασθένειες με συστηματικό τρόπο και γενικά αναφέρεται ως ο «Πατέρας της Δυτικής Ιατρικής». Από τότε ο ιατρικός κόσμος έχει περάσει από μια σειρά αλλαγών, που κάθε φορά είχαν σημαντικό αντίκτυπο στον τρόπο άσκησης της ιατρικής. Τελικά, αυτό οδήγησε στην σύγχρονη κουλτούρα της ιατρικής που βασίζεται στην τεχνολογία, όπου ο ιατρικός κόσμος, υποστηριζόμενος από πολλούς άλλους τομείς όπως η βιοχημεία, η τεχνολογία της πληροφορίας, η φαρμακολογία και η ιατρική τεχνολογία, έχουν εστιάσει στη βέλτιστη φροντίδα για κάθε άτομο – ασθενή. Όλες οι προσπάθειες των ενδιαφερομένων φορέων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στοχεύουν στην επίτευξη του ίδιου στόχου, δηλαδή στην εξασφάλιση της υψηλότερης ποιότητας της φροντίδας για κάθε ασθενή. Έτσι, γίνεται σαφές ότι η ποιότητα είναι βαθιά ενσωματωμένη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (De Jonge et al, 2011).

1.2. Σκοπός εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει, τις αντιλήψεις και τις απόψεις των νοσηλευτών των μονάδων υγείας στην Ελλάδα, σχετικά με τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησης των Ελλήνων νοσηλευτών και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία.

1.3. Σημαντικότητα θέματος

Το περιβάλλον της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, αντιμετωπίζει τα τελευταία χρόνια πολλές προκλήσεις, λόγω των μειώσεων των πληρωμών και του αυξημένου φόρτου εργασίας, ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης. Το περιβάλλον αυτό, έχει ασκήσει σημαντικές πιέσεις στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα, αλλά και στο ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων υγείας, επηρεάζοντας την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

Ειδικότερα οι νοσηλευτές, ως αναπόσπαστο μέρος των μονάδων υγείας, έχουν κεντρικό ρόλο στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς και είναι σημαντικό να μελετώνται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τους από την εργασία, από τη στιγμή που, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Από την άλλη οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες είναι εξίσου σημαντικές, επειδή μπορεί επίσης να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα είναι επίσης σημαντικά για τους παρόχους υγείας, για την εφαρμογή ενδεχόμενων βελτιώσεων στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας.

1.4. Μεθοδολογία

Η κάλυψη του σκοπού της εργασίας, πραγματοποιείται αρχικά σε θεωρητικό επίπεδο, μέσα από την ανασκόπηση, της ελληνικής, αλλά κυρίως της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας περιλαμβάνει την αναζήτηση πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων πάνω στο θέμα των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας και στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Για τη συλλογή των δεδομένων αυτών πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε έγκυρες βάσεις επιστημονικών δεδομένων, όπως οι Science Direct, Scopus, Pubmed και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά για την αναζήτηση των σχετικών επιστημονικών άρθρων ήταν: «quality management», «nursing perception», «quality assurance», «ISO» και «job satisfaction», σε συνδυασμό με τον όρο «healthcare».

Στην συνέχεια το θέμα διερευνάται σε εμπειρικό επίπεδο, μέσα από την διεξαγωγή πρωτογενούς ποσοτικής έρευνας σε ένα δείγμα νοσηλευτών σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, αλλά και οι απόψεις τους σχετικά με τον βαθμό στον οποίο τα προγράμματα στις μονάδες υγείας, συνεισφέρουν στην βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας στους ασθενείς.

1.5. Διάρθρωση εργασίας

Για την καλύτερη παρουσίαση του θέματος, η παρούσα εργασία δομήθηκε σε έξι συνολικά κεφάλαια.

Το πρώτο και εισαγωγικό κεφάλαιο, παρουσιάζει το σύντομο θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, τον σκοπό της έρευνας, τη σημαντικότητα του θέματος, και την ακολουθούμενη μεθοδολογία.

Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελεί την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Τα σημαντικότερα θέματα στα οποία εστιάζει η ανασκόπηση είναι οι διαστάσεις της ποιότητας στην υγείας, η διαχείριση της ποιότητας στην υγεία, η διασφάλιση και τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία, οι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών καθώς και οι απόψεις των νοσηλευτών για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας.

Το τρίτο κεφάλαιο καταγράφει την μεθοδολογία της εμπειρικής έρευνας, και συγκεκριμένα τα ερευνητικά κενά, τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα, την ακολουθούμενη μεθοδολογία, το δείγμα, το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο) για την συλλογή των δεδομένων, τον τρόπο που σχεδιάστηκε η έρευνα, αλλά και τους περιορισμούς της έρευνας.

Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας, ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο καταγράφονται τα σημαντικότερα συμπεράσματα. Τέλος στο έκτο κεφάλαιο γίνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Κεφάλαιο 2^ο: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

2.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας στην υγεία

Η ποιότητα είναι ένας πολυεπίπεδος και σύνθετος όρος, του οποίου η εννοιολογική απόδοση εξαρτάται από την οπτική γωνία που εξετάζεται, καθώς από τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή. Η ποιότητα μπορεί να οριστεί είτε ως αποτέλεσμα, είτε ως ιδιότητα, είτε ως διαδικασία, με αποτέλεσμα μέχρι σήμερα να της έχουν αποδοθεί διαφορετικοί ορισμοί στο χώρο της υγείας, χωρίς να υπάρχει ένας πλέον αποδεκτός ορισμός στη βιβλιογραφία. Παρ' όλα αυτά υπάρχει συμφωνία στην άποψη ότι η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών, δεν μπορεί να βρίσκεται αποκλειστικά στα αποτελέσματα, αλλά και στην διαδικασία της παράδοσης της υγειονομικής περίθαλψης (Morris, 1989; Talib, Rahman και Qureshi, 2010).

Για την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη δεν έχει αναπτυχθεί μέχρι σήμερα ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής στις ΗΠΑ (Institute of Medicine – IOM), *«η ποιότητα της φροντίδας στις μονάδες υγείας ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα μεμονωμένα άτομα και τον πληθυσμό, αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις»* (Leggat, Bartram, Casimir και Stanton, 2010, σ. 356).

Σύμφωνα με τον Karoor (2011), η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη θα μπορούσε απλώς να οριστεί ως ο βαθμός συμμόρφωσης με τα προκαθορισμένα πρότυπα με βάση τις επικρατούσες γνώσεις και πρακτικές.

Η ποιότητα έχει επίσης σχετιστεί ευρέως με τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Οι δομές αναφέρονται στις εγκαταστάσεις και στους ανθρώπινους πόρους ενώ οι διαδικασίες αντιπροσωπεύουν τις διάφορες κλινικές, υποστηρικτικές και διοικητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παρόχων και των παραληπτών της φροντίδας. Τα αποτελέσματα αντανακλούν τις αλλαγές στην κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή την ανακούφιση από τα συμπτώματα μιας νόσου ή ιατρικής κατάστασης ή τη θεραπεία μιας νόσου. Η μείωση της νοσηρότητας ή / και της θνησιμότητας, η πρόληψη ασθενειών ή ατυχημάτων και η ικανοποίηση των

ασθενών αντιπροσωπεύουν επίσης αποτελέσματα. Το επίκεντρο όλων των ποιοτικών προσπαθειών πρέπει να είναι τα αποτελέσματα που παράγονται (Karoor, 2011).

Στο παραπάνω πλαίσιο κινούνται και οι προσπάθειες για την μέτρηση της ποιότητας στις μονάδες υγείας, δηλαδή στη μέτρηση των αποτελεσμάτων. Σε πρακτικό επίπεδο, στις διάφορες έρευνες η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αξιολογείται με βάση τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών, την μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών (συχνότερα οι επιπτώσεις στα σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής), την μείωση της εμφάνισης επιπλοκών, αλλά και με βάση την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Leggat, Bartram, Casimir και Stanton, 2010).

Μεταξύ αυτών, η ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται να είναι ο πιο αξιόπιστος. Σύμφωνα με τον Karoor (2011), ως παραλήπτες της φροντίδας, οι ασθενείς είναι η μόνη πηγή πληροφοριών, για το αν αντιμετωπίστηκαν με αξιοπρέπεια και σεβασμό. Η συλλογή και η καταγραφή των εμπειριών τους, μπορούν να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες στους παρόχους υγείας, σχετικά με για τα χαρακτηριστικά του συστήματος περίθαλψης που απαιτούν βελτιώσεις. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ποιότητα υπό το πρίσμα της προσβασιμότητας και της προσιτότητας της υγειονομικής περίθαλψης, της ταχύτητας παράδοσης, της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπείας, διασφαλίζοντας έτσι την έγκαιρη επιστροφή στις καθημερινές παραγωγικές διαδικασίες και ότι αντιμετωπίζεται με ενσυναίσθηση, σεβασμό και ανησυχία (Karoor, 2011).

Ωστόσο το πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο σχετικά με την αποσαφήνιση της ποιότητας στην υγεία φαίνεται ότι παρέχεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization-WHO). Σύμφωνα με τον WHO (2006) η ποιότητα έχει έξι βασικές διαστάσεις, οι οποίες είναι η αποδοτική παράδοση των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματική παράδοση των υπηρεσιών υγείας, η προσιτότητα για όλους τους ασθενείς, η περίθαλψη που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή, η ισότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και η ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αποτελεσματικότητα στην παράδοση των υπηρεσιών υγείας σημαίνει ότι οι υπηρεσίες θα πρέπει να παραδίδονται με βάση την τρέχουσα πρακτική η οποία βασίζεται σε στοιχεία της επιστημονικής έρευνας, προκειμένου να οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα για την υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων, με βάση τις ανάγκες τους. Η αποδοτικότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής

περίθαλψης σημαίνει ότι θα πρέπει να παραδίδεται με τρόπο, κατά τον οποίο θα μεγιστοποιείται η χρήση των πόρων. Η προσιτότητα σημαίνει ότι η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να παρέχεται έγκαιρα, ανεξάρτητα από την γεωγραφική τοποθεσία και σε ένα περιβάλλον όπου οι δεξιότητες και οι πόροι είναι κατάλληλοι στις ανάγκες. Η επικέντρωση στον ασθενή σημαίνει ότι κατά την παροχή της παρέχοντας υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, οι προσδοκίες και οι προτιμήσεις των ασθενών, καθώς να είναι σεβαστές οι κουλτούρες των κοινοτήτων τους, ως προς το θέμα αυτό. Η ισότητα σημαίνει ότι η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να παραδίδεται σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η γεωγραφική θέση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Τέλος η ασφάλεια σημαίνει ότι η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να παραδίδεται με τρόπο, με τον οποίο θα ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι και οι βλάβες στους ασθενείς (WHO, 2006).

Όλες οι παραπάνω διστάσεις είναι επίσης ευρέως συζητημένες και από άλλους ερευνητές, στο πλαίσιο της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης, ενώ πολλές από αυτές τείνουν να συνδέονται. Για παράδειγμα ο Regmi (2012) αναφέρει ότι η αποτελεσματικότητα στην παράδοση των υπηρεσιών υγείας, δεν σημαίνει μόνο ότι η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να παραδίδεται με βάση την τρέχουσα επαγγελματική πρακτική, αλλά και ότι θα πρέπει να υπάρχει συνέχεια η παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες, τις απαιτήσεις και τα συμφέροντα των ασθενών και της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι De Longe et al (2011), τονίζουν επίσης ότι η ποιότητα είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ασφάλεια, καθώς η βέλτιστη ασφάλεια των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον ασθενή. Όταν διασφαλίζεται η ποιότητα όλων των διαδικασιών που παρέχονται στον ασθενή, οι πιθανές απειλές – κίνδυνοι για την υγεία θα ελαχιστοποιούνται. Η ελαχιστοποίηση των ιατρικών λαθών είναι πολύ σημαντική στο πλαίσιο αυτό. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, ένα σημαντικό ορόσημο στην μετάβαση στο κίνημα ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στη δεκαετία του 90, ήταν μια δημοσίευση του IOM στις ΗΠΑ με τίτλο «The error is human: building a safer health system» (Το λάθος είναι ανθρώπινο: χτίζοντας ένα ασφαλέστερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης). Όπως τονίζουν οι ερευνητές, με τη δημοσίευση αυτής της έκθεσης, η ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη έλαβε σταθερά κορυφαία προτεραιότητα για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στις

ΗΠΑ. Στην έκθεση αυτή δείχθηκε ότι έως και 98.000 θάνατοι ετησίως σημειώνονται στις ΗΠΑ λόγω ιατρικών σφαλμάτων, με αποτέλεσμα το ανθρώπινο σφάλμα, να συγκαταλέγεται στις 10 πρώτες αιτίες θανάτων. Υπογραμμίζοντας τα ιατρικά σφάλματα, είτε ανθρώπινα είτε των συστημάτων, μελετήθηκαν και εφαρμόστηκαν πολλά πρωτόκολλα ασφάλειας, σχέδια ασφάλειας και σχετικές νομοθεσίες. Έκτοτε, έχουν προταθεί συγκεκριμένα αποτελέσματα ως δείκτες ποιότητας για την παρεχόμενη περίθαλψη (De Jonge, 2011).

2.2. Διαχείριση ποιότητας στην υγεία

Η κλινική διακυβέρνηση και οι καλύτερες πρακτικές διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων είναι σημαντικές πτυχές στις τρέχουσες πολιτικές υγείας, που δίνουν έμφαση στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους είναι σημαντικό να βελτιωθεί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της λογοδοσίας των επαγγελματιών υγείας και των διαχειριστών της υγείας, της αποδοτικότητας στην χρήση των πόρων, του εντοπισμού και της ελαχιστοποίησης των ιατρικών σφαλμάτων, με ταυτόχρονη μεγιστοποίηση της παροχής αποτελεσματικής περίθαλψης και βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για τους ασθενείς. Ειδικότερα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης ρουτίνας, πολλές διαδικασίες συμβαίνουν ταυτόχρονα και περιλαμβάνουν πολλές επαγγελματικές λειτουργίες στον οργανισμό υγείας. Οι διεργασίες μπορούν να προκαλέσουν αναποτελεσματικότητα λόγω προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την εκτέλεση ή τη μετάβαση από ένα βήμα στο επόμενο. Η ανεπάρκεια σε μια διαδικασία συχνά προκύπτει από περιττά βήματα που προσθέτουν πολυπλοκότητα, απόβλητα και επιπλέον εργασία σε ένα σύστημα, μειώνοντας τελικά τη συνολική ποιότητα της περίθαλψης. Τα μοντέλα διαχείρισης της ποιότητας από τον βιομηχανικό τομέα, όπως οι απαιτήσεις από τους παρόχους επαγγελματικών ενώσεων, η αυξημένη εστίαση στις προοπτικές και την ικανοποίηση των πελατών, και η έμφαση στην επίτευξη αποτελεσματικότητας, έδωσαν μια ώθηση στην εισαγωγή αυτών των παρεμβάσεων διαχείρισης ποιότητας στον τομέα της υγείας (Komashie et al, 2007; Hill και Fredendall, 2016).

Σύμφωνα με τον Dodwad (2013), η διαχείριση της ποιότητας είναι πτυχή της συνολικής λειτουργίας διαχείρισης των μονάδων υγείας, που καθορίζει και εφαρμόζει

την πολιτική ποιότητας τους και περιλαμβάνει τον στρατηγικό σχεδιασμό, την κατανομή των πόρων και άλλες συστηματικές δραστηριότητες για την ποιότητα, όπως ο ποιοτικός σχεδιασμός, οι διαδικασίες και οι αξιολογήσεις, ενώ σύμφωνα με τους Martiz et al (2018), η διαχείριση ποιότητας υποστηρίζει τη βελτίωση της ποιότητας μέσω της συστηματικής κατανόησης των πελατών, των διαδικασιών και των ανταγωνιστών, εξασφαλίζοντας ότι οι υπηρεσίες προσφέρουν υψηλή αξία.

Μια πολιτική ή ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας, το οποίο εφαρμόζεται σε μια μονάδα υγείας, στον πλαίσιο της διαχείρισης της ποιότητας, περιλαμβάνει στην ουσία τον προγραμματισμό, σχεδιασμό, εφαρμογή και έλεγχο των διαδικασιών ποιότητας με βάση πέντε βασικούς άξονες, οι οποίοι είναι οι άνθρωποι, οι διαδικασίες, τα υλικά, τα μηχανήματα (εξοπλισμός) και οι πόροι (Goetsch και Davis, 2014). Σε κάθε έναν από τους τομείς αυτούς, σχεδιάζονται και εφαρμόζονται στις μονάδες υγείας οι βέλτιστες πρακτικές διαχείρισης, οι οποίες συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας σε κάθε τομέα. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από ένα σύστημα τεκμηρίωσης, στο οποίο θα καταγράφονται και θα τεκμηριώνονται όλες οι διαδικασίες που ακολουθούνται (Hill και Fredendall, 2016).

Στο πλαίσιο αυτό έχουν μέχρι σήμερα αναπτυχθεί ένα σύνολο μοντέλων διαχείρισης της ποιότητας, τα οποία στην ουσία αποτελούν πρακτικές και πολιτικές διαχείρισης ποιότητας. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, οι Martiz et al (2018) συγκέντρωσαν και κατέγραψαν 64 διαφορετικά μοντέλα διαχείρισης της ποιότητας που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα, τόσο μέσα από τη βιβλιογραφία, όσο και από οργανισμούς διαπίστευσης της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας.

Αναμφίβολα εξαιρετική θέση μεταξύ αυτών των μοντέλων έχει η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) ενσωματώνει τις έννοιες της ποιότητας του προϊόντος, του ελέγχου των διαδικασιών, της διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της ποιότητας. Ως εκ τούτου, είναι ο έλεγχος όλων των διαδικασιών μετασχηματισμού ενός οργανισμού για την καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών των πελατών με τον πιο οικονομικό τρόπο (Mosadeghrad, 2014). Οι βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, όπως έχουν προταθεί από τον οργανισμό διαπίστευσης της ποιότητας ISO (2017) και έχουν προσαρμοστεί στους οργανισμούς υγείας από τον Dodwad, (2013) είναι:

- [1] Η αρχή που αφορά τους ασθενείς, σύμφωνα με την οποία, οι οργανισμοί εξαρτώνται από τους ασθενείς, και ως εκ τούτου πρέπει να κατανοούν τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες τους, να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις τους και προσπαθούν να ξεπεράσουν τις προσδοκίες τους.
- [2] Η αρχή που αφορά την ηγεσία, σύμφωνα με την οποία, οι ηγέτες είναι αυτοί που καθορίζουν τον σκοπό και τις κατευθύνσεις του οργανισμού υγείας. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να δημιουργούν και να διατηρούν το εσωτερικό περιβάλλον στο οποίο οι άνθρωποι μπορούν να συμμετάσχουν πλήρως στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού.
- [3] Η αρχή που αφορά τους εργαζομένους και τη συμμετοχή τους, σύμφωνα με την οποία, οι άνθρωποι σε όλα τα επίπεδα αποτελούν την ουσία ενός οργανισμού και η πλήρης συμμετοχή τους καθιστά δυνατή τη χρήση των ικανοτήτων τους προς όφελος του οργανισμού.
- [4] Η αρχή που αφορά τις διαδικαστικές προσεγγίσεις, σύμφωνα με την οποία, το επιθυμητό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματικά όταν οι δραστηριότητες και οι σχετικοί πόροι διαχειρίζονται ως διαδικασίες.
- [5] Η αρχή που αφορά την συστηματική προσέγγιση στη διαχείριση, σύμφωνα με την οποία η αναγνώριση, η κατανόηση και η διαχείριση των αλληλένδετων διαδικασιών, ως ενιαίου συστήματος, συμβάλλει στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού υγείας για την επίτευξη των στόχων του.
- [6] Η αρχή της συνεχούς βελτίωσης, σύμφωνα με την οποία η συνεχής βελτίωση της συνολικής απόδοσης του οργανισμού πρέπει να αποτελεί μόνιμο στόχο του οργανισμού υγείας.

Η έρευνα δείχνει ότι κάθε μία από τις αρχές διαχείρισης της ποιότητας έχει σημαντικό αντίκτυπο στην οργανωτική αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα και στην βελτίωση της ποιότητας, στις μονάδες υγείας. Μεγάλος αριθμός από αυτές τις μελέτες έχουν δείξει ισχυρές και θετικές σχέσεις της ΔΟΠ με τις ποιοτικές επιδόσεις στις μονάδες υγείας, όπως αυτές αποτιμώνται με βάση την βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών (Ferrand et al, 2016), αλλά και την εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού (Sweis et al, 2013), την βελτιωμένη εσωτερική επικοινωνία (Angst et al,

2012), τη καλύτερη και αποδοτικότερη επίλυση προβλημάτων (Shariff και Puteh, 2017) και την μείωση των σφαλμάτων (Fadden et al, 2015).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας (Continuous quality improvement) είναι μια ακόμα πολυσυζητημένη πρακτική διαχείρισης ποιότητας, η οποία επικεντρώνεται στον διαχωρισμό του συστήματος ποιότητας σε επιμέρους διαδικασίες, και στη συνέχεια στον διαχωρισμό των διαδικασιών αυτών σε εισροές. Κάθε διαδικασία έχει έναν κατάλογο εισροών που μπορούν να διαχωριστούν σε πέντε κατηγορίες: οι άνθρωποι, οι μηχανές, οι μέθοδοι, το υλικό και το περιβάλλον. Οι άνθρωποι είναι μια πολύ σημαντική εισροή στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας και η μάθηση θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία για αυτούς. Οι μονάδες υγείας θα πρέπει στο πλαίσιο αυτό να παρέχουν στους εργαζομένους συνεχείς ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης και να προάγουν ένα ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον (Dodwad, 2013). Ομοίως οι πρωτοβουλίες συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες υγείας έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, μείωση των ιατρικών σφαλμάτων και βελτίωση της ασφάλειας στις διαδικασίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, παράγοντες οι οποίοι στο σύνολο τους αποτελούν σημαντικούς δείκτες της ποιότητας στις μονάδες υγείας (Fadden et al, 2015).

Λοιπά μοντέλα διαχείρισης της ποιότητας στις μονάδες υγείας τα οποία περιγράφονται από τους Martiz et al (2018) είναι το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας (EFQM), οι πρακτικές του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης ISO, το μοντέλο Donabedian, η λιτή διαχείριση (lean management), το βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige (MBQA), οι τεχνικές 6σ (6 σίγμα), το μοντέλο της Μεικτής Επιτροπής για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγειονομικής Περίθαλψης (JCAHO), τον μοντέλο της Στρατηγικής Συνεργασίας της Διαχείρισης Ποιότητας (SCQM), τα δίκτυα συνεργατικής βελτίωσης, το Δανικό μοντέλο ποιότητας, και πολλά άλλα.

2.3. Διασφάλιση ποιότητας στην υγεία

Η διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας, αλλά και γενικότερα, είναι ένα πεδίο, το οποίο έχει εξελιχθεί και αναπτυχθεί με την πάροδο των, με αποτέλεσμα να έχουν αναπτυχθεί διάφοροι ορισμοί της διασφάλισης της ποιότητας. Ο Donabedian

(2002) ορίζει την διασφάλιση ποιότητας στον τομέα της υγείας πολύ γενικά, ως σύνολο των ρυθμίσεων και των δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στη διασφάλιση, τη διατήρηση και την προώθηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι Ruelas και Frenk (1989) παρόμοια ορίζουν τη διασφάλιση ποιότητας ως μια συστηματική διαδικασία για τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της πραγματικής απόδοσης και των επιθυμητών αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας, ενώ οι Palmer et al (1984) σε έναν από τους πρώτους ορισμούς για την διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας, αναφέρουν ότι πρόκειται για μια διαδικασία μέτρησης της ποιότητας, ανάλυσης των ελλείψεων που ανακαλύφθηκαν και λήψης μέτρων για τη βελτίωση της απόδοσης, ακολουθούμενη από την εκ νέου μέτρηση της ποιότητας για να διαπιστωθεί αν έχει επιτευχθεί βελτίωση. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, πρόκειται για μια συστηματική, κυκλική δραστηριότητα με τη χρήση προτύπων μέτρησης.

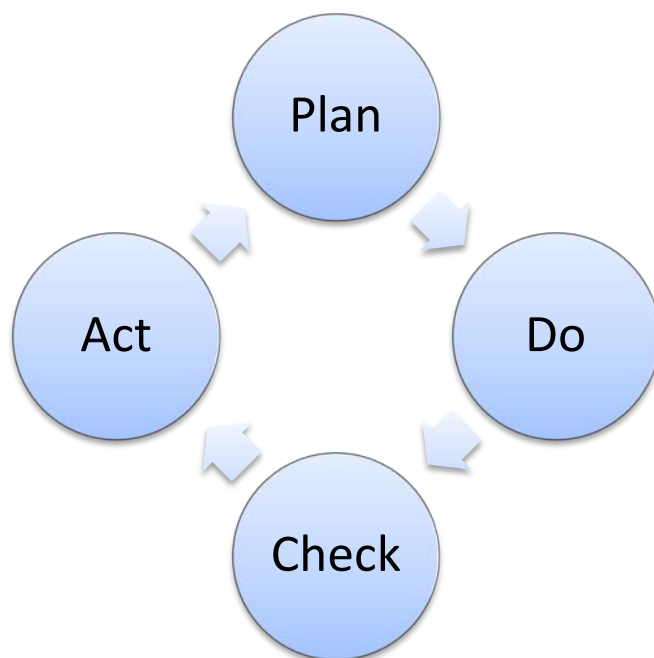
Ο Berwick (2002), στο πλαίσιο της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες υγείας, όρισε την διασφάλιση ποιότητας ως μια ολοκληρωμένη οργανωτική προσέγγιση για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών, τόσο από τη διοίκηση όσο και από το προσωπικό, βελτιώνοντας ταυτόχρονα τις διαδικασίες και τις υπηρεσίες, χρησιμοποιώντας ποσοτικές τεχνικές και εργαλεία ανάλυσης. Σύμφωνα με τον ίδιο πρόκειται για έναν συστηματικό διαχειριστικό μετασχηματισμό, σχεδιασμένο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις ευκαιρίες όλων των οργανισμών, καθώς προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις αυξανόμενες αλλαγές, την πολυπλοκότητα και την ένταση του περιβάλλοντος τους.

Όλοι οι παραπάνω ορισμοί, φαίνεται ότι μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα, το γεγονός ότι η διασφάλιση ποιότητας αναφέρεται σε μια συστηματική, συνεχή διαδικασία που προσανατολίζεται προς τη βελτίωση των επιδόσεων και τη χρήση δεδομένων στη διαδικασία, είτε σιωπηρά είτε ρητά. Στην ουσία, η διασφάλιση της ποιότητας είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων που εκτελούνται για τον καθορισμό προτύπων και για την παρακολούθηση και τη βελτίωση των επιδόσεων, έτσι ώστε η φροντίδα που παρέχεται να είναι όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική και ασφαλής (Brown et al, 1998).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ο ορισμός της διασφάλισης ποιότητας μπορεί να είναι εξαιρετικά ευρύς και έτσι η διασφάλιση ποιότητας μπορεί να περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες διαχείρισης προγραμμάτων, από την εφαρμοσμένη έρευνα μέχρι

τις ολοκληρωμένες αξιολογήσεις της διαχείρισης και τις παρεμβάσεις. Στην πράξη, το εύρος μιας προσπάθειας διασφάλισης ποιότητας εξαρτάται από τις ανάγκες και τις ικανότητες του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνήθως, ένα σύστημα ή μια πολιτική διασφάλισης της ποιότητας θα αναπτυχθεί ως μια περιορισμένη δραστηριότητα που θα είναι ενσωματωμένη στο υπάρχον σύστημα διαχείρισης. Ωστόσο, εάν ένας οργανισμός επιθυμεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, η πρωτοβουλία της διασφάλισης της ποιότητας μπορεί να αναπτυχθεί ως στοιχείο μιας γενικής προσπάθειας βελτίωσης της διαχείρισης ή ενός συνολικού συστήματος διαχείρισης ποιότητας (De Jonge, 2011).

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι μια συνεχής διαδικασία. Σύμφωνα με τον De Jonge, (2011), ο συνολικός χαρακτήρας της διασφάλισης της ποιότητας θα πρέπει να συνοδεύεται από συνεχή παρακολούθηση και συνεχή ανατροφοδότηση σχετικά με το αν οι υιοθετηθείσες βελτιώσεις ήταν αποτελεσματικές. Μια αρχή ποιότητας που συνήθως παρατηρείται στο πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας, είναι ο κύκλος «Plan-Do-Check-Act» (κύκλος PDCA), ένα πλαίσιο το οποίο προτάθηκε στη δεκαετία του 1950 από τον Δρ W. Edward Deming, προκειμένου να απεικονίσει τον συνεχή χαρακτήρα της διασφάλισης της ποιότητας.

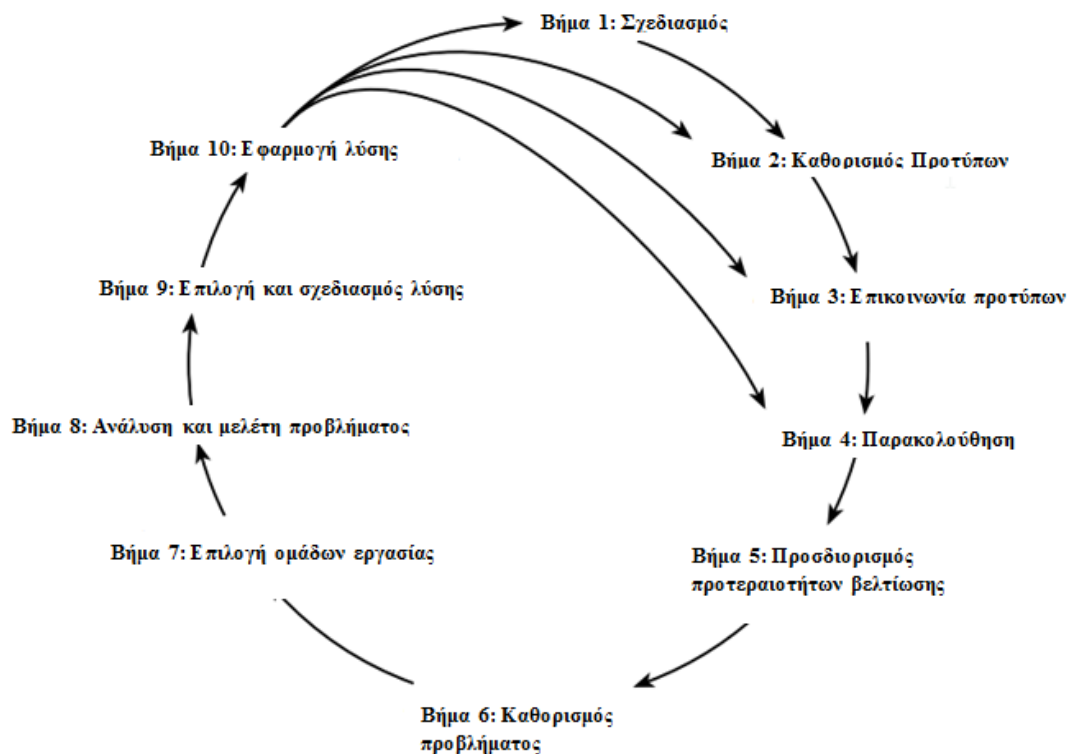


Εικόνα 1.1. Κύκλος «Plan-Do-Check-Act για την διασφάλιση της ποιότητας

Ο κύκλος αυτός περιλαμβάνει τέσσερα στάδια, τα οποία είναι: 1) ο σχεδιασμός (Plan), στο οποίο ο οργανισμός σχεδιάζει ενεργά βελτιώσεις, 2) η εφαρμογή (Do), στο οποίο υλοποιούνται οι προγραμματισμένες δραστηριότητες, 3) ο έλεγχος (Check), όπου γίνεται παρακολούθηση, π.χ. ανάλυση των αποτελεσμάτων, και τέλος 4) η δράση (Act), στο οποίο, ένα σχέδιο δράσης αναδιατυπώνεται εάν δεν επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα ή πρότυπα. Μία από τις σημαντικές πτυχές αυτού του κύκλου είναι η ανάδραση των αποτελεσμάτων σε πραγματικό χρόνο. Η μεθοδολογία PDCA έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλούς τομείς της βιομηχανίας, όπου και τελικά υιοθετήθηκε και στον τομέα της υγείας, στα αντίστοιχα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας (Taylor et al, 2013).

Οι Taylor et al (2013), σε ένα περισσότερο πρακτικό πλαίσιο, αναφέρουν επίσης ότι οι παρεμβάσεις διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία, που βασίζονται στο Plan-Do-Check-Act, είναι πολύπλοκες και πολύπλευρες και προκειμένου ένα τέτοιο πλαίσιο να είναι αποτελεσματικό, κάθε βήμα θα πρέπει να αναπτύσσεται και να εφαρμόζεται διαδοχικά, προσαρμοζόμενο πάντα στο τοπικό πλαίσιο και ανταποκρινόμενο σε απρόβλεπτα εμπόδια και απρόβλεπτα αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον ίδιο, η εύρεση αποτελεσματικών μεθόδων διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας, είναι απαραίτητη για την παροχή υψηλής ποιότητας και υψηλού επιπέδου φροντίδας σε ένα οικονομικά περιορισμένο περιβάλλον, όπως είναι αυτό του τομέα της υγείας.

Στη βιβλιογραφία έχουν επίσης αναπτυχθεί προσεγγίσεις περισσότερων βημάτων για τη διαδικασία της διασφάλισης ποιότητας στην υγεία, όπως είναι για παράδειγμα αυτή των Brown et al, (1998), στην οποία υπάρχουν δέκα βήματα, σε μια κυκλική διαδικασία, όπως φαίνεται στην εικόνα 1.2.



Εικόνα 1.2. Κύκλος διασφάλισης ποιότητας στην υγεία των Brown et al (1989)

Στο πρώτο βήμα ο οργανισμός προετοιμάζεται για να πραγματοποιήσει τις δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας. Ο προγραμματισμός των διαδικασιών ξεκινά με μια ανασκόπηση του εύρους της φροντίδας που παρέχεται, για τον προσδιορισμό των υπηρεσιών που πρέπει να βελτιωθούν. Για τους περισσότερους οργανισμούς, είναι αδύνατο να βελτιωθεί ταυτόχρονα η ποιότητα σε όλους τους τομείς. Αντ' αυτού, οι δραστηριότητες διασφάλισης ποιότητας ξεκινούν σε λίγους κρίσιμους τομείς, συνήθως σε αυτούς, που είναι επιρρεπείς σε προβλήματα. Στη συνέχεια επιλέγεται μια προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας, ανατίθενται οι ευθύνες στους διαχειριστές ποιότητας της μονάδας υγείας και καθορίζεται η αποστολή του προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, με βάση το όραμα και την αποστολή του οργανισμού (Brown et al, 1998).

Στη συνέχεια στο δεύτερο βήμα, αυτό του καθορισμού των προτύπων, ένα πρότυπο αποτελεί μια δήλωση της ποιότητας που αναμένεται να επιτευχθεί στον οργανισμό. Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα προτύπων ποιότητας στους οργανισμούς υγείας, οδηγίες πρακτικής ή κλινικά πρωτόκολλα, διοικητικές διαδικασίες ή τυποποιημένες

διαδικασίες λειτουργίας, προδιαγραφές προϊόντων και πρότυπα απόδοσης (Brown et al, 1998).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες, ορισμένες φορές αποκαλούμενες κλινικά πρωτόκολλα ή παραμέτρους πρακτικής, καθορίζουν τον τρόπο διεξαγωγής κλινικών διαδικασιών όπως η προγεννητική φροντίδα ή η διαχείριση ασθενειών. Οι κατευθυντήριες γραμμές ορίζονται ως δηλώσεις που αναπτύσσονται συστηματικά για να βοηθηθούν οι ιατροί και οι αποφάσεις των ασθενών σχετικά με την λήψη της κατάλληλης θεραπείας σε συγκεκριμένες κλινικές περιστάσεις (Qaseem et al, 2012).

Οι διοικητικές διαδικασίες, ορισμένες φορές ονομάζονται και πρότυπες διαδικασίες λειτουργίας και καθορίζουν τις συνήθειες μη κλινικές διαδικασίες. Οι προδιαγραφές αφορούν συνήθως τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή τις εισροές υλικών όπως φάρμακα ή τεχνικό εξοπλισμό που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας (Brown et al, 1998).

Τα πρότυπα απόδοσης είναι συγκεκριμένα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του αποτελέσματος της παροχής υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων που την υποστηρίζουν. Χρησιμοποιούνται επίσης για τη μέτρηση της συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές. Τα πρότυπα αυτά διαφέρουν από τις οδηγίες ή τις τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας. Είναι σχεδιασμένα να αξιολογούν την πρακτική και όχι να βοηθούν τους επαγγελματίες και τους ασθενείς. Τα πρότυπα έχουν οριστεί ως έγκυρες δηλώσεις (1) ελάχιστων επιπέδων αποδεκτών επιδόσεων ή αποτελεσμάτων, (2) άριστα επίπεδα απόδοσης ή αποτελεσμάτων ή (3) εύρος αποδεκτών επιδόσεων ή αποτελεσμάτων. Τα πρότυπα μπορούν να σχετίζονται με τη διαδικασία της φροντίδας, με τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της υγείας ή της συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές. Ενώ τα αποτελέσματα για την υγεία είναι μερικές φορές δύσκολο και δαπανηρό να μετρηθούν, είναι συχνά πιθανό να παρακολουθούνται ενδιάμεσα αποτελέσματα, όπως η χρήση ή η κάλυψη στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Παραδείγματα κλινικών προτύπων απόδοσης στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να αποτελεί π.χ. το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν επιπλοκές μετά από χειρουργικές διαδικασίες (De Jonge, 2011).

Από τη στιγμή που θα καθοριστούν οι κατευθυντήριες οδηγίες, οι τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας και τα πρότυπα απόδοσης, αυτά θα πρέπει να γίνουν γνωστά

σε όλους τους εργαζόμενους και ολόκληρο το προσωπικό, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι κάθε εργαζόμενος στον τομέα της υγείας έχει καταλάβει τι αναμένεται από αυτόν. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό εάν η συνεχιζόμενη κατάρτιση και εποπτεία είναι αδύναμη ή αν οι κατευθυντήριες γραμμές και οι διαδικασίες έχουν αλλάξει πρόσφατα (Brown et al, 1998).

Στη συνέχεια η παρακολούθηση του συστήματος, έγκειται στη συστηματική συλλογή και την ανασκόπηση των δεδομένων που βοηθά να εκτιμηθεί κατά πόσο ακολουθούνται τα πρότυπα προγραμμάτων ή εάν βελτιώνονται τα αποτελέσματα. Με την παρακολούθηση βασικών δεικτών, οι διαχειριστές και οι επόπτες μπορούν να καθορίσουν εάν οι παρεχόμενες υπηρεσίες ακολουθούν τις καθορισμένες πρακτικές και επιτυγχάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Τα συστήματα παρακολούθησης και η αξιολόγηση βάσει δεικτών, είναι κεντρικά σε ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας και για το λόγο θα πρέπει και τα ίδια να παρακολουθούνται και να επανασχεδιάζονται όταν κρίνεται απαραίτητο (Brown et al, 1998).

Οι διαχειριστές των προγραμμάτων μπορούν επίσης να εντοπίζουν ευκαιρίες βελτίωσης της ποιότητας παρακολουθώντας και αξιολογώντας τις δραστηριότητες. Διάφορα μέσα στο στάδιο αυτό περιλαμβάνουν την υποβολή προτάσεων από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, την εκπόνηση αναλύσεων διαδικασιών συστήματος, την ανασκόπηση των σχολίων ή των καταγγελιών των ασθενών και την παραγωγή ιδεών μέσω της ανταλλαγής ιδεών ή άλλων τεχνικών ομάδας. Μόλις η ομάδα εντοπίσει διάφορα προβλήματα, θα πρέπει να θέσει προτεραιότητες βελτίωσης της ποιότητας, επιλέγοντας τους τομείς με τα περισσότερο σημαντικά προβλήματα. Αφού επιλεγεί το σημαντικό πρόβλημα, αυτό θα πρέπει να οριστεί, από την άποψη της διαφοράς της πραγματικής από την επιθυμητή απόδοση. Πρέπει να δηλωθεί με σαφήνεια πού αρχίζει και τελειώνει το πρόβλημα και πώς θα αναγνωριστεί ότι το πρόβλημα επιλύθηκε ή όχι (Brown et al, 1998).

Μόλις το προσωπικό της υγειονομικής μονάδας έχει χρησιμοποιήσει μια συμμετοχική προσέγγιση για την επιλογή και τον καθορισμό ενός προβλήματος, θα πρέπει να αναθέσει σε μια μικρή ομάδα να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα. Η ομάδα θα αναλύσει το πρόβλημα, θα αναπτύξει ένα σχέδιο βελτίωσης της ποιότητας και θα εφαρμόσει και θα αξιολογήσει την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας. Η επίτευξη μιας ουσιαστικής και βιώσιμης προσπάθειας βελτίωσης της ποιότητας εξαρτάται από

την κατανόηση του προβλήματος και των βασικών αιτιών του. Διάφορα εργαλεία όπως η μοντελοποίηση του συστήματος, τα διαγράμματα ροής και τα διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάλυση μιας διαδικασίας ή ενός προβλήματος. Μόλις εντοπιστούν αρκετά πιθανά αίτια, η ομάδα θα πρέπει να καθορίσει ποιες είναι οι πιο επιβλαβείς. Αντιμετωπίζοντας αυτές τις κρίσιμες αιτίες, μπορεί να επιτευχθεί σημαντική βελτίωση. Ως εκ τούτου θα πρέπει στη συνέχεια να αναπτυχθούν λύσεις και δράσεις για τη βελτίωση της ποιότητας. Η εφαρμογή των σχεδίων βελτίωσης της ποιότητας, στη συνέχεια απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό. Η ομάδα πρέπει να καθορίσει τους απαραίτητους πόρους και χρονοδιάγραμμα και να αποφασίσει ποιος θα είναι υπεύθυνος για την υλοποίηση. Πρέπει επίσης να αποφασίσει εάν η εφαρμογή θα πρέπει να ξεκινήσει με πιλοτική δοκιμασία σε περιορισμένη περιοχή ή θα πρέπει να ξεκινήσει σε μεγαλύτερη κλίμακα. Η όλη διαδικασία επαναλαμβάνεται μετά τον εντοπισμό ενός νέου προβλήματος (Brown et al, 1998).

2.4. Συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην υγεία

Στον τομέα της υγείας, αλλά και γενικότερα υπάρχουν διάφορα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν είτε περισσότερο απλές διαδικασίες όπως οι ποιοτικοί έλεγχοι και οι κύκλοι ποιότητας, έως πιο σύνθετες και οργανωμένες διαδικασίες, όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η εφαρμογή προτύπων πιστοποίησης αλλά και η διαπίστευση από διεθνής οργανισμούς αποτελούν εξίσου ζωτικό μέρος της διασφάλισης της ποιότητας στις μονάδες υγείας (Lee et al, 2012).

Η διαπίστευση είναι μια διαδικασία κατά την οποία ένας οργανισμός αξιολογείται βάσει ενός συνόλου προκαθορισμένων προτύπων. Προτίθεται να προωθήσει τη βελτίωση της ποιότητας μέσω ποικίλων προσεγγίσεων, και μπορεί να παρέχεται είτε από τις κυβερνητικές αρχές υγείας, είτε εθελοντικά, είτε με πρωτοβουλία ανεξάρτητων φορέων διαπίστευσης (El-Jardali et al, 2008). Στην διαδικασία αυτή, εκπαιδευμένοι εξωτερικοί αξιολογητές αξιολογούν τη συμμόρφωση μιας μονάδας υγείας και τη συγκρίνουν με τα προκαθορισμένα πρότυπα απόδοσης. Τα πρώτα πρότυπα ποιότητας που εφαρμόστηκαν ποτέ σε μονάδες υγείας, ήταν στις ΗΠΑ, τα «Ελάχιστα Πρότυπα για τα Νοσοκομεία» που αναπτύχθηκαν από το Αμερικανικό

Κολέγιο Χειρουργών το 1917. Μετά τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο, το αυξημένο παγκόσμιο εμπόριο μεταποιημένων προϊόντων οδήγησε στη δημιουργία του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (ISO) το 1947. Το ISO είναι ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης που έχει μέλη από χώρες σε όλο τον κόσμο. Μέχρι σήμερα έχει αναπτύξει περίπου 19000 διεθνή πρότυπα και αναπτύσσει περίπου 1.000 νέα πρότυπα κάθε χρόνο. Η επίσημη διαπίστευση ξεκίνησε στις ΗΠΑ με τη σύσταση της Μεικτής Επιτροπής για τη διαπίστευση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (JCAHO) το 1951. Το μοντέλο αυτό εξήχθη στον Καναδά και την Αυστραλία στη δεκαετία του 1960 και του 1970, και έφθασε στην Ευρώπη τη δεκαετία του 1980. Τα προγράμματα διαπίστευσης εξαπλώθηκαν σε ολόκληρο τον κόσμο τη δεκαετία του 1990. Υπάρχουν και άλλες μορφές συστημάτων που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως για τη ρύθμιση, τη βελτίωση και την εμπορία των υπηρεσιών των παρόχων και φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πιστοποίησης και της χορήγησης άδειας. Η πιστοποίηση περιλαμβάνει την επίσημη αναγνώριση της συμμόρφωσης με καθορισμένα πρότυπα (π.χ. πρότυπα ISO 9000) επικυρωμένα με εξωτερική αξιολόγηση από εξουσιοδοτημένο ελεγκτή. Η χορήγηση άδειας περιλαμβάνει μια διαδικασία με την οποία η κυβερνητική αρχή χορηγεί άδεια, συνήθως μετά από επιθεώρηση βάσει ελάχιστων προτύπων, σε έναν ατομικό ιατρό ή σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης για να ασκεί το επάγγελμα (Alkhenizan και Shaw, 2011).

Τα πρότυπα ISO 9000 αναπτύχθηκαν σύμφωνα με τους βασικούς κανόνες για τα συστήματα ποιότητας για την αξιολόγηση συγκεκριμένων λειτουργικών πτυχών. Ορίζουν «πρότυπα συστήματος ποιότητας» και επικεντρώνονται στην ανάπτυξη, τη διαχείριση και τις καλώς εφαρμοζόμενες διαδικασίες για να διασφαλιστεί η συνοχή των λειτουργιών στην παραγωγή και την παροχή υπηρεσιών για να ικανοποιηθούν και / ή να υπερβούν οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των πελατών (Evans and Lindsay 2009).

Τα πρότυπα ISO είναι γενικά, δεδομένου ότι δεν δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία ή στο πώς τα παράγουν ή παρέχουν οι οργανισμοί (Ratcliffe, 2009). Λόγω της γενικευσιμότητάς του, το πρότυπο ISO 9001 μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τύπο οργανισμού, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Rakhmawati et al, 2014).

Στο πλαίσιο αυτό τα πρότυπα ISO 9000 έχουν εφαρμοστεί ευρέως ως συστήματα ποιότητας στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, η χειρουργική, η μαιευτική, η ψυχιατρική και οι εργαστηριακές υπηρεσίες εφαρμόζουν συστήματα ποιότητας για τη θεραπεία και τη διάγνωση ασθενειών. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα πρότυπα ISO 9000 συμβάλλουν στη βελτίωση της επιχειρησιακής αποτελεσματικότητας για την παροχή υπηρεσιών και τη συνεργασία εντός των τμημάτων των νοσοκομείων (Lee et al, 2012).

Η πιστοποίηση ISO χρησιμεύει ως εξωτερική πλατφόρμα για την αξιολόγηση και τον προσδιορισμό του κατά πόσον ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης πληροί τα πρότυπα που έχει θεσπίσει εξουσιοδοτημένος οργανισμός: κυβερνητικός ή μη κυβερνητικός. Τα πρότυπα είναι συχνά εφαρμόσιμα, προκαθορισμένα, δημοσιευμένα και εγκατεστημένα ώστε να ενθαρρύνουν τις συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας στους οργανισμούς που έχουν πιστοποιηθεί με ISO (Odundo et al, 2015).

Εκτός από τα ISO ένα άλλο σύστημα ποιότητας αποτελεί η διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης σε 10 στάδια. Η μικτή επιτροπή για τη διαπίστευση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (JCAHO) (1986) παρουσιάζει τη διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης 10 βημάτων για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ως εξής (Evans και Lindsay 2009):

- 1) Βήμα 1: Ανάθεση της ευθύνης, ο διευθυντής αναθέτει την ευθύνη παρακολούθησης και αξιολόγησης σε σχετικές εργασιακές δραστηριότητες.
- 2) Βήμα 2: Ορισμός τους εύρους της περίθαλψης, δηλαδή του τρόπου υπολογισμού του εύρους της περίθαλψης για την παροχή υπηρεσιών για τον εντοπισμό των πτυχών της περίθαλψης στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση.
- 3) Βήμα 3: Προσδιορισμός των σημαντικών πτυχών της φροντίδας, για τη μείωση των κινδύνων ή / και των προβλημάτων και προσδιορισμός του ιατρικού προσωπικού για την παρακολούθηση τους και την αξιολόγηση τους με βάση τις δραστηριότητες του τμήματος που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών.
- 4) Βήμα 4 Προσδιορισμός δεικτών: δοσολογία (π.χ. όγκος ασθενούς), διαδικασία (π.χ. καθυστέρηση) και / ή έκβαση (π.χ. ιατρικά σφάλματα) έτσι

ώστε να προσδιορίζονται οι δείκτες ποιότητας μέσα από κάθε πτυχή φροντίδας.

- 5) Βήμα 5: Καθορισμός των κατώτατων ορίων για την αξιολόγηση: το σημείο ή το επίπεδο της εντατικής αξιολόγησης της περίθαλψης.
- 6) Βήμα 6: Συλλογή και οργάνωση δεδομένων. Το προσωπικό του τμήματος θα πρέπει να συλλέγει και να οργανώνει δεδομένα για σύγκριση για αξιολόγηση.
- 7) Βήμα 7: Αξιολόγηση φροντίδας. Προκειμένου να προσδιορίσει την υπηρεσία φροντίδας, το προσωπικό του τμήματος θα πρέπει να αξιολογήσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες για να αποτρέψει προβλήματα στην υπηρεσία φροντίδας.
- 8) Βήμα 8: Λήψη μέτρων για την επίλυση προβλημάτων. Όταν εντοπιστούν προβλήματα, πρέπει να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν στρατηγικές δράσεις στο κατάλληλο επίπεδο.
- 9) Βήμα 9: Αξιολόγηση των δράσεων και βελτίωση των εγγράφων. Κάθε ενέργεια που αναλαμβάνεται μπορεί να αξιολογηθεί και να τεκμηριωθεί για περαιτέρω ενέργειες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.
- 10) Βήμα 10: Κοινοποίηση σχετικών πληροφοριών στο πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας σε ολόκληρο τον οργανισμό. Επικοινωνία μέσω του δικτύου του οργανισμού σχετικά με τα πορίσματα της διαδικασίας παρακολούθησης και αξιολόγησης.

Οι Lee et al (2012) πρότειναν ότι αυτή η διαδικασία μπορεί να εφαρμοστεί στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για την διασφάλιση της ποιότητας. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση της, παράσχει ένα πολύτιμο πλαίσιο για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών, την αύξηση της απόδοσης και την μείωση των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (Evans and Lindsay 2009).

Το μοντέλο αριστείας EFQM αποτελεί ακόμα ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας που χρησιμοποιείται ευρέως στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο αριστείας EFQM ιδρύθηκε το 1988 από ηγέτες από 14 εταιρείες με έδρα την Ευρώπη για την προώθηση υψηλότερων προτύπων διαχείρισης μέσω κοινής γνώσης

και αμοιβαίας αναγνώρισης. Το EFQM στην υγειονομική περίθαλψη έχει χρησιμοποιηθεί ως πλαίσιο βελτίωσης, παρακολούθησης, αξιολόγησης και καινοτομίας (van Schoten et al., 2016). Το EFQM βασίζεται στη μέθοδο αυτοαξιολόγησης και στη συγκριτική αξιολόγηση από παρόχους υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αριστείας EFQM εξηγείται από εννέα κριτήρια. Οι «ενεργοποιητές» παράγοντες περιλαμβάνουν πέντε κριτήρια (ηγεσία, άνθρωποι, στρατηγική, εταιρική σχέση και πόροι, διαδικασίες, προϊόντα και υπηρεσίες) και τέσσερα κριτήρια είναι τα αποτελέσματα (άτομα, πελάτης, κοινωνία και κλειδί). Τα αποτελέσματα προκαλούνται από τους «ενεργοποιητές» και «οι ενεργοποιητές» βελτιώνονται χρησιμοποιώντας την ανατροφοδότηση από τα αποτελέσματα (Favaretti et al, 2016).

Σύμφωνα με το EFQM (2000), η ηγεσία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι ηγέτες αναπτύσσουν το όραμα και την αποστολή, αναπτύσσουν αξίες και κατάλληλες ενέργειες για τους πελάτες, τους προμηθευτές, τους υπαλλήλους και την κοινότητα και επιδεικνύουν προσωπική συμμετοχή στην εξασφάλιση της ανάπτυξης των συστημάτων διαχείρισης του οργανισμού. Οι άνθρωποι αναφέρονται στο πώς η οργάνωση διαχειρίζεται, αναπτύσσει και απελευθερώνει τις γνώσεις και τις πλήρεις δυνατότητες των ανθρώπων της σε ατομικό, ομαδικό και οργανωτικό επίπεδο και σχεδιάζει αυτές τις δραστηριότητες για να στηρίξει την πολιτική και τη στρατηγική της και την αποτελεσματική λειτουργία. Η στρατηγική ορίζεται ως ο τρόπος με τον οποίο ο οργανισμός υλοποιεί την αποστολή και το όραμά του, μέσω μιας σαφούς στρατηγικής επικεντρωμένης στους ενδιαφερόμενους, υποστηρίζοντας τις σχετικές πολιτικές, σχέδια, στόχους, σκοπούς και διαδικασίες. Η εταιρική σχέση και οι πόροι ορίζονται ως ο τρόπος με τον οποίο οι οργανισμοί σχεδιάζουν και διαχειρίζονται τις εξωτερικές συνεργασίες και τους εσωτερικούς τους πόρους για να υποστηρίξουν τη στρατηγική τους και την αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών τους. Οι διαδικασίες, τα προϊόντα και οι υπηρεσίες αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός σχεδιάζει, διαχειρίζεται και βελτιώνει τις διαδικασίες του, ικανοποιεί τη στρατηγική του και παράγει αξία για τους πελάτες και τα λοιπά ενδιαφερόμενα μέρη. Μεταξύ των κριτηρίων που είναι σχετικά με τα αποτελέσματα, τα αποτελέσματα των ανθρώπων αναφέρονται στην επίτευξη των στόχων σε σχέση με τους ανθρώπους και τα αποτελέσματα των πελατών, αναφέρονται στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού σε σχέση με τους εξωτερικούς πελάτες του. Παρόμοια τα αποτελέσματα της κοινωνίας αναφέρονται σε αυτά που επιτυγχάνει ο οργανισμός σε σχέση με την

τοπική, εθνική και διεθνή κοινωνία, ενώ τέλος τα βασικά αποτελέσματα ορίζονται ως αυτό που επιτυγχάνει ο οργανισμός σε σχέση με τις προγραμματισμένες επιδόσεις του.

Η διαπίστευση μέσω JCI για τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, αποτελούν επίσης ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας στον τομέα της υγείας, το οποίο είναι γενικά εφαρμόσιμο όπως τα προαναφερθέντα, αλλά ειδικά σχεδιασμένο για τον τομέα της υγείας. Το JCI ιδρύθηκε το 1997 ανταποκρινόμενο στην αυξανόμενη ζήτηση σε ολόκληρο τον κόσμο για την αξιολόγηση βασισμένη στα πρότυπα στην υγειονομική περίθαλψη και για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης στη διεθνή κοινότητα. Η JCI εκτελεί επτά διεθνή προγράμματα διαπίστευσης (IAP): Νοσοκομεία, Εργαστήρια, Ιατρικές Μεταφορές, Συνέχεια φροντίδας, Ασθενοφόρα και Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Τα προγράμματα διαπίστευσης JCI χρησιμοποιούν πρότυπα συναίνεσης (δηλ. βέλτιστες πρακτικές) και εξωτερικές αντικειμενικές αξιολογήσεις για την αξιολόγηση όλων των πτυχών της λειτουργίας και της διαχείρισης του νοσοκομείου. Επιπλέον, τα προγράμματα αυτά έχουν ως στόχο να προωθήσουν μια οργανωτική κουλτούρα που είναι προληπτική παρά αντιδραστική, προσλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας και εστιάζουν περισσότερο σε συστήματα παρά σε άτομα (Yousefian et al, 2013).

Τα προγράμματα διαπίστευσης JCI έχουν ως στόχο να επηρεάσουν θετικά την ποιοτική φροντίδα και τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. ηγεσία, στρατηγική θέση για την ποιότητα, έλξη για ιατρικούς ταξιδιώτες και ευέλικτες πηγές πληρωμής για κλινικές υπηρεσίες κλπ.) χρησιμοποιώντας διεθνή πρότυπα. Τα πρότυπα διαπίστευσης JCI έχουν ενημερωθεί αρκετές φορές από την δημιουργία τους, με βάση το μεταβαλλόμενο παγκόσμιο περιβάλλον για την ποιότητα της περίθαλψης στα νοσοκομεία (Lee et al, 2012).

Τα πρότυπα πιστοποίησης JCI για νοσοκομειακά κριτήρια αποτελούνται από δύο κατηγορίες: 1) τα πρότυπα με βάση τον ασθενή και 2) τα πρότυπα διοργάνωσης και διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης. Τα πρότυπα με επίκεντρο τον ασθενή αναφέρονται σε υπηρεσίες φροντίδας ασθενών που εισέρχονται / εξέρχονται βάσει των αναγκών τους και των πόρων του οργανισμού. Το νοσοκομείο έχει την ευθύνη για τα δικαιώματα του ασθενούς και της οικογένειας κατά τη διάρκεια της περίθαλψης στο νοσοκομείο. Επίσης, το νοσοκομείο παρέχει σχετική ιατρική

εκπαίδευση που υποστηρίζει τη συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών στις αποφάσεις και διαδικασίες περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων πιθανών αλληλεπιδράσεων (π.χ. τρόφιμα, διαχείριση πόνου και τεχνικές αποκατάστασης). Τα πρότυπα οργάνωσης και διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης σχετίζονται με το πόσο καλά μια οργάνωση χρησιμοποιεί και διαχειρίζεται τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών (π.χ. συστήματα πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων, διαδικασίες για τη διαχείριση κινδύνων και ανταλλαγή γνώσεων). Τα προγράμματα JCI βοηθούν τους διεθνείς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών. Η πιστοποίηση JCI έχει αποδειχθεί ότι βοηθά τις διεθνείς οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, τους οργανισμούς δημόσιας υγείας, τα υπουργεία υγείας και άλλους, αξιολογεί, βελτιώνει και επιδεικνύει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών στα έθνη τους, ενώ παράλληλα διευκολύνει τους συγκεκριμένους νομικούς, θρησκευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Lee et al, 2012; Devkaran et al, 2014).

Συνολικά τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας και η διαπίστευση, έχουν θετική επίδραση στην βελτίωση της ποιότητας στις μονάδες υγείας, όπως έχουν δείξει μια σειρά ερευνών. Οι παλαιότερες έρευνες αναφέρουν θετικό αντίκτυπο της διαπίστευσης σε πολλούς τομείς όπως η διοίκηση και διαχείριση, η οργάνωση ιατρικού προσωπικού, τα συστήματα επανεξέτασης, η οργάνωση νοσηλευτικών υπηρεσιών, οι φυσικές εγκαταστάσεις, η ασφάλεια και ο σχεδιασμός, αλλά όχι σε δείκτες ποιότητας (Duckett, 1983; Daucourt και Michel, 2003). Σε μια ανάλυση των κρατικών ψυχιατρικών νοσοκομείων στις ΗΠΑ, οι Hadley και McGurrin (1988) αποκάλυψαν μια ασθενή σχέση μεταξύ της κατάστασης διαπίστευσης ή πιστοποίησης και των δεικτών ποιότητας της περίθαλψης (μέσο κόστος ανά ασθενή, κόστος ανά ημέρα κλίνης, συνολικές ώρες προσωπικού ανά ασθενή, κλινικές ώρες προσωπικού ανά ασθενή, επί τοις εκατό των ωρών του προσωπικού που παρέχονται από το ιατρικό προσωπικό, τον κύκλο των κρεβατιών και το ποσοστό των κατειλημμένων κλινών) σε διαπιστευμένα ή πιστοποιημένα νοσοκομεία, τα οποία ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλότερες τιμές σε συγκεκριμένους δείκτες από τα νοσοκομεία χωρίς διαπίστευση.

Ωστόσο οι πιο πρόσφατες έρευνες έχουν να καταδείξουν ακόμα περισσότερα πλεονεκτήματα. Για παράδειγμα μια συστηματική ανασκόπηση από τους Greenfield

και Braithwaite (2007), αξιολογώντας τον αντίκτυπο της διαπίστευσης σε νοσοκομεία βρήκε ότι συνέβαλλαν στην προώθηση της αλλαγής και της επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού. Μια σύγκριση μεταξύ νοσοκομείων στις ΗΠΑ, από τους Lutfiyya et al (2009), διαπίστωσε ότι τα διαπιστευμένα νοσοκομεία παρουσίασαν σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των μη διαπιστευμένων νοσοκομείων σε 4 από τους 16 κλινικούς δείκτες. Επίσης οι Braithwaite et al (2010) αξιολόγησαν 19 οργανισμούς υγείας που αντιπροσωπεύουν περίπου το 5% του αυστραλιανού συστήματος υγείας και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα της διαπίστευσης προβλέπουν συμπεριφορές ηγεσίας και τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά των οργανώσεων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά όχι το οργανωτικό κλίμα ή τη συμμετοχή των ασθενών.

Πιο πρόσφατα σε μια συστηματική ανασκόπηση ερευνών, οι Alkhenizan και Shaw, (2011), αξιολόγησαν τα αποτελέσματα 26 ερευνών σχετικά με τον αντίκτυπο της διαπίστευσης σε μεγάλες μονάδες υγείας των ΗΠΑ. Η πλειοψηφία των μελετών έδειξε γενική διαπίστευση για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI), τραύμα, περιπατητική χειρουργική φροντίδα, έλεγχο μολύνσεων και διαχείριση πόνου. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι τα γενικά προγράμματα διαπίστευσης βελτιώνουν σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα και την ποιότητα της περίθαλψης αυτών των κλινικών καταστάσεων και έδειξαν σημαντικό θετικό αντίκτυπο των προγραμμάτων διαπίστευσης στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων σε διάφορες υπομονάδες, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης του θωρακικού πόνου και της διαχείρισης των τραυμάτων.

Σε παρόμοια έρευνα οι Shaw et al (2010), διερεύνησαν τις συστηματικές διαφορές στη διαχείριση της ποιότητας μεταξύ των νοσοκομείων που ήταν διαπιστευμένα ή πιστοποιημένα και αυτών που δεν διέθεταν κάποιο σύστημα διαπίστευσης. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι μονάδες υγείας που είχαν πιστοποίηση ISO, είτε διαπίστευση ήταν ασφαλέστερα, σε σχέση με αυτά που δεν είχαν. Η πιστοποίηση ISO είχε αντίκτυπο στη διαχείριση των νοσοκομείων, την ασφάλεια των ασθενών και την κλινική πρακτική.

Ωστόσο στην πράξη, σύμφωνα με τους Shaw et al (2011), πολλές χώρες δεν διαθέτουν εθνικό πρόγραμμα διαπίστευσης. Πολλά νοσοκομεία που αναζητούν εθελοντική εξωτερική αξιολόγηση - είτε πρόκειται για εσωτερική βελτίωση της

ποιότητας είτε για εξωτερικό μάρκετινγκ και σύναψη συμβάσεων - αντιμετωπίζουν αβεβαιότητα σχετικά με τις υπηρεσίες διαπίστευσης από άλλη χώρα ή σχετικά με το πιστοποιητικό ISO 9001 από καταχωρημένους ελεγκτές. Παρ' όλα αυτά η πιστοποίηση ISO είναι αναγνωρισμένη και προσβάσιμη σε πολλές χώρες. Αν και μοιράζονται ίδιες μεθοδολογίες, τα προγράμματα ατομικής διαπίστευσης σε κάθε χώρα έχουν μεγάλη ποικιλομορφία στο περιεχόμενο των προτύπων, των διαδικασιών αξιολόγησης και των κατώτατων ορίων για την ανάθεση. Ομοίως, αν και εννοιολογικά διεθνής, η πιστοποίηση ISO βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη συνοχή μεταξύ μεμονωμένων εγγεγραμμένων ελεγκτών -ιδίως στην ερμηνεία του ISO 9001 στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης.

Παράλληλα οι Rakhmawati et al (2014), τονίζουν ότι τα συστήματα ISO 9001 παρέχουν μόνο τα βασικά στοιχεία ενός σωστού συστήματος διαχείρισης ποιότητας, χωρίς να προτείνουν τρόπους για την εφαρμογή τους. Η προϋπόθεση αυτή θα καταστήσει κάθε οργανισμό ISO 9001 να έχει ένα διαφορετικό περιεχόμενο του συστήματος διαχείρισης ποιότητας. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να τονιστεί το περιεχόμενο του συστήματος διαχείρισης ποιότητας βάσει ISO 9001 στην έρευνα σχετικά με την εφαρμογή του προτύπου ISO 9001 στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα στην ίδια έρευνα, αναφέρεται ότι υπάρχουν πολλοί εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των συστημάτων ISO. Οι εσωτερικοί παράγοντες της οργάνωσης περιλαμβάνουν τους πόρους, τις ικανότητες και τις δυνατότητες του οργανισμού, ενώ οι εξωτερικοί παράγοντες συνίσταντο στην οργάνωση του εξωτερικού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένης της μακροοικονομικής κατάστασης και των ενδιαφερομένων μερών. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να προσδιορίζονται οι εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες ενός οργανισμού που μπορεί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του ISO 9001 στον τομέα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Rakhmawati et al, 2014).

2.5. Παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης νοσηλευτών

Η έννοια της ικανοποίησης από την εργασία έχει διερευνηθεί ευρέως στους τομείς της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας και της οργανωτικής συμπεριφοράς. Ο Weiss (2002) δηλώνει ότι η έννοια της ικανοποίησης από την εργασία είναι ένας ευρύς όρος

που περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της εργασίας και το εργασιακό περιβάλλον. Ο Spector (1997) αναφέρεται στην ικανοποίηση από την εργασία ως τον τρόπο που οι εργαζόμενοι αισθάνονται τις διαφορετικές πτυχές της δουλειάς τους, ενώ οι Ellickson και Logsdon (2001) αναφέρουν ότι η ικανοποίηση από την εργασία είναι πολύ απλά ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι αρέσκονται στις δουλειές τους.

Η ικανοποίηση από την εργασία είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο για τη διατήρηση του εργατικού δυναμικού οποιουδήποτε οργανισμού. Η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία για τους εργαζόμενους όχι μόνο οδηγεί σε υψηλά ποσοστά αποχώρησης από την εργασία (Khamisa et al, 2015), αλλά μπορεί επίσης να έχει επιζήμιες συνέπειες για το άτομο, όπως η επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλο που η αποχώρηση από την εργασία ή η πρόθεση αποχώρησης από την εργασία, παρέχει νέες ιδέες στον οργανισμό και είναι μια κανονική διαδικασία, ένα υψηλό ποσοστό εργαζομένων με πρόθεση αποχώρησης, οδηγεί στην αδυναμία ενός οργανισμού να παρέχει ποιοτική φροντίδα, αυξάνει το κόστος των προσλήψεων, επιλογής και εκπαίδευσης του νέου προσωπικού (Fasbender et al, 2018).

Η ικανοποίηση από την εργασία, μεταξύ των νοσηλευτών σχετίζεται με την υψηλή απόδοση και τη διατήρηση στη θέση της εργασίας, ενώ η δυσαρέσκεια από την εργασία είναι ένας σημαντικός λόγος για αποχώρηση (Estryn-Behar et al 2010). Οι Aiken et al (2012) υπογραμμίζουν πως η ικανοποίηση στο χώρο εργασίας στις μονάδες υγείας, μπορεί επίσης να βελτιώσει την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης. Ως εκ τούτου η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, βοηθά στην κατανόηση τους και την εφαρμογή αλλαγών στον εργασιακό χώρο, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να βελτιώσει την παραγωγικότητα και το κέρδος για τις οργανώσεις υγείας (Al Maqbali et al, 2015).

Η ικανοποίηση από την εργασία, μεταξύ των νοσηλευτών, είναι πολύπλοκη και σχετίζεται με την απόδοση στις εργασιακές συνθήκες (Farquharson et al 2012). Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, μπορούν να διαχωριστούν ευρέως στους προσωπικούς παράγοντες, και σε αυτούς που σχετίζονται με την εργασία.

Σε σχέση με τους προσωπικούς παράγοντες ο Gruneberg (1979) είχε προτείνει ότι η ικανοποίηση από την εργασία πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με τις μεμονωμένες μεταβλητές των εργαζομένων και διάφορες μελέτες διερεύνησαν τη συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης από την εργασία και μεταβλητών όπως το φύλο, η ηλικία και η εκπαίδευση. Ο Curtis (2008) ο οποίος διερεύνησε την επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στην ικανοποίηση από την εργασία, μεταξύ νοσηλευτών στο Δουβλίνο, βρήκε σημαντικές διαφορές στο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία, μεταξύ νοσηλευτών από διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία ήταν υψηλότερο μεταξύ των νοσηλευτών στις ηλικιακές ομάδες 36 έως 45 και 46 έως 55 ετών και χαμηλότερο στις ηλικιακές ομάδες 18 έως 25 και 26 έως 35 ετών. Πάνω από την ηλικία των 55 ετών, ωστόσο, τα επίπεδα ικανοποίησης άρχισαν να μειώνονται.

Σε παρόμοια έρευνα οι Nabirye et al (2011), οι οποίοι αξιολόγησαν τους παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ νοσηλευτών στην Ουγκάντα, βρήκαν διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία μεταξύ ηλικιακών ομάδων. Τα άτομα στην ηλικιακή ομάδα 20 έως 29 ετών είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία από ό, τι τα άτομα ηλικίας 30 έως 39 ή 40 έως 49 ετών. Επίσης οι διαφορές στην ικανοποίηση από την εργασία σχετίστηκαν με την εμπειρία των νοσηλευτών. Όσοι είχαν λιγότερη εμπειρία ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία από εκείνους με περισσότερα έτη εμπειρίας.

Οι Klaus et al (2012) μελέτησε μεμονωμένα χαρακτηριστικά για να προβλέψουν την ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ 53.851 νοσηλευτών στις ΗΠΑ. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα άτομα στην ηλικιακή ομάδα 40 έως 49 ετών είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία. Τα άτομα στην ηλικιακή ομάδα ηλικίας 20 έως 39 ετών, δήλωσαν επίσης μικρότερα επίπεδα ικανοποίησης όταν εργάστηκαν σε τμήματα έκτακτης ανάγκης, σε σχέση με τους νοσηλευτές σε ιατροχειρουργικά τμήματα. Επίσης οι νοσηλευτές χωρίς πτυχίο σε ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από αυτούς, σε σχέση με αυτούς που είχαν περισσότερα επαγγελματικά προσόντα, και γενικά αυτοί που είχαν μικρότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν σε μικρότερο βαθμό ικανοποιημένοι από την εργασία τους, από αυτούς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών δείχνουν ότι η ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των νοσηλευτών επηρεάζεται από

παράγοντες όπως η ηλικία, τα έτη εμπειρίας, η κλινική εργασία και το επίπεδο εκπαίδευσης.

Πολλοί ερευνητές, έχουν επίσης εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, εξετάζοντας συγκεκριμένες οργανωτικές και εργασιακές μεταβλητές, όπως η σχέση με τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τους επιβλέποντες, καθώς και τις αμοιβές και το επίπεδο ευθύνης. Μια μεγάλη έρευνα μεταξύ 33.659 νοσηλευτών από 488 νοσοκομεία σε όλη την Ευρώπη και 27.509 νοσηλευτών από 617 νοσοκομεία στις ΗΠΑ (Aiken et al 2012) έδειξε ότι η δυσαρέσκεια από την εργασία ήταν υψηλότερη μεταξύ των νοσηλευτών στην Ελλάδα (56%), ακολουθούμενη από την Ιρλανδία (42%), την Αγγλία (39%), την Ισπανία (38%) και τη Γερμανία (37%). Τα χαμηλότερα επίπεδα δυσαρέσκειας αναφέρθηκαν από νοσηλευτές στις Κάτω Χώρες (11%), ενώ το δεύτερο χαμηλότερο ήταν η Ελβετία (21%). Τη στιγμή της συλλογής δεδομένων, τα ελληνικά και ισπανικά κυβερνητικά νοσοκομεία αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Η μελέτη ανέφερε ότι η μέση αναλογία ασθενών σε νοσηλευτές στην Ελλάδα, την Ισπανία, τη Γερμανία και το Βέλγιο ήταν μεγαλύτερη από 10: 1, ενώ στην Αγγλία ήταν 8,6: 1. Ως εκ τούτου φαίνεται ότι ένα καλό εργασιακό περιβάλλον και ένα ικανοποιητικό επίπεδο στελέχωσης συνδέονταν με την ικανοποίηση από την εργασία και την καλύτερη ποιότητα και ασφάλεια της περίθαλψης (Aiken et al 2012).

Οι Al-Dossary et al (2012) μελέτησαν επίσης τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ νοσηλευτών στην Σαουδική Αραβία και διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση από την εργασία συνδέθηκε θετικά με τις αμοιβές, τις σχέσεις με τους συναδέλφους, την εποπτεία, τη φύση της εργασίας και τα οφέλη, ενώ η προαγωγή της εργασίας και οι συνθήκες εργασίας συσχετίστηκαν μέτρια συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εργασία. Ο παράγοντας που συνεισέφερε περισσότερο στην ικανοποίηση από την εργασία, ήταν το στυλ ηγεσίας των άμεσων επιβλεπόντων τους.

Στο Χονγκ Κονγκ, μια μελέτη μεταξύ 1.271 εγγεγραμμένων νοσηλευτών σε δέκα νοσοκομεία από τους Jeon και Choi (2012) εξέτασε το εργασιακό περιβάλλον όσον αφορά την ικανοποίηση από την εργασία και την πρόθεση παραίτησης. Οι παράγοντες που αξιολογήθηκαν ήταν ο επαγγελματισμός, η διαχείριση, η σχέση με τους συναδέλφους, το επίπεδο στελέχωσης και οι πόροι. Τα αποτελέσματα έδειξαν

ότι το 56% των ερωτηθέντων ήταν γενικά ικανοποιημένοι και το 45% ήταν δυσαρεστημένοι, ενώ περισσότερο από το 60% είχαν εξετάσει την παραίτηση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι και οι πέντε διαστάσεις ήταν σημαντικές όσον αφορά την πρόβλεψη ικανοποίησης από την εργασία μεταξύ των νοσηλευτών. Οι Kwak et al (2010), σε μια μελέτη 496 νοσηλευτών σε 23 νοσοκομεία στη Νότια Κορέα, βρήκαν επίσης ότι ο νοσηλευτικός επαγγελματισμός είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας ικανοποίησης από την εργασία, παράλληλα με τις ευκαιρίες προώθησης και ανάπτυξης.

Παρόμοια οι Duffield et al (2010), σε μια μελέτη μεταξύ 1.559 νοσηλευτών στην Αυστραλία, διαπίστωσαν ότι περίπου το 67% ήταν ικανοποιημένοι από την εργασία τους και το 72% με την νοσηλευτική ως επάγγελμα. Ωστόσο, το 28% δήλωσε ότι σκόπευε να εγκαταλείψει το επάγγελμα εντός 12 μηνών. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ένας αποτελεσματικός διευθυντής μονάδας ή υψηλόβαθμος ηγέτης θα μπορούσε να αυξήσει την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών.

Ένα αιτιώδες μοντέλο ικανοποίησης από την εργασία δοκιμάστηκε από τους Larrabee et al (2010) σε μια έρευνα 464 νοσηλευτών. Το αιτιώδες μοντέλο έχει 11 ανεξάρτητες μεταβλητές για να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ ικανοποίησης από την εργασία και της πρόθεσης παραμονής στην εργασία, του εργασιακού στρες, της ανθεκτικότητας στο στρες και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν την άποψη ότι τα χαμηλά επίπεδα άγχους στην εργασία και η ψυχολογική χειραφέτηση επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία. Πέντε από τις μεταβλητές είχαν σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία, οι οποίες ήταν η πρόθεση παραμονής, η ηλικία, τα έτη εμπειρίας, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, και το χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής καταπόνησης.

Οι Peng et al (2016) πρότειναν επίσης ότι η παροχή σύγχρονου εξοπλισμού, οι χαμηλότερες ψυχολογικές απαιτήσεις εργασίας και ο καλύτερος προγραμματισμός μπορούν να συσχετιστούν με την ικανοποίηση από την εργασία. Η μελέτη τους διεξήχθη σε αγροτικό νοσοκομείο στον Καναδά και η γεωγραφική θέση, το περιβάλλον άσκησης και το επίπεδο στελέχωσης θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών.

Τέλος οι Lu et al (2012) σε μια μεγάλη συστηματική ανασκόπηση που περιελάμβανε 100 άρθρα που δημοσιεύτηκαν μεταξύ των ετών 1966 και 2011 για τον εντοπισμό κοινών παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των νοσηλευτών, βρήκαν ότι αυτή συνδέεται στενά με τις συνθήκες εργασίας, την οργανωτική και επαγγελματική δέσμευση, το άγχος της εργασίας, την αντίληψη του ρόλου και τον ρόλο, καθώς και με το οργανωτικό περιβάλλον.

2.6. Απόψεις νοσηλευτών για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας

Η εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας θεωρείται μια μακροπρόθεσμη διαδικασία. Η στρατηγική υλοποίησης ξεκινά με τη δημιουργία της σωστής κουλτούρας και συνειδητοποίησης της προτεινόμενης αλλαγής, ακολουθούμενη από την αναζήτηση βασικών πληροφοριών, την αποδοχή της αλλαγής και της υιοθέτησης στην πράξη. Ο ρόλος του ανθρώπου σε όλη αυτή τη διαδικασία της αλλαγής είναι πολύ σημαντικός, καθώς η έρευνα έχει δείξει ότι οι στάσεις του προσωπικού του τομέα της υγείας μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά, όχι μόνο την συνολική διαδικασία της αλλαγής, αλλά και το αποτέλεσμα της, στο πλαίσιο της αλλαγής που σχετίζεται με την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας (Carayon et al, 2014).

Για παράδειγμα η έλλειψη καθοδηγούμενης και υποστηρικτικής ηγεσίας, η οποία είναι υποχρεωτική για την επιτυχή συμμετοχή του προσωπικού στην υιοθέτηση μιας ποιοτικής στάσης, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εισαγωγή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας (Jacobs et al, 2015). Επίσης η αντίσταση στην αλλαγή είναι ένα συχνό φαινόμενο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κατά την εφαρμογή νέων αλλαγών ή πολιτικών σε αυτούς τους οργανισμούς (Duckers et al, 2011). Ο φόρτος εργασίας ή άλλες προσπάθειες που σχετίζονται με την εφαρμογή αναμένεται να αυξηθούν, επηρεάζοντας την αρνητικά (De Jonge et al, 2011).

Οι νοσηλευτές, ως αναπόσπαστο μέρος των οργανισμών υγείας και ως σημαντικός φορέας παροχής φροντίδας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή της διασφάλισης της ποιότητας και οι αντιλήψεις τους σχετικά με την διασφάλιση ποιότητας, επηρεάζουν τη διαδικασία της βελτίωσης της ποιότητας του νοσηλευτικού

έργου, η οποία είναι σημαντική για τη διασφάλιση της ποιότητας στις μονάδες υγείας. Διάφορες έρευνες στο πλαίσιο αυτό, έχουν μελετήσει τις απόψεις, τις αντιλήψεις και τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στη διαπίστευση και την πιστοποίηση τη ποιότητας στους οργανισμούς υγείας (Lundqvist και Axelsson, 2007).

Σύμφωνα με τους Briand et al. (2001) οι νοσηλευτές υιοθετούν τη διασφάλιση της ποιότητας ως έναν τρόπο βελτίωσης της σχέσης με τον ασθενή, ενώ οι διοικητικοί διαχειριστές θεωρούν μάλλον τη διασφάλιση της ποιότητας ως εργαλείο ελέγχου και περιορισμού των δαπανών. Οι Hyrkas και Raunonen-Ilmonen (2001) είχαν δείξει επίσης ότι χωρίς τη συμμετοχή όλων των ατόμων που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς, δεν θα υπάρχει διασφάλιση ποιότητας. Οι νοσηλευτές θεώρησαν ότι η διασφάλιση της ποιότητας τους έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσουν διαφορετικές πτυχές της νοσηλευτικής και να είναι σε θέση να έχουν μια κοινή άποψη. Οι Lee et al (2006), οι οποίοι μελέτησαν τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στην εμπειρία χρήσης υπολογιστών στην καθημερινή πρακτική και συγκεκριμένα στη χρήση ενός μηχανογραφικού συστήματος νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο εισήχθη στο πλαίσιο τα βελτίωσης της ποιότητας και τον βαθμό στον οποίο επηρέασε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαδικασία τεκμηρίωσης, βρήκαν ότι οι νοσηλευτές είχαν θετικές στάσεις απέναντι στα συστήματα αυτά, καθώς πίστευαν ότι απέκτησαν νέες δεξιότητες και γνώσεις, βελτιώνοντας την ποιότητα της φροντίδας.

Σε μια ποιοτική έρευνα οι Lundqvist και Axelsson (2007), διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την διασφάλιση της ποιότητας σε μονάδες υγείας στην Σουηδία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές εξέφρασαν 10 διαφορετικές αντιλήψεις, οι οποίες συνοψίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες: έλεγχος, ανάπτυξη, συνεργασία και απαιτήσεις. Ο έλεγχος είχε την έννοια της εύρεσης ελαττωμάτων, της διατήρησης του ελέγχου και της αξιολόγησης καθώς και της μέτρησης του αποτελέσματος των διαφόρων δραστηριοτήτων. Επίσης κάποιοι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη διασφάλιση της ποιότητας ως τρόπο βελτίωσης τόσο της νοσηλείας όσο και της ασφάλειας, αλλά και ως ένας τρόπος να προχωρήσουν στο έργο τους και έναν τρόπο για προσωπική ανάπτυξη. Κάποιοι νοσηλευτές αντιλήφθηκαν την διασφάλιση της ποιότητας ως ένα μέσο ενίσχυσης της συνεργασίας, καθώς ανέφεραν ότι απολάμβαναν τη μάθηση από τους άλλους και ότι η ομαδική εργασία έπαιξε σημαντικό ρόλο στη διαδικασία επίτευξης αποτελεσμάτων

σε δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας. Ωστόσο κάποιοι νοσηλευτές αντιλαμβάνονταν την διασφάλιση της ποιότητας ως ένα μέσο αύξησης των απαιτήσεων της εργασίας. Οι εσωτερικές απαιτήσεις αναφέρθηκαν ως προς την φυσική συμπεριφορά των νοσοκόμων, ενώ οι εξωτερικές απαιτήσεις υποδηλώνουν ότι η διασφάλιση της ποιότητας είναι κάτι που πρέπει να γίνει με γνώμονα την εκπλήρωση των απαιτήσεων του νόμου και όχι ως φυσικό μέρος της νοσηλευτικής. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τη διασφάλιση της ποιότητας ως τρόπο διατήρησης ενός ορισμένου επιπέδου φροντίδας. Επίσης δεδομένου του εύρους των απαντήσεων, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές μπορούν να αντιλαμβάνονται τη διασφάλιση της ποιότητας τόσο ως περιουσιακό στοιχείο όσο και ως βάρος.

Σε μια μεταγενέστερη έρευνα οι EL-Jardarli et al (2008), εκτίμησαν τον αντίκτυπο της διαπίστευσης στην ποιότητα της περίθαλψης, από την πλευρά των νοσηλευτών, σε οργανισμούς υγείας στον Λίβανο και εξέτασαν τους αντιληπτούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εξήγηση της αλλαγής στην ποιότητα της περίθαλψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είχαν αντιληφθεί βελτίωση της ποιότητας κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία διαπίστευσης. Η διαπίστευση φαίνεται ότι βελτίωσε την αντιληπτή ποιότητα φροντίδας στα νοσοκομεία από τους νοσηλευτές, κυρίως στα νοσοκομεία μικρότερου μεγέθους. Τα στοιχεία έδειξαν ότι οι μικρότερες οργανώσεις είχαν συχνά μια πιο ομοιογενή κουλτούρα και το προσωπικό τους μοιραζόταν τις ίδιες αξίες, σε σχέση με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία, τα οποία τείνουν να είναι πιο ιεραρχικά και γραφειοκρατικά οργανωμένα, γεγονός που καθιστά την εφαρμογή του συστήματος ποιότητας, πιο δύσκολη. Οι προγνωστικοί παράγοντες των καλών αποτελεσμάτων ήταν η ηγεσία, η δέσμευση και η υποστήριξη, η χρήση δεδομένων, η διαχείριση της ποιότητας, η συμμετοχή του προσωπικού και το μέγεθος του νοσοκομείου. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών συμφώνησε ότι η νοσοκομειακή διαπίστευση είναι ένα καλό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα από τους Abolfotouh et al (2014) μελετήθηκαν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τον αντίκτυπο της διαπίστευσης JCI και σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι προγνωστικοί παράγοντες των αντιλήψεων για τη διαπίστευση και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, σε νοσοκομεία στη Σαουδική Αραβία. Οι νοσηλευτές είχαν ουδέτερες αντιλήψεις για τα συστήματα διαπίστευσης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και αυτοί με

χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν θετική αντίληψη όσον αφορά τις συνέπειες της διαπίστευσης. Η αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με την επίπτωση της διαπίστευσης ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της αντίληψης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι περισσότεροι θετικές αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας, ήταν πιο πιθανό να αναφερθεί από τους νοσηλευτές με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και από τους λιγότερο έμπειρους.

Σε άλλη έρευνα οι Hong και Park (2016), εξέτασαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την διαπίστευση ποιότητας σε μονάδες υγείας και προσδιόρισαν τη σχέση της με την ευαισθητοποίηση και την απόδοση του ελέγχου των λοιμώξεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης της διαπίστευσης, της επίγνωσης του ελέγχου της λοίμωξης και της απόδοσης του ελέγχου των λοιμώξεων. Η απόδοση του ελέγχου των λοιμώξεων επηρεάστηκε από τη συνειδητοποίηση του ελέγχου των λοιμώξεων. Συνολικά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για την διαπίστευση, ήταν σχετικά θετικές και ότι η απόδοση του ελέγχου των λοιμώξεων ήταν ιδιαίτερα αυξημένη.

Σε μια παρόμοια έρευνα οι Kwon και Lee (2017), διερεύνησαν την σχέση μεταξύ των αντιλήψεων για την διαπίστευση JCI και των νοσηλευτικών επιδόσεων, και της πρόθεσης αποχώρησης μεταξύ νοσηλευτών σε μονάδες υγείας στην Κορέα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των νοσηλευτών ήταν θετικές για το σύστημα διαπίστευσης JCI, ενώ καταγράφηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης, της νοσηλευτικής επίδοσης και της πρόθεσης αποχώρησης. Οι αντιλήψεις νοσηλευτών για την διαπίστευση εμφάνισαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, το τμήμα εργασίας, την εργασιακή εμπειρία και την θέση εργασίας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενίσχυση της θετικής αντίληψης και της καλής νοσηλευτικής επίδοσης μπορεί να οδηγήσει σε καλή προοπτική αυτοδιάθεσης και διατήρησης στο χώρο εργασίας.

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα οι Bayer και Baykal (2018), μελέτησαν επίσης τις αντιλήψεις για την ποιότητα των νοσηλευτών και τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την αντίληψη. Μεταξύ άλλων παραγόντων, όπως η θέση εργασίας και ο χρόνος εργασίας, οι οποίοι συνεισέφεραν σε βελτιωμένες αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας μεταξύ των νοσηλευτών, διαπιστώθηκε ότι η αντίληψη ποιότητας των νοσηλευτών ήταν θετική στα νοσοκομεία που είχαν πιστοποιητικά ποιότητας.

Συνολικά τα ευρήματα των παραπάνω μελετών δείχνουν διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ των νοσηλευτών για τα συστήματα διαπίστευσης και πιστοποίησης στις μονάδες υγείας. Σε κάποιες έρευνες έχουν καταγραφεί θετικές στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην διαπίστευση και την πιστοποίηση, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και καλύτερες αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας, ενώ σε άλλες έρευνες οι στάσεις ήταν ουδέτερες ή σε κάποιο βαθμό αρνητικές, θεωρώντας ότι η διαπίστευση ή η πιστοποίηση ήταν ένα μέσο ελέγχου των νοσηλευτών ή ότι αύξησε τις απαιτήσεις της εργασίας.

Κεφάλαιο 3^ο: Μεθοδολογία

3.1. Σκοπός

Οι προηγούμενες έρευνες σχετικά με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα συστήματα πιστοποίησης και διασφάλισης ποιότητας στους οργανισμούς υγείας έχουν καταλήξει σε αντιφατικά αποτελέσματα, καταγράφοντας τόσο θετικές, όσο και ουδέτερες ή αρνητικές στάσεις απέναντι στον βαθμό στον οποίο τα συστήματα αυτά μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Εκτός αυτού δεν εντοπίστηκε κάποια σχετική παρόμοια έρευνα σε οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο των κενών αυτών, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας σε ιδιωτικές μονάδες υγείας στην Ελλάδα, καθώς και να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Στο πλαίσιο του βασικού σκοπού της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία καλείται να απαντήσει η παρούσα έρευνα είναι:

- 1) Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, των νοσηλευτών σε ιδιωτικές μονάδες υγείας στην Ελλάδα
- 2) Η συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της ικανοποίησης από την εργασία
- 3) Η διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας, στην βελτίωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων των ασθενών
- 4) Η διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με τον ρόλο της ηγεσίας στην υποστήριξη της εφαρμογής των συστημάτων πιστοποίησης

- 5) Η διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα του στρατηγικού σχεδιασμού στην εφαρμογή των απαιτήσεων που θέτουν τα συστήματα πιστοποίησης της ποιότητας
- 6) Η διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων κατά την εφαρμογή των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας (εκπαίδευση και ανταμοιβές)
- 7) Η διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την αποτελεσματική εφαρμογή των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας στις μονάδες υγείας
- 8) Η διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με τα οφέλη των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας για τις μονάδες υγείας

3.3. Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα συνιστά μια πρωτογενή ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο διαμοιράστηκε σε νοσηλευτές σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, προκειμένου να εκτιμηθούν οι απόψεις και οι αντιλήψεις τους αντίληψή τους για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης ως αποτέλεσμα της συστημάτων πιστοποίησης, καθώς και οι παράγοντες που συνεισφέρουν στην εργασιακή ικανοποίηση. Η ποσοτική έρευνα πραγματοποιείται όταν τα αποτελέσματα των δεδομένων μπορούν να παρουσιαστούν σε διαγράμματα και σε πίνακες. Επίσης, στη συγκεκριμένη μεθοδολογία, η χρήση της στατιστικής δεν επιτρέπει στον ερευνητή να κατευθύνει την έρευνα καθώς τα νούμερα των αποτελεσμάτων δίνουν την εξήγηση στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί (Creswell, 2011).

3.4. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 104 νοσηλευτές, εργαζόμενους σε ιδιωτικές μονάδες υγείας στην Ελλάδα. Κατά την επιλογή του δείγματος δεν τέθηκε κάποιος περιορισμός, σε ότι αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

3.5. Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, συντάχθηκε έπειτα από την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και προκειμένου να απαντήσει επαρκώς στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου, ώστε οι συμμετέχοντες να μπορούν να τα συμπληρώνουν εύκολα και παράλληλα να μπορεί να πραγματοποιηθεί παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε πίνακες και διαγράμματα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία βασικά μέρη. Στο πρώτο μέρος υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν την συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου σχεδιάστηκε ώστε να συλλεχθούν δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των νοσηλευτών. Στο μέρος αυτό περιλαμβάνονται συνολικά 24 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο αντλήθηκε από την έρευνα της Χαραλαμπίδου (1996) η οποία είχε επίσης διερευνήσει τους παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο όπως αποδεικνύεται και από την χρήση του σε μεταγενέστερες έρευνες ίδιου αντικειμένου. Οι παράγοντες οι οποίοι διερευνώνται ως προς τον βαθμό που συνεισφέρουν στην ικανοποίηση από την εργασία περιλαμβάνουν τις μισθολογικές αποδοχές και την ασφαλιστική κάλυψη, τις συνθήκες εργασίας και το ωράριο εργασίας, τις σχέσεις με τους συναδέλφους, τις ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, το επίπεδο ευθυνών, τον βαθμό ελευθερίας στην άσκηση καθηκόντων και τις ευκαιρίες εκπαίδευσης και κατάρτισης. Οι ερωτήσεις του μέρους αυτού, δίνουν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα 1 και 2. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε μια κλίμακα Likert από το 1 έως το 5 ως εξής:

1=Πολύ ικανοποιημένος/η, 2= Μέτρια ικανοποιημένος/η, 3= Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η, 4= Μέτρια δυσαρεστημένος/η και 5 = Πολύ δυσαρεστημένος/η

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τις απόψεις και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας. Το μέρος αυτό αποτελείται από 31 ερωτήσεις, οι

οποίες αντλήθηκαν από την έρευνα των El-Jardali et al (2008), οι οποίοι διερεύνησαν επίσης τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση της διαπίστευσης στην ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε μονάδες υγείας στον Λίβανο. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας των El-Jardali et al (2008) αποδόθηκε στην ελληνική γλώσσα προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα έρευνα. Οι ερωτήσεις του μέρους αυτού, δίνουν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα 3-8. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε μια κλίμακα Likert από το 1 έως το 5 ως εξής:

1=Συμφωνώ απόλυτα, 2= Συμφωνώ, 3= Ουδέτερος/η , 4= Διαφωνώ και 5 = Διαφωνώ απόλυτα

3.6. Σχεδιασμός έρευνας

Η έρευνα έγινε σε νοσηλευτές ιδιωτικών κέντρων υγείας στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε από την ερευνήτρια αυτοπροσώπως και σε έντυπη μορφή στο δείγμα. Οι νοσηλευτές που προσεγγίστηκαν από τα διάφορα ιδιωτικά κέντρα υγείας, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και στην συνέχεια ερωτήθηκαν αν ήθελαν να λάβουν μέρος σε αυτή, απαντώντας το ερωτηματολόγιο. Οι νοσηλευτές που δέχθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα υπέγραψαν ένα έντυπο συγκατάθεσης (Παράρτημα Β). Μετά την απάντηση τους τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από την ερευνήτρια και η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

Κεφάλαιο 4^ο: Αποτελέσματα έρευνας

Στο παρόν κεφάλαιο της διατριβής παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο δείγμα των 104 νοσηλευτών σε ιδιωτικές μονάδες υγείας στην Ελλάδα. Στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος των νοσηλευτών ενώ στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την αξιοπιστία του εργαλείου επαγγελματικής ικανοποίησης και του εργαλείου επίδραση των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας. Στην τρίτη ενότητα του κεφαλαίου δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών και διερευνάτε η πιθανή διαφοροποίηση των διαστάσεων της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών ως προς τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους. Στην τελευταία ενότητα του κεφαλαίου δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με την επίδραση που έχουν τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας στις ιδιωτικές μονάδες υγείας στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα, διερευνάτε κατά πόσο η υιοθέτηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας επηρεάζει την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με ένα μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη στο λογισμικό SPSS version 24 και ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε η τιμή $\alpha=0.05$ που ισοδυναμεί με 95% διάστημα εμπιστοσύνης.

4.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος

Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 104 νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικές μονάδες υγείας στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος δίνονται στον Πίνακα 1. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες ($n=74$, 71.2%) ενώ μικρότερη συμμετοχή παρατηρήθηκε από άντρες νοσηλευτές ($n=30$, 28.8%). Επιπρόσθετα, ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων νοσηλευτών ήταν ηλικίας 20 έως 29 ετών ($n=33$, 31.7%) ή ηλικίας 30 έως 39 ετών ($n=44$, 42.3%). Μικρότερο ποσοστό συμμετοχής καταγράφηκε για νοσηλευτές ηλικίας 40 έως 49 ετών ($n=20$, 19.2%) και ηλικίας άνω των 50 ετών ($n=7$, 6.7%). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών προέκυψε ότι το

54.8% (v=57) είχαν αποφοιτήσει από τμήμα ΑΕΙ ή ΤΕΙ και το 41.3% (v=43) είχαν αποφοιτήσει από τμήμα ΙΕΚ. Ενώ μόλις το 1.9% (v=2) ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 1.9% (v=2) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού. Τέλος, το 52.9% (v=55) των νοσηλευτών ήταν έγγαμοι με παιδιά, το 39.4% (v=41) ήταν άγαμοι, το 6.7% (v=7) ήταν έγγαμοι χωρίς παιδιά και το 1% (v=1) ήταν χήροι.

Πίνακας 13. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

		v	%
Φύλο	Άντρας	30	28.8%
	Γυναίκα	74	71.2%
Ηλικία	20-29	33	31.7%
	30-39	44	42.3%
	40-49	20	19.2%
	Άνω των 50	7	6.7%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος Λυκείου	2	1.9%
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	57	54.8%
	Απόφοιτος ΙΕΚ/Παστέρ	43	41.3%
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	2	1.9%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	41	39.4%
	Έγγαμος χωρίς παιδιά	7	6.7%
	Έγγαμος με παιδιά	55	52.9%
	Διαζευγμένος	1	1.0%

Τα αποτελέσματα σχετικά με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος δίνονται στον Πίνακα 2. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν εργαζόμενοι με σύμβαση αορίστου χρόνου (v=90, 87.4%) ενώ μικρότερη συμμετοχή παρατηρήθηκε από εργαζόμενους με σύμβαση ορισμένου χρόνου (v=13, 12.6%). Επιπλέον, όλοι οι νοσηλευτές ήταν σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης. Τέλος, το 41.3% (v=43) των νοσηλευτών είχαν εργασιακή προϋπηρεσία μικρότερη από 10 έτη, 40.4% (v=42) είχαν προϋπηρεσία μικρότερη από 11 έως 20 έτη και το 18.2% (v=19) είχαν προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 20 έτη.

Πίνακας 14. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος

		v	%
Καθεστώς εργασίας	Σύμβαση αορίστου χρόνου	90	87.4%
	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	13	12.6%
Είδος απασχόλησης	Πλήρης απασχόληση	104	100.0%
Έτη προϋπηρεσίας	0-10	43	41.3%
	11-20	42	40.4%
	21-30	17	16.3%
	31-40	2	1.9%

4.2. Ανάλυση αξιοπιστίας

Η επόμενη ανάλυση διενεργήθηκε με σκοπό την διερεύνηση της αξιοπιστίας των κλιμάκων του εργαλείου επαγγελματικής ικανοποίησης και του εργαλείου επίδραση των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας. Η αξιοπιστία αξιολογήθηκε από τον δείκτη αξιοπιστίας α του Cronbach. Τα αποτελέσματα δίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.

Για το πρώτο εργαλείο που αφορούσε την εργασιακή ικανοποίηση το οποίο και αποτελείται από 7 διαστάσεις παρατηρήθηκε ότι η διάσταση της ικανοποίησης που αφορά τις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία ($\alpha=0.770$), η διάσταση της ικανοποίησης που αφορά τις εξωγενείς ανταμοιβές εμφάνισε αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha=0.657$), η διάσταση της ικανοποίησης που αφορά το πρόγραμμα εργασίας εμφάνισε πολύ υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.818$), η διάσταση της ικανοποίησης που αφορά τους συνεργάτες εμφάνισε αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha=0.867$), η διάσταση της ικανοποίησης που αφορά την ισορροπία οικογένειας και εργασίας εμφάνισε οριακά αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha=0.536$), η διάσταση της ικανοποίησης που αφορά την εκτίμηση και τους επαίνους εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία ($\alpha=0.785$) και η διάσταση της ικανοποίησης που αφορά την ελαστικότητα του προγραμματισμού εμφάνισε αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha=0.620$). Συγκεντρωτικά, μπορούμε να πούμε ότι και οι 4 διαστάσεις του εργαλείου συναισθηματικής νοημοσύνης εμφανίζουν αρκετά καλή αξιοπιστία.

Για το δεύτερο εργαλείο που αφορούσε τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας, το οποίο και αποτελείται από 7 διαστάσεις, παρατηρήθηκε ότι η διάσταση που αφορούσε την αποτελεσματικότητα της ποιότητας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.790$), η διάσταση των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας που αφορούν την ηγεσία, την δέσμευση και την υποστήριξη εμφάνισε πολύ υψηλή αξιοπιστία

($\alpha=0.904$), η διάσταση που αφορούσε το στρατηγικό σχεδιασμό της ποιότητας εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία ($\alpha=0.774$), η διάσταση που αφορούσε την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού μέσα από τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.805$), η διάσταση που αφορούσε την διαχείριση ποιότητας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.840$), η διάσταση που αφορούσε την χρήση δεδομένων μέσα από τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.790$) και η διάσταση που αφορούσε τα οφέλη από τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.900$).

Πίνακας 15 Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες της επαγγελματικής ικανοποίησης και τις κλίμακες της επίδρασης των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας

Κλίμακα	Αριθμός ερωτήσεων	α Cronbach
Επαγγελματική ικανοποίηση		
1. Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	6	0.770
2. Εξωγενείς ανταμοιβές	4	0.657
3. Πρόγραμμα εργασίας	2	0.818
4. Συνεργάτες	2	0.687
5. Ισορροπία οικογένεια-εργασία	2	0.536
6. Εκτίμηση-έπαινος	6	0.785
7. Ελαστικότητα προγραμματισμός	2	0.620
Επίδραση συστημάτων διασφάλισης ποιότητας		
1. Αποτελέσματα ποιότητας	3	0.790
2. Ηγεσία, δέσμευση και υποστήριξη	5	0.904
3. Στρατηγικός σχεδιασμός ποιότητας	4	0.774
4. Αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού	2	0.805
5. Διαχείριση ποιότητας	5	0.840
6. Χρήση δεδομένων	5	0.790
7. Οφέλη από τη χρήση συστημάτων ποιότητας	7	0.900

4.3. Εργασιακή ικανοποίηση

Στον Πίνακα 4 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τις 7 διαστάσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης όπως αυτές δημιουργούνται από τις 24 ερωτήσεις του εργαλείου επαγγελματικής ικανοποίησης. Το σκορ για κάθε μια διάσταση προέκυψε ως η μέση τιμή των ερωτήσεων που απάρτιζαν την κάθε διάσταση. Τα περιγραφικά αποτελέσματα ανά ερώτηση και ανά διάσταση δίνονται στο Παράρτημα Γ στον Πίνακα Α. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι οι νοσηλευτές εκφράζουν μεγάλο βαθμό εργασιακή ικανοποίηση που σχετίζεται με τους συνεργάτες τους (MT=4.17, TA=0.76) ενώ εκφράζουν μέτρια προς αρκετή ικανοποίηση που σχετίζεται με την ελαστικότητα του προγράμματος (MT=3.37, TA=1.01), την επίτευξη ισορροπίας μεταξύ οικογένειας και εργασίας (MT=3.33, TA=0.82), και την αναγνώριση των προσπαθειών τους μέσα από την εκτίμηση που λαμβάνουν προς το πρόσωπο τους και τους επαίνους που παίρνουν (MT=3.30, TA=0.77). Επιπλέον, οι νοσηλευτές είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης (MT=3.23, TA=0.71), τις εξωγενείς ανταμοιβές που λαμβάνουν (MT=3.13, TA=0.83) και το πρόγραμμα της εργασίας τους (MT=3.01, TA=1.25).

Πίνακας 16 Περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών (1=Πολύ δυσαρεστημένος, 5=Πολύ ικανοποιημένος)

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)	Ελάχιστο	Μέγιστο
1) Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	3.23	.71	1.00	4.83
2) Εξωγενείς ανταμοιβές	3.13	.83	1.50	4.75
3) Πρόγραμμα εργασίας	3.01	1.25	1.00	5.00
4) Συνεργάτες	4.17	.76	1.00	4.00
5) Ισορροπία οικογένεια-εργασία	3.33	.82	1.00	5.00
6) Εκτίμηση-έπαινος	3.30	.77	1.17	4.83
7) Ελαστικότητα προγραμματισμός	3.37	1.01	1.00	5.00

4.3.1. Εργασιακή ικανοποίηση ως προς τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Στην συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test και της ανάλυσης διακύμανσης (one-way ANOVA) με σκοπό την διερεύνηση και την καταγραφή των στατιστικά σημαντικών διαφορών στις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ως προς τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών. Στον Πίνακα 5 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τις 7 διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ως προς το φύλο των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ($p > 0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει ότι η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών δεν διαφοροποιείται ως προς το φύλο τους και ουσιαστικά οι άντρες νοσηλευτές εκφράζουν ισοδύναμη εργασιακή ικανοποίηση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες.

Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου t-test για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς το φύλο των νοσηλευτών

	Φύλο				t	p
	Άντρας		Γυναίκα			
	MT	TA	MT	TA		
Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	2.28	0.7	3.2	0.72	-0.528	0.599
Εξωγενείς ανταμοιβές	2.25	0.78	3.09	0.85	-0.875	0.384
Πρόγραμμα εργασίας	3.15	1.23	2.93	1.26	-0.807	0.422
Συνεργάτες	4.33	0.61	4.12	0.8	-1.332	0.186
Ισορροπία οικογένεια-εργασία	3.36	0.98	3.31	0.76	-0.286	0.775
Εκτίμηση-έπαινος	3.41	0.71	3.25	0.8	-0.913	0.363
Ελαστικότητα προγραμματισμός	3.50	1.01	3.32	1.02	-0.798	0.427

Στον Πίνακα 6 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα της ANOVA για τις 7 διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ως προς την ηλικιακή ομάδα των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ($p > 0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει ότι η εργασιακή ικανοποίηση

των νοσηλευτών δεν διαφοροποιείται ως προς την ηλικιακή ομάδα τους και ουσιαστικά οι νοσηλευτές εκφράζουν ισοδύναμη εργασιακή ικανοποίηση ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα τους.

Πίνακας 18 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς την ηλικία των νοσηλευτών

	Ηλικία						F	p
	20-29		30-39		Άνω των 40			
	MT	TA	MT	TA	MT	TA		
Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	3.33	0.54	3.20	0.82	3.15	0.72	0.515	0.599
Εξωγενείς ανταμοιβές	3.05	0.82	3.24	0.75	3.05	0.96	0.622	0.539
Πρόγραμμα εργασίας	2.82	0.99	3.05	1.34	3.19	1.41	0.676	0.511
Συνεργάτες	4.32	0.61	4.01	0.92	4.24	0.59	1.732	0.182
Ισορροπία οικογένεια-εργασία	3.44	0.67	3.35	0.88	3.19	0.9	0.680	0.509
Εκτίμηση-έπαινος	3.31	0.62	3.22	0.81	3.44	0.87	0.694	0.502
Ελαστικότητα προγραμματισμός	3.45	0.93	3.26	1.03	3.46	1.1	0.485	0.617

Στον Πίνακα 7 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τις 7 διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ($p > 0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει ότι η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών δεν διαφοροποιείται ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο τους και ουσιαστικά οι νοσηλευτές εκφράζουν ισοδύναμη εργασιακή ικανοποίηση ανεξάρτητα από το εκπαιδευτικό επίπεδο τους.

Πίνακας 19 Αποτελέσματα ελέγχου t-test για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών

	Εκπαίδευση				t	p
	Λύκειο/IEK		ΤΕΙ/ΑΙΕ/Μεταπτυχιακό			
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ		
Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	3.20	0.72	3.24	0.71	0.265	0.791
Εξωγενείς ανταμοιβές	3.20	0.85	3.09	0.81	-0.668	0.506
Πρόγραμμα εργασίας	3.12	1.21	2.92	1.29	-0.802	0.425
Συνεργάτες	4.29	0.64	4.08	0.83	1.423	0.158
Ισορροπία οικογένεια-εργασία	3.44	0.77	4.24	0.86	1.238	0.218
Εκτίμηση-έπαινος	3.36	0.78	3.26	0.77	-0.674	0.502
Ελαστικότητα προγραμματισμός	3.4	0.98	3.35	1.04	-0.255	0.799

Στον Πίνακα 8 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα της ANOVA για τις 7 διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ως προς την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης. Η ανάλυση έδειξε ότι η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποιεί σε σημαντικό βαθμό την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών που σχετίζεται με τις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης ($F(2,102)=5.077$, $p=0.008<0.05$). Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές που είναι έγγαμοι χωρίς παιδιά (ΜΤ=3.95, ΤΑ=0.82) εκφράζουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση που σχετίζεται με τις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που είναι άγαμοι (ΜΤ=3.33, ΤΑ=0.54) ή τους νοσηλευτές που είναι έγγαμοι με παιδιά (ΜΤ=3.23, ΤΑ=0.72). Στις υπόλοιπες διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ως προς την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών ($p>0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις).

Πίνακας 20 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών

	Οικογενειακή κατάσταση						F	p
	Άγαμος		Έγγαμος χωρίς παιδιά		Έγγαμος με παιδιά			
	MT	TA	MT	TA	MT	TA		
Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	3.33	0.54	3.95	0.82	3.23	0.72	5.077	0.008*
Εξωγενείς ανταμοιβές	3.05	0.82	3.54	0.75	3.12	0.96	1.078	0.345
Πρόγραμμα εργασίας	2.82	0.99	3.14	1.34	3.11	1.41	0.761	0.470
Συνεργάτες	4.32	0.61	4.57	0.92	4.13	0.59	1.078	0.344
Ισορροπία οικογένεια-εργασία	3.44	0.67	3.57	0.88	3.33	0.9	0.400	0.671
Εκτίμηση-έπαινος	3.31	0.62	3.83	0.81	3.33	0.87	2.574	0.081
Ελαστικότητα προγραμματισμός	3.45	0.93	4.21	1.03	3.3	1.1	2.884	0.061

Στον Πίνακα 9 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τις 7 διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ως προς το καθεστώς εργασίας των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν δύο στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης. Αναλυτικότερα προκύπτει ότι το καθεστώς εργασίας διαφοροποιεί σε σημαντικό βαθμό την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών που σχετίζεται με τις εξωγενείς ανταμοιβές ($t(102)=-2.779$, $p=0.025<0.05$) και την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών που σχετίζεται με το πρόγραμμα εργασίας ($t(102)=-2.101$, $p=0.046<0.05$). Οι νοσηλευτές που εργάζονται με σύμβαση αορίστου χρόνου (MT=3.19, TA=0.78) να εκφράζουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση που σχετίζεται με τις εξωγενείς ανταμοιβές σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου (MT=2.62, TA=0.96). Παρόμοια, οι νοσηλευτές που εργάζονται με σύμβαση αορίστου χρόνου (MT=3.06, TA=1.30) να εκφράζουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση που σχετίζεται με το πρόγραμμα εργασίας σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου (MT=2.54, TA=0.75). Στις υπόλοιπες διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ως προς το καθεστώς εργασίας των νοσηλευτών ($p>0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις).

Πίνακας 21 Αποτελέσματα ελέγχου t-test για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς το καθεστώς εργασίας των νοσηλευτών

	Καθεστώς εργασίας				t	p
	Αορίστου		Ορισμένου			
	MT	TA	MT	TA		
Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	3.21	0.74	3.28	0.54	0.325	0.746
Εξωγενείς ανταμοιβές	3.19	0.78	2.62	0.96	-2.779	0.025*
Πρόγραμμα εργασίας	3.06	1.30	2.54	0.75	-2.101	0.046*
Συνεργάτες	4.11	0.77	4.50	0.54	1.746	0.084
Ισορροπία οικογένεια-εργασία	3.29	0.86	3.54	0.33	1.892	0.066
Εκτίμηση-έπαινος	3.32	0.76	3.07	0.74	-1.071	0.287
Ελαστικότητα προγραμματισμός	3.32	1.03	3.62	0.82	0.979	0.330

Στον Πίνακα 10 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα της ANOVA για τις 7 διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ως προς την προϋπηρεσία των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης ($p > 0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει ότι η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών δεν διαφοροποιείται ως προς τα έτη προϋπηρεσίας τους και ουσιαστικά οι νοσηλευτές εκφράζουν ισοδύναμη εργασιακή ικανοποίηση ανεξάρτητα από το πόσα έτη εργάζονται στο χώρο.

Πίνακας 22 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA για την διερεύνηση των διαστάσεων εργασιακής ικανοποίησης ως προς την προϋπηρεσία των νοσηλευτών

	Προϋπηρεσία						F	p
	0-10		11-20		Άνω των 20			
	MT	TA	MT	TA	MT	TA		
Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης	3.31	0.55	3.25	0.73	3	0.94	1.245	0.292
Εξωγενείς ανταμοιβές	3.19	0.78	3.12	0.79	3.04	1.02	0.200	0.819
Πρόγραμμα εργασίας	2.96	1	3.1	1.4	2.92	1.46	0.170	0.844
Συνεργάτες	4.29	0.59	4.04	0.91	4.18	0.73	1.210	0.303
Ισορροπία οικογένεια-εργασία	3.44	0.59	3.3	0.94	3.16	0.97	0.792	0.456
Εκτίμηση-έπαινος	3.35	0.62	3.25	0.8	3.32	1.01	0.188	0.829
Ελαστικότητα προγραμματισμός	3.5	0.88	3.22	1.08	3.41	1.15	0.824	0.442

4.4. Οφέλη συστημάτων διαχείρισης ποιότητας

Στον Πίνακα 11 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τις 7 διαστάσεις που αφορούσαν τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας ς όπως αυτές δημιουργούνται απο τις 31 ερωτήσεις του αντίστοιχο εργαλείου. Το σκορ για κάθε μια διάσταση προέκυψε ως η μέση τιμή των ερωτήσεων που απάρτιζαν την κάθε διάσταση. Τα περιγραφικά αποτελέσματα ανά ερώτηση και ανά διάσταση δίνονται στο Παράρτημα Γ στον Πίνακα Β. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε η μέση τιμή στην διάσταση που αφορά τα αποτελέσματα ποιότητας είναι ίση με 3.11 (TA=0.88). Αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η ποιότητα των αποτελεσμάτων στα νοσοκομεία είναι ως ένα μέτριο βαθμό αποτέλεσμα των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές σε μέτριο βαθμό θεωρούν ότι η ηγεσία υιοθετεί στρατηγικές που υποστηρίζουν τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας και παρέχουν μια ιδιαίτερα ορατή ηγεσία στη διατήρηση ενός περιβάλλοντος που υποστηρίζει τη βελτίωση της ποιότητας (MT=2.87, TA=1.01). Παρόμοια, οι νοσηλευτές σε μέτριο βαθμό συμφωνούν με το ότι στα νοσοκομεία υπάρχει σαφής στρατηγικός σχεδιασμός για την επίτευξη ποιότητας (MT=3.03, TA=0.91).

Αναφορικά με την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στα πλαίσια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών οι νοσηλευτές απο τις απαντήσεις τους έδειξαν ότι αυτό συμβαίνει σε μέτριο βαθμό στα Ελληνικά νοσοκομεία (MT=3.09, TA=1.02). Παρόμοια, οι νοσηλευτές πιστεύουν σε μέτριο βαθμό ότι στα νοσοκομεία που εργάζονται γίνεται σωστή διαχείριση της ποιότητας (MT=3.05, TA=0.88) ενώ σε μέτριο προς αρκετό βαθμό συμφωνούν με το ότι γίνεται χρήση δεδομένων στα πλαίσια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (MT=3.47, TA=0.86). Τέλος, παρατηρήθηκε ότι η μέση τιμή στην διάσταση που αφορά τα οφέλη απο την χρήση συστημάτων ποιότητας είναι ίση με 3.38 (TA=0.84). Το παραπάνω αποτέλεσμα δείχνει ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και αναγνωρίζουν σε κάποιο βαθμό ότι η βελτίωση της ομαδικής εργασίας και της παραγωγικότητας στα νοσοκομεία είναι αποτέλεσμα των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας.

Πίνακας 23 Περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας (1=Διαφωνών απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)	Ελάχιστο	Μέγιστο
1) Αποτελέσματα ποιότητας	3.11	.88	1.00	5.00
2) Ηγεσία, δέσμευση και υποστήριξη	2.87	1.01	1.40	5.00
3) Στρατηγικός σχεδιασμός ποιότητας	3.03	.91	1.00	5.00
4) Αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού	3.09	1.02	1.00	5.00
5) Διαχείριση ποιότητας	3.05	.88	1.00	5.00
6) Χρήση δεδομένων	3.47	.86	1.00	4.60
7) Οφέλη απο τη χρήση συστημάτων ποιότητας	3.38	.84	1.00	4.71

4.4.1. Επίδραση της εφαρμογής συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Στην συνέχεια διενεργήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω (backward) μέθοδο με εξαρτημένη μεταβλητή την επίτευξη ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες στα νοσοκομεία και ανεξάρτητες τα χαρακτηριστικά που αφορούν την υιοθέτηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας. Τα αποτελέσματα δίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 12. Το τελικό μοντέλο που προέκυψε από την ανάλυση προτείνει ως σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της επίτευξης ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες στα νοσοκομεία (1) την υποστήριξη και ενθάρρυνση της χρήσης συστημάτων διαχείρισης ποιότητας από την ηγεσία ($b=0.252$, $p=0.017<0.05$), (2) την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στα συστήματα διαχείρισης ποιότητας μέσα από την εκπαίδευση και την ενθάρρυνση τους χρήση ($b=0.168$, $p=0.064<0.10$) και (3) την αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας στα πλαίσια του νοσοκομείου ($b=0.353$, $p=0.02<0.05$). Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αύξηση της υποστήριξης και η ενθάρρυνση της χρήσης συστημάτων διαχείρισης από την πλευρά της ηγεσίας του νοσοκομείου, η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στα συστήματα διαχείρισης ποιότητας μέσα από την εκπαίδευση και την ενθάρρυνση για χρήση των συστημάτων και η αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας με χρήση κατάλληλων στρατηγικών επιφέρουν βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες στα νοσοκομεία.

Πίνακας 24 Αποτελέσματα προς τα πίσω (backward) παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα αποτελέσματα της ποιότητας και ανεξάρτητες τα χαρακτηριστικά που αφορούν την υιοθέτηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας

Μοντέλο	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποποιημένοι συντελεστές	t	p	
	B	Τυπικό Σφάλμα	Beta			
1	(Σταθερά)	.575	.225		2.550	.012
	Ηγεσία, δέσμευση και υποστήριξη	.261	.114	.302	2.295	.024
	Στρατηγικός σχεδιασμός ποιότητας	-.047	.106	-.048	-.440	.661
	Αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού	.181	.096	.206	1.883	.063
	Διαχείριση ποιότητας	.392	.132	.393	2.968	.004
	Χρήση δεδομένων	-.083	.111	-.081	-.747	.457
	Οφέλη απο τη χρήση συστημάτων ποιότητας	.055	.114	.052	.480	.632
2	(Σταθερά)	.548	.216		2.535	.013
	Ηγεσία, δέσμευση και υποστήριξη	.244	.106	.282	2.292	.024
	Αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού	.170	.093	.194	1.839	.069
	Διαχείριση ποιότητας	.391	.131	.392	2.975	.004
	Χρήση δεδομένων	-.082	.110	-.080	-.740	.461
	Οφέλη απο τη χρήση συστημάτων ποιότητας	.043	.110	.041	.390	.697
3	(Σταθερά)	.564	.212		2.666	.009
	Ηγεσία, δέσμευση και υποστήριξη	.251	.104	.291	2.413	.018
	Αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού	.177	.091	.201	1.944	.055
	Διαχείριση ποιότητας	.399	.129	.400	3.084	.003
	Χρήση δεδομένων	-.069	.105	-.068	-.657	.513
4	(Σταθερά)	.545	.209		2.609	.011
	Ηγεσία, δέσμευση και υποστήριξη	.252	.104	.292	2.427	.017
	Αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού	.168	.090	.192	1.875	.064
	Διαχείριση ποιότητας	.353	.109	.355	3.240	.002

(1) $R^2=0.590$, $F(6, 92)=22.09$, $p<0.01$

(2) $R^2=0.589$, $F(5, 93)=26.71$, $p<0.01$

(3) $R^2=0.589$, $F(4, 94)=33.65$, $p<0.01$

(4) $R^2=0.587$, $F(3, 95)=44.99$, $p<0.01$

Κεφάλαιο 5^ο: Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τα επίπεδα και τους παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών σε ιδιωτικές μονάδες υγείας στην Ελλάδα, καθώς και τις στάσεις τους, τις απόψεις και τις αντιλήψεις τους για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας, σε τομείς όπως ο ρόλος τους στην βελτίωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων των ασθενών, ο ρόλος της ηγεσίας στην υποστήριξη της εφαρμογής των συστημάτων πιστοποίησης, η ποιότητα του στρατηγικού σχεδιασμού στην εφαρμογή των απαιτήσεων που θέτουν τα συστήματα πιστοποίησης της ποιότητας, η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων κατά την εφαρμογή των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας (εκπαίδευση και ανταμοιβές), η αποτελεσματική εφαρμογή των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας στις μονάδες υγείας και τα οφέλη των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας για τις μονάδες υγείας.

Αρχικά σε ότι αφορά την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, ο παράγοντας που βρέθηκε να συνεισφέρει περισσότερο στην εργασιακή ικανοποίηση, ήταν οι σχέσεις με τους συνεργάτες, ενώ σε μέτριο βαθμό συνεισέφεραν παράγοντες όπως η ελαστικότητα του προγράμματος, η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ οικογένειας και εργασίας και η αναγνώριση των προσπαθειών τους μέσα από την εκτίμηση που λαμβάνουν προς το πρόσωπο τους και τους επαίνους που παίρνουν. Οι παράγοντες που συνεισέφεραν σε μικρότερο βαθμό στην ικανοποίηση τους από την εργασία ήταν οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, οι εξωγενείς ανταμοιβές και το πρόγραμμα της εργασίας τους. Πράγματι όπως έχουν δείξει και προηγούμενες έρευνες τα ωράρια εργασίας των νοσηλευτών, ειδικότερα αυτά σε εναλλασσόμενες βάρδιες, τα οποία είναι κοινά σε αυτές τις επαγγελματικές ομάδες, μπορεί να είναι ιδιαίτερα κουραστικά, και να μην συνεισφέρουν στην ικανοποίηση τους από την εργασία (Farquharson et al 2012). Επίσης σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι αμοιβές και οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης συνδέονται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση (Al-Dossary et al 2012), ωστόσο οι διαφορές αυτές αποδίδονται σε διαφορές στα συστήματα ανταμοιβών που υπάρχουν στις μονάδες υγείας μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Επίσης σε αντίθεση με άλλες έρευνες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης δεν διαφοροποιούνται ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τα χρόνια προϋπηρεσίας. Υπήρχε όμως

σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση από τις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, με βάση την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές που είναι έγγαμοι χωρίς παιδιά εξέφρασαν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση που σχετίζεται με τις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που είναι άγαμοι ή τους νοσηλευτές που είναι έγγαμοι με παιδιά. Διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης καταγράφηκαν επίσης και με βάση το καθεστώς εργασίας, καθώς βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με σύμβαση αορίστου χρόνου, εξέφρασαν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση που σχετίζεται με τις εξωγενείς ανταμοιβές και το ωράριο εργασίας, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Είναι πολύ πιθανό οι νοσηλευτές με συμβάσεις αορίστου χρόνου να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια στην εργασία, σε σχέση με τους νοσηλευτές με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και έτσι οι πρώτοι να είναι περισσότερο ικανοποιημένου λόγω αυτής της παραμέτρου.

Αναφορικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αρχικά οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η ποιότητα των αποτελεσμάτων στα νοσοκομεία είναι ως ένα μέτριο βαθμό αποτέλεσμα των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας. Επίσης οι νοσηλευτές σε μέτριο βαθμό θεωρούν ότι η ηγεσία υιοθετεί στρατηγικές που υποστηρίζουν τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας και παρέχουν μια ιδιαίτερα ορατή ηγεσία στη διατήρηση ενός περιβάλλοντος που υποστηρίζει τη βελτίωση της ποιότητας. Παρόμοια, οι νοσηλευτές σε μέτριο βαθμό συμφωνούν με το ότι στα νοσοκομεία υπάρχει σαφής στρατηγικός σχεδιασμός για την επίτευξη ποιότητας. Τα αποτελέσματα αυτά συνδέονται μεταξύ τους και υποστηρίζουν τα ευρήματα της βιβλιογραφίας σχετικά με τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η ηγεσία στην υιοθέτηση των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στις μονάδες υγείας (Mwachofi, Walston και Al-Omar, 2011). Η ηγεσία είναι ένας παράγοντας ο οποίος μπορεί να ευνοήσει ή όχι την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, δημιουργώντας μια κουλτούρα ποιότητας και παρέχοντας τα μέσα στο νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να υποστηρίξουν την εφαρμογή τους (Favaretti et al, 2016). Ενδεχομένως λοιπόν όταν η ηγεσία στις μονάδες υγείας δεν υιοθετεί στρατηγικές που να υποστηρίζουν τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας και δεν φροντίζουν ώστε να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που να υποστηρίζει τη βελτίωση της ποιότητας, τότε οι πρωτοβουλίες της ποιότητας θα εφαρμοστούν δύσκολα και δεν θα τύχουν

αποδοχής από τους νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό των μονάδων υγείας. Σε αυτή την περίπτωση θα υπάρχει ελλιπής ή καθόλου εφαρμογή, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν θετικά αποτελέσματα, όπως η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Jacobs et al, 2015).

Αναφορικά με την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στα πλαίσια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών οι νοσηλευτές από τις απαντήσεις τους έδειξαν ότι αυτό συμβαίνει σε μέτριο βαθμό στα Ελληνικά ιδιωτικά νοσοκομεία. Παρόμοια, οι νοσηλευτές πιστεύουν σε μέτριο βαθμό ότι στα νοσοκομεία που εργάζονται γίνεται σωστή διαχείριση της ποιότητας ενώ σε μέτριο προς αρκετό βαθμό συμφωνούν με το ότι γίνεται χρήση δεδομένων στα πλαίσια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και αναγνωρίζουν σε κάποιο βαθμό ότι η βελτίωση της ομαδικής εργασίας και της παραγωγικότητας στα νοσοκομεία είναι αποτέλεσμα των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας. Παρατηρείται λοιπόν ότι ενώ μπορεί να υπάρχουν προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες υγείας που μελετήθηκαν, αυτά μέχρι στιγμής έχουν θετικά αποτελέσματα στην παραγωγικότητα των εργαζομένων και στην ενίσχυση της ομαδικής εργασίας, σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των νοσηλευτών. Αυτό σημαίνει λοιπόν ότι τα συστήματα αυτά έχουν μέχρι σε κάποιο βαθμό υιοθετηθεί επιτυχώς στις μονάδες υγείας, έχοντας θετικά αποτελέσματα στην εργασία των νοσηλευτών, αλλά όχι στην ποιότητα της περίθαλψης.

Το τελικό μοντέλο προτείνει ως σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της επίτευξης ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες στα νοσοκομεία (1) την υποστήριξη και ενθάρρυνση της χρήσης συστημάτων διαχείρισης ποιότητας από την ηγεσία, (2) την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στα συστήματα διαχείρισης ποιότητας μέσα από την εκπαίδευση και την ενθάρρυνση τους χρήση και (3) την αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας στα πλαίσια του νοσοκομείου. Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αύξηση της υποστήριξης και η ενθάρρυνση της χρήσης συστημάτων διαχείρισης από την πλευρά της ηγεσίας του νοσοκομείου, η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στα συστήματα διαχείρισης ποιότητας μέσα από την εκπαίδευση και την ενθάρρυνση για χρήση των συστημάτων και η αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας με χρήση κατάλληλων στρατηγικών επιφέρουν βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες στα νοσοκομεία.

Συνολικά λοιπόν παρατηρείται ότι ενώ υπάρχουν συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, το δυναμικό τους δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, επειδή ενδεχομένως η ηγεσία δεν έχει φροντίσει να ενσωματώσει στον στρατηγικό σχεδιασμό το πρόγραμμα ποιότητας, αλλά και ούτε έχει παράσχει τα κατάλληλα μέσα στο προσωπικό (π.χ εκπαίδευση), ώστε να ενισχύσει την εφαρμογή τους.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι μονάδες στον ιδιωτικό τομέα της υγείας στην Ελλάδα δεν θα πρέπει απλώς να εισάγουν προγράμματα για την βελτίωση της ποιότητας, αλλά να δημιουργούν μια κουλτούρα ποιότητας και να παρέχουν στο προσωπικό τους, τα μέσα για να μπορούν να υποστηρίξουν την εφαρμογή τους. Εναλλακτικά η οποιαδήποτε προσπάθεια εισαγωγής προγραμμάτων είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσει την αντίσταση στην αλλαγή των εργαζομένων και να μην συνεισφέρει στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Κεφάλαιο 6^ο: Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη αν και παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, καθώς και τις απόψεις και τις αντιλήψεις τους σχετικά με την συμβολή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στην βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, έχει και κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να συζητηθούν. Ο πρώτος περιορισμός έγκειται στο γεγονός ότι τα αποτελέσματά μας βασίζονται στην αντίληψη των νοσηλευτών, χωρίς περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων των ασθενών. Παρόλο που τα αποτελέσματα των ασθενών θα μπορούσαν να αποτελέσουν καλό δείκτη ώστε να διερευνηθεί αν όντως έχει καταγραφεί βελτίωσης της ποιότητας, αυτό δεν ήταν σκοπός της έρευνας αυτής. Ως εκ τούτου είναι απαραίτητο μελλοντικές έρευνες να διερευνήσουν στην πράξη τα αποτελέσματα των ασθενών, προκειμένου να διαπιστωθεί αν όντως τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας συνεισφέρουν στην βελτίωση της φροντίδας.

Ένας άλλος περιορισμός είναι η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, αλλά και λόγω του ότι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα, ήταν από ιδιωτικές μονάδες υγείας. Είναι αναγκαίο λοιπόν, μελλοντικές έρευνες να μελετήσουν αν οι παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία των νοσηλευτών και οι αντιλήψεις τους για τα συστήματα βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, διαφέρουν για όσους εργάζονται σε δημόσιες μονάδες υγείας. Έρευνες σε μεγαλύτερα δείγματα είναι γενικά απαραίτητες, προκειμένου να ισχυροποιηθούν τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, τόσο για τους παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και για τις αντιλήψεις για τα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας και της επίδρασης τους στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Βιβλιογραφία

Abolfotouh, M., AlKelya, M., AbuKhalid, N., Salam, M., & Alamry, A. (2014). Nursing perception towards impact of JCI accreditation and quality of care in a tertiary care hospital, Central Saudi Arabia. *Int J Med Sci*, 47, 1

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717

Al-Dossary, R., Vail, J., & Macfarlane, F. (2012). Job satisfaction of nurses in a Saudi Arabian university teaching hospital: a cross-sectional study. *International nursing review*, 59(3), 424-430.

Al Maqbali, M. A. (2015). Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review. *Nursing Management (2014+)*, 22(2), 30.

Angst, C. M., Devaraj, S., & D'Arcy, J. (2012). Dual role of IT-assisted communication in patient care: A validated structure-process-outcome framework. *Journal of Management Information Systems*, 29(2), 257-292.

Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi medicine*, 31(4), 407.

Barnett, G. O., Winickoff, R., Dorsey, J. L., Morgan, M. M., & Lurie, R. S. (1978). Quality assurance through automated monitoring and concurrent feedback using a computer-based medical information system. *Medical Care*, 962-970.

Bayer, N., & Baykal, U. (2018). Quality Perception of Nurses in the Hospitals Receiving Quality Certificate. *Health Science Journal*, 12(4).

Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health affairs*, 21(3), 80-90.

Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R., ... & Jackson, M. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and

organisational performance: a blinded, random, stratified study. *BMJ Quality & Safety*, 19(1), 14-21.

Briand S., Bazin A. & Gerbaud L. (2001) Perceptions de la qualite dans le secteur sanitaire et impact sur la demarche qualite (Perceptions of quality within the health sector and the impact on quality outcome, in French). *Cahiers de Sociologie et de De´mographie Me´dicales* 41, 29–46.

Brown, L. D., Franco, L. M., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1998). *Quality assurance of health care in developing countries*. Quality Assurance Project, Center for Human Services.

Busari, J. O. (2012). Comparative analysis of quality assurance in health care delivery and higher medical education. *Advances in medical education and practice*, 3, 121.

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied ergonomics*, 45(1), 14-25.

Curtis, E. A. (2008). The effects of biographical variables on job satisfaction among nurses. *British Journal of Nursing*, 17(3), 174-180.

Daucourt, V., & Michel, P. (2003). Results of the first 100 accreditation procedures in France. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 463-471.

De Jonge, V., Nicolaas, J. S., van Leerdam, M. E., & Kuipers, E. J. (2011). Overview of the quality assurance movement in health care. *Best practice & research clinical gastroenterology*, 25(3), 337-347.

Devkaran, S., & O'Farrell, P. N. (2014). The impact of hospital accreditation on clinical documentation compliance: a life cycle explanation using interrupted time series analysis. *BMJ open*, 4(8), e005240.

Dodwad, S. S. (2013). Quality management in healthcare. *Indian journal of public health*, 57(3), 138.

Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Dückers, M. L., Wagner, C., Vos, L., & Groenewegen, P. P. (2011). Understanding organisational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative. *Implementation science*, 6(1), 18.

Duckett, S. J. (1983). Changing hospitals: the role of hospital accreditation. *Social science & medicine*, 17(20), 1573-1579.

Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C., & King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian*, 16(1), 11-17.

El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 363-371.

Ellickson, M. C., & Logsdon, K. (2001). Determinants of job satisfaction of municipal government employees. *State and Local Government Review*, 33(3), 173-184.

Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B. I., Fry, C., & Hasselhorn, H. M. (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nursing research*, 59(3), 166-177.

Evans JR, Lindsay WM (2009) *Managing for quality and performance excellence*. South-Western Cengage Learning, Mason

Fadden, K. L., Stock, G. N., & Gowen III, C. R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health care management review*, 40(1), 24-34.

Fasbender, U., Van Der Heijden, B. I., & Grimshaw, S. (2018). Job Satisfaction, Job Stress and Nurses' Turnover Intentions: The Moderating Roles of On-the-job and Off-the-job Embeddedness. *Journal of advanced nursing*.

Favaretti, C., De Pieri, P., Torri, E., Guarrera, G., Fontana, F., Debiasi, F., & Flor, L. (2015). An EFQM excellence model for integrated healthcare governance. *International journal of health care quality assurance*, 28(2), 156-172.

Ferrand, Y. B., Siemens, J., Weathers, D., Fredendall, L. D., Choi, Y., Pirrallo, R. G., & Bitner, M. (2016). Patient Satisfaction With Healthcare Services A Critical Review. *Quality Management Journal*, 23(4), 6-22.

Goetsch, D. L., & Davis, S. B. (2014). *Quality management for organizational excellence*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Gruneberg, M. M. (1979). *Understanding job satisfaction* (p. 63). London: Macmillan.

Hadley, T. R., & McGurrin, M. C. (1988). Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals. *Psychiatric Services*, 39(7), 739-742.

Hamid, S., Malik, A. U., Kamran, I., & Ramzan, M. (2014). Job satisfaction among nurses working in the private and public sectors: a qualitative study in tertiary care hospitals in Pakistan. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 7, 25.

Hill, E., & Fredendall, L. D. (2016). *Basics of Quality Management*. CRC Press.

Hong, M. H., & Park, J. Y. (2016). Nurses' perception of accreditation, awareness and performance of infection control in an accredited healthcare system. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 22(2), 167-177.

Hyrkäs, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of advanced nursing*, 33(4), 492-502.

Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., & Sourtzi, P. (2015). Impact of Job satisfaction on Greek nurses' Health-related Quality of life. *Safety and health at work*, 6(4), 324-328.

ISO (2017). Quality management principles. Διαθέσιμο από <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/pub100080.pdf>

[Πρόσβαση 10 Σεπτεμβρίου 2018]

Jacobs, S. R., Weiner, B. J., Reeve, B. B., Hofmann, D. A., Christian, M., & Weinberger, M. (2015). Determining the predictors of innovation implementation in healthcare: a quantitative analysis of implementation effectiveness. *BMC health services research*, 15(1), 6.

- Jeon, H., & Choi, B. (2012). The relationship between employee satisfaction and customer satisfaction. *Journal of Services Marketing*, 26(5), 332-341.
- Kahiga, K. W. (2017). Factors influencing the job satisfaction of nurses working in obstetric units in public hospitals in Kenya. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(2), 132.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 652-666.
- Kapoor, P. (2011). Why quality in healthcare. *Medical Journal Armed Forces India*, 67(3), 206-208.
- Klaus, S. F., Ekerdt, D. J., & Gajewski, B. (2012). Job satisfaction in birth cohorts of nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 461-471.
- Komashie, A., Mousavi, A., & Gore, J. (2007). Quality management in healthcare and industry: A comparative review and emerging themes. *Journal of Management History*, 13(4), 359-370.
- Kwak, C., Chung, B. Y., Xu, Y., & Eun-Jung, C. (2010). Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(10), 1292-1298.
- Kwon, E. K., & Lee, E. J. (2017). Relationship of nurses' perception of the Joint Commission International Hospital Accreditation, nursing performance, self-concept and retention Intention. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 23(2), 118-126.
- Larrabee, J. H., Wu, Y., Persily, C. A., Simoni, P. S., Johnston, P. A., Marcischak, T. L., ... & Gladden, S. D. (2010). Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *Western Journal of Nursing Research*, 32(1), 81-102.
- Lee, D. (2012). Implementation of quality programs in health care organizations. *Service Business*, 6(3), 387-404.

Lee, T. T. (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal of Clinical Nursing, 15*(11), 1376-1382.

Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G., & Stanton, P. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review, 35*(4), 355-364

Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies, 49*(8), 1017-1038.

Lundqvist, M. J., & Axelsson, Å. (2007). Nurses' perceptions of quality assurance. *Journal of nursing management, 15*(1), 51-58.

Lutfiyya, M. N., Sikka, A., Mehta, S., & Lipsky, M. S. (2009). Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. *International Journal for Quality in Health Care, 21*(2), 112-118.

Mosadeghrad, A. (2014). Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International journal of health care quality assurance, 27*(6), 544-558.

Morris, B. (1989). Aspects of quality in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 2*(4).

Mwachofi, A., Walston, S. L., & Al-Omar, B. A. (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International journal of health care quality assurance, 24*(4), 274-283.

Nabirye, R. C., Brown, K. C., Pryor, E. R., & Maples, E. H. (2011). Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. *Journal of nursing management, 19*(6), 760-768.

Odundo, G. O., Nyarango, R., & Chanzu, N. M. (2015). The Impact of ISO Certification of Healthcare Services on Complaints and Litigation—A Children's Hospital's Perspective. *Journal of US-China Medical Science, 12*, 27-34.

Offei A., Bannerman ., Kyeremeh K., (2004). *Healthcare Quality Assurance Manual*. [Online]. Διαθέσιμο από <http://www.moh.gov.gh/wp->

<content/uploads/2016/02/Healthcare-Quality-Assurance-Subdistrict.pdf> [Πρόσβαση 30 Αυγούστου 2018]

Palmer, R. H., Strain, R., Maurer, J. V., Rothrock, J. K., & Thompson, M. S. (1984). Quality assurance in eight adult medicine group practices. *Medical care*, 632-643.

Peng, J., Li, D., Zhang, Z., Tian, Y., Miao, D., Xiao, W., & Zhang, J. (2016). How can core self-evaluations influence job burnout? The key roles of organizational commitment and job satisfaction. *Journal of health psychology*, 21(1), 50-59.

Qaseem, A., Forland, F., Macbeth, F., Ollenschläger, G., Phillips, S., & van der Wees, P. (2012). Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of internal medicine*, 156(7), 525-531.

Rakhmawati, T., Sumaedi, S., & Judhi Astrini, N. (2014). ISO 9001 in health service sector: a review and future research proposal. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 6(1), 17-29.

Regmi K. (2012). Effective Health Services: Perspectives and Perceptions of Health Service Users and Healthcare Practitioners. School of Health, Sport and Bioscience, University of East London, London, UK

Ruelas, E., & Frenk, J. (1989). Framework for the analysis of quality assurance in transition: the case of Mexico. *Australian clinical review/Australian Medical Association [and] the Australian Council on Hospital Standards*, 9(1), 9-16.

Shariff, A. & Puteh, H. (2017). Predictors of Patient Satisfaction in Public Healthcare. *ICOPS2017 eProceedings*, 736.

Shaw, C., Groene, O., Mora, N., & Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 445-451.

Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences* (Vol. 3). Sage publications.

Sweis, R. J., Al-Mansour, A., Tarawneh, M., & Al-Dweik, G. (2013). The impact of total quality management practices on employee empowerment in the healthcare

sector in Saudi Arabia: a study of King Khalid Hospital. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 12(3), 271-286.

Talib, F., Rahman, Z., & Qureshi, M. N. (2012). Total quality management in service sector: a literature review. *International Journal of Business Innovation and Research*, 6(3), 259-301.

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2013). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2013.

Thornlow, D. K., & Merwin, E. (2009). Managing to improve quality: the relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. *Health care management review*, 34(3), 262-272.

Yousefian, S., Harat, A. T., Fathi, M., & Ravand, M. (2013). A proposed adaptation of joint commission international accreditation standards for hospital--JCI to the health care excellence model. *Advances in Environmental Biology*, 956-968.

Χαραλαμπίδου Ε. (1996). Επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου. Διδακτορική διατριβή.

Van Schoten, S., de Blok, C., Spreuwenberg, P., Groenewegen, P., & Wagner, C. (2016). The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare: Results of a longitudinal quantitative study. *International journal of operations & production management*, 36(8), 901-922.

Weiss, H. M. (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human resource management review*, 12(2), 173-194.

WHO (World health Organization). (2000). *Chapter 4: Quality Assurance*. [Online]. Διαθέσιμο από http://www.who.int/water_sanitation_health/water-quality/recreational/bathwatchchap4.pdf [Πρόσβαση 30 Αυγούστου 2018]

WHO (World health Organization). (2006). Quality of care. A process for making strategic choices in health system. [Online]. Διαθέσιμο από http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf [Πρόσβαση 02 Σεπτεμβρίου 2018]

Παράρτημα Α

Ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην υγεία

ΜΕΡΟΣ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
Φύλο	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
Ηλικία	<input type="checkbox"/> < 20 ετών <input type="checkbox"/> 20-29 ετών <input type="checkbox"/> 30-39 ετών <input type="checkbox"/> 40-49 ετών <input type="checkbox"/> > 50 ετών
Επίπεδο εκπαίδευσης	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Δημοτικού <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ <input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΙΕΚ/Παστέρ <input type="checkbox"/> Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου <input type="checkbox"/> Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου
Οικογενειακή κατάσταση	<input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Έγγαμος χωρίς παιδιά <input type="checkbox"/> Έγγαμος με παιδιά <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/> Άλλο
Καθεστώς εργασίας	<input type="checkbox"/> Σύμβαση αορίστου χρόνου <input type="checkbox"/> Σύμβαση ορισμένου χρόνου
Είδος απασχόλησης	<input type="checkbox"/> Μερική απασχόληση <input type="checkbox"/> Πλήρης απασχόληση
Έτη προϋπηρεσίας	<input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40
Τομέας/Κλινική εργασία	Παρακαλώ συμπληρώστε

ΜΕΡΟΣ Β: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παρακαλώ συμπληρώστε τον βαθμό στον οποίο είστε ικανοποιημένη/ος η δυσαρεστημένος/η, με κάθε έναν από τους παρακάτω παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία σας

	Πολύ ικανοποιημένος/η	Μέτρια ικανοποιημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	Μέτρια δυσαρεστημένος/η	Πολύ δυσαρεστημένος/η
1. Μισθολογικές αποδοχές	1	2	3	4	5
2. Άδειες που δικαιούστε να χρησιμοποιείτε	1	2	3	4	5
3. Ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη	1	2	3	4	5
4. Σύνολο ωρών εργασίας	1	2	3	4	5
5. Ελαστικότητα στον προγραμματισμό ρύθμισης ωρών εργασίας	1	2	3	4	5
6. Δυνατότητες που έχετε για να εργάζεστε μόνιμη σταθερή βάρδια εργασίας	1	2	3	4	5
7. Δυνατότητες που σας δίνονται, ώστε να μην εργάζεστε κάποια Σαββατοκύριακα το μήνα	1	2	3	4	5
8. Αποζημίωση της εργασίας σας τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες	1	2	3	4	5
9. Ευκολίες φροντίδας παιδιών	1	2	3	4	5
10. Από την προϊσταμένη του τμήματος σας ή του τομέα σας	1	2	3	4	5
11. Από τους συναδέλφους σας στο τμήμα και στην κλινική	1	2	3	4	5
12. Ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις στο χώρο εργασίας	1	2	3	4	5
13. Ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις, έξω από την εργασία	1	2	3	4	5
14. Ευκαιρίες επαγγελματικής αλληλεπίδρασης με νοσηλευτικό προσωπικό σε επίπεδο συνεργασίας	1	2	3	4	5
15. Ευκαιρίες συμμετοχής σας σε διάφορες επιτροπές του τμήματος εργασίας ή της κλινικής	1	2	3	4	5

16. Δυνατότητες που έχετε στο να ασκείται επιρροή στο χώρο εργασίας	1	2	3	4	5
17. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη	1	2	3	4	5
18. Εκτίμηση της εργασίας σας από τους ανωτέρους σας	1	2	3	4	5
19. Εκτίμηση της εργασίας σας από τους συναδέλφους σας	1	2	3	4	5
20. Βαθμός ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζετε από το περιβάλλον εργασίας σας	1	2	3	4	5
21. Ευκαιρίες συμμετοχής σε ενδο-υπηρεσιακά εκπαιδευτικά προγράμματα	1	2	3	4	5
22. Ευκαιρίες συμμετοχής σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	1	2	3	4	5
23. Βαθμός ευθύνης που σας έχει ανατεθεί και ασκείται	1	2	3	4	5
24. Δυνατότητες παρέμβασης σε θέματα συνθηκών εργασίας	1	2	3	4	5

**ΜΕΡΟΣ Γ: ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

Παρακαλώ συμπληρώστε τον βαθμό στον οποίο είστε ή όχι, ικανοποιημένη/ος, με κάθε έναν από τους παρακάτω παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία σας

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
25. Τα τελευταία χρόνια η κλινική έχει σημειώσει βελτιώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς	1	2	3	4	5
26. Τα τελευταία χρόνια, η κλινική έχει διατηρήσει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας παρά τους οικονομικούς περιορισμούς	1	2	3	4	5
27. Τα τελευταία χρόνια, η κλινική έχει σημειώσει βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει η διοίκηση (χρηματοδότηση, ανθρώπινοι πόροι κλπ.)	1	2	3	4	5

28. Η ανώτατη διοίκηση είναι μια πρωταρχική κινητήρια δύναμη πίσω από τις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας	1	2	3	4	5
29. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής κατανέμουν κατάλληλα τους διαθέσιμους πόρους (π.χ. οικονομικά, άτομα, χρόνο και εξοπλισμό) για τη βελτίωση της ποιότητας	1	2	3	4	5
30. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής συμμετέχουν σταθερά σε δραστηριότητες για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών	1	2	3	4	5
31. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν διατυπώσει ένα σαφές όραμα για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών	1	2	3	4	5
32. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών (π.χ. οργανωτικών, τεχνολογικών) που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών	1	2	3	4	5
33. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές έχουν επαρκή χρόνο στη διάθεση τους, για να σχεδιάσουν και να δοκιμάσουν βελτιώσεις ποιότητας	1	2	3	4	5
34. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές συμμετέχουν στην ανάπτυξη σχεδίων βελτίωσης της ποιότητας	1	2	3	4	5
35. Οι προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την ποιότητα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας	1	2	3	4	5
36. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας, μέσω εκπροσώπησης στο οργανόγραμμα της κλινικής	1	2	3	4	5
37. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές λαμβάνουν εκπαίδευση και κατάρτιση, σχετικά με τον τρόπο εντοπισμού και την αντιμετώπιση ευκαιριών βελτίωσης της ποιότητας	1	2	3	4	5
38. Η διεπιστημονική συνεργασία για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υποστηρίζεται και ενθαρρύνεται	1	2	3	4	5
39. Η κλινική διαθέτει ένα αποτελεσματικό σύστημα, ώστε οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές να υποβάλλουν προτάσεις στη διοίκηση σχετικά με τρόπους βελτίωσης της ποιότητας	1	2	3	4	5
40. Η κλινική ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες, για να βεβαιωθεί ότι πληρούν τις ποιοτικές απαιτήσεις	1	2	3	4	5
41. Η κλινική διαθέτει αποτελεσματικές πολιτικές για τη στήριξη της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών	1	2	3	4	5

42. Οι υπηρεσίες που παρέχει η κλινική, ελέγχονται διεξοδικά ως προς την ποιότητα τους, πριν εφαρμοστούν	1	2	3	4	5
43. Η κλινική ενθαρρύνει τις νοσηλεύτριες/νοσηλευτές να τηρούν αρχεία για τα προβλήματα ποιότητας, μέσω τεκμηρίωσης	1	2	3	4	5
44. Η κλινική αξιολογεί τις τρέχουσες ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών	1	2	3	4	5
45. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές επιλύουν άμεσα τα παράπονα των ασθενών	1	2	3	4	5
46. Τα παράπονα των ασθενών μελετώνται, για να εντοπιστούν τα αίτια και να διορθωθούν, ώστε να μην επαναληφθούν τα ίδια προβλήματα	1	2	3	4	5
47. Τα στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών κοινοποιούνται ευρέως στο προσωπικό της κλινικής	1	2	3	4	5
48. Η κλινική χρησιμοποιεί δεδομένα σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών ή / και την ικανοποίηση κατά το σχεδιασμό νέων υπηρεσιών	1	2	3	4	5
49. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν τη βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών	1	2	3	4	5
50. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας αποτελούν κίνητρο για το προσωπικό και ενθαρρύνουν την ομαδική εργασία και συνεργασία	1	2	3	4	5
51. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν την ανάπτυξη αξιών που μοιράζονται όλοι οι επαγγελματίες της κλινικής	1	2	3	4	5
52. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να χρησιμοποιεί καλύτερα τους εσωτερικούς του πόρους (π.χ. οικονομικούς, ανθρώπινους, κλπ.)	1	2	3	4	5
53. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών	1	2	3	4	5
54. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας συμβάλλουν στην ανάπτυξη συνεργασίας με τους εταίρους του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης	1	2	3	4	5
55. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την εφαρμογή αλλαγών από την κλινική	1	2	3	4	5

Παράρτημα Β



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Το τμήμα Οργάνωσης Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονία, στο πλαίσιο του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών << Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας >> πραγματοποιεί μια μελέτη αναφορικά με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην υγεία (ISO). Οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν στην ολοκλήρωση της έρευνας << Συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην υγεία – Αντίληψη των νοσηλευτών >>. Με τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου συμβάλλετε προς αυτή την κατεύθυνση. Η συμμετοχή είναι εθελοντική και ανώνυμη.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί περίπου 10 λεπτά. Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορείτε να το τοποθετήσετε στον ειδικό φάκελο που υπάρχει στο γραφείο του προϊστάμενου. Αν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα παρακαλώ συμπληρώστε το παρακάτω πλαίσιο.

Ευχαριστώ πάρα πολύ για τη συμμετοχή στη μελέτη.

- Κατανοώ ότι μου ζητήθηκε να συμμετάσχω στην έρευνα και συμφωνώ

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Γραμμένου Γεωργία (νοσηλεύτρια ΜΕΘ2, euromedica Γενική Κλινική)

Παράρτημα Γ

Πίνακας Α Περιγραφικά αποτελέσματα ανά ερώτηση για κάθε διάσταση της επαγγελματικής ικανοποίησης

	ΜΤ	ΤΑ	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης				
12. Ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις στο χώρο εργασίας	2.89	.98	1.00	5.00
14. Ευκαιρίες επαγγελματικής αλληλεπίδρασης με νοσηλευτικό προσωπικό σε επίπεδο συνεργασίας	2.73	.91	1.00	5.00
15. Ευκαιρίες συμμετοχής σας σε διάφορες επιτροπές του τμήματος εργασίας ή της κλινικής	1.93	.88	1.00	5.00
17. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη	1.83	1.16	1.00	5.00
21. Ευκαιρίες συμμετοχής σε ενδο-υπηρεσιακά εκπαιδευτικά προγράμματα	1.99	1.23	1.00	5.00
22. Ευκαιρίες συμμετοχής σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	1.88	1.06	1.00	5.00
Εξωγενείς ανταμοιβές				
1. Μισθολογικές αποδοχές	1.6	1.13	1.00	5.00
2. Άδειες που δικαιούστε να χρησιμοποιείτε	2.59	1.03	1.00	5.00
3. Ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη	2.18	1.29	1.00	5.00
8. Αποζημίωση της εργασίας σας τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες	2.17	1.23	1.00	5.00
Πρόγραμμα εργασίας				
6. Δυνατότητες που έχετε για να εργάζεστε μόνιμη σταθερή βάρδια εργασίας	1.82	1.35	1.00	5.00
7. Δυνατότητες που σας δίνονται, ώστε να μην εργάζεστε κάποια Σαββατοκύριακα το μήνα	2.19	1.37	1.00	5.00
Συνεργάτες				
10. Από την προϊσταμένη του τμήματος σας ή του τομέα σας	3.09	.95	1.00	5.00
11. Από τους συναδέλφους σας στο τμήμα και στην κλινική	3.25	.79	1.00	5.00
Ισορροπία οικογένεια-εργασία				
9. Ευκολίες φροντίδας παιδιών	1.77	1.07	1.00	5.00
12. Ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις, έξω από την εργασία	2.69	1.10	1.00	5.00
Εκτίμηση-έπαινος				

16. Δυνατότητες που έχετε στο να ασκείται επιρροή στο χώρο εργασίας	2.04	1.07	1.00	5.00
18. Εκτίμηση της εργασίας σας από τους ανωτέρους σας	2.16	1.18	1.00	5.00
19. Εκτίμηση της εργασίας σας από τους συναδέλφους σας	2.96	.92	1.00	5.00
20. Βαθμός ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζετε από το περιβάλλον εργασίας σας	2.38	1.18	1.00	5.00
23. Βαθμός ευθύνης που σας έχει ανατεθεί και ασκείται	2.23	1.18	1.00	5.00
24. Δυνατότητες παρέμβασης σε θέματα συνθηκών εργασίας	2.05	1.11	1.00	5.00
Ελαστικότητα προγραμματισμός				
4. Σύνολο ωρών εργασίας	2.48	1.10	1.00	5.00
5. Ελαστικότητα στον προγραμματισμό ρύθμισης ωρών εργασίας	2.27	1.28	1.00	5.00

Πίνακας Β Περιγραφικά αποτελέσματα ανά ερώτηση για κάθε διάσταση του εργαλείου συστημάτων διαχείρισης ποιότητας

	ΜΤ	ΤΑ	Ελάχιστο	Μέγιστο
Αποτελέσματα ποιότητας				
25. Τα τελευταία χρόνια η κλινική έχει σημειώσει βελτιώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς	2.51	1.05	1.00	5.00
26. Τα τελευταία χρόνια, η κλινική έχει διατηρήσει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας παρά τους οικονομικούς περιορισμούς	2.38	1.09	1.00	5.00
27. Τα τελευταία χρόνια, η κλινική έχει σημειώσει βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει η διοίκηση	1.43	1.01	1.00	5.00
28. Η ανώτατη διοίκηση είναι μια πρωταρχική κινητήρια δύναμη πίσω από τις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας	2.02	1.17	1.00	5.00
Ηγесία, δέσμευση και υποστήριξη				
29. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής κατανέμουν κατάλληλα τους διαθέσιμους πόρους για τη βελτίωση της ποιότητας	1.48	1.21	1.00	5.00

30. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής συμμετέχουν σταθερά σε δραστηριότητες για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και τω	2	1.16	1.00	5.00
31. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν διατυπώσει ένα σαφές όραμα για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των	1.9	1.15	1.00	5.00
32. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών	1.97	1.27	1.00	5.00
Στρατηγικός σχεδιασμός ποιότητας				
33. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές έχουν επαρκή χρόνο στη διάθεση τους, για να σχεδιάσουν και να δοκιμάσουν βελτιώσεις ποιότητας	1.28	1.19	1.00	5.00
34. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές συμμετέχουν στην ανάπτυξη σχεδίων βελτίωσης της ποιότητας	1.81	1.25	1.00	5.00
35. Οι προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την ποιότητα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό προτεραιοτήτων για τη βελτίωση	2.56	1.07	1.00	5.00
36. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας. ...	2.43	1.18	1.00	5.00
Αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού				
37. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές λαμβάνουν εκπαίδευση και κατάρτιση, σχετικά με τον τρόπο εντοπισμού και την αντιμετώπιση ευκαιριών ...	2.12	1.14	1.00	5.00
38. Η διεπιστημονική συνεργασία για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υποστηρίζεται και ενθαρρύνεται	2.06	1.09	1.00	5.00
Διαχείριση ποιότητας				
39. Η κλινική διαθέτει ένα αποτελεσματικό σύστημα, ώστε οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές να υποβάλλουν προτάσεις ...	1.41	1.07	1.00	5.00
40. Η κλινική ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες, για να βεβαιωθεί ότι πληρούν τις ποιοτικές απαιτήσεις	2.45	1.31	1.00	5.00

41. Η κλινική διαθέτει αποτελεσματικές πολιτικές για τη στήριξη της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών	2.16	1.03	1.00	5.00
42. Οι υπηρεσίες που παρέχει η κλινική, ελέγχονται διεξοδικά ως προς την ποιότητα τους, πριν εφαρμοστούν	2.26	1.16	1.00	5.00
43. Η κλινική ενθαρρύνει τις νοσηλεύτριες/νοσηλευτές να τηρούν αρχεία για τα προβλήματα ποιότητας, μέσω τεκμηρίωσης	2.01	1.06	1.00	5.00

Χρήση δεδομένων

44. Η κλινική αξιολογεί τις τρέχουσες ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών	2.37	1.15	1.00	5.00
45. Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές επιλύουν άμεσα τα παράπονα των ασθενών	2.63	1.18	1.00	5.00
46. Τα παράπονα των ασθενών μελετώνται, για να εντοπιστούν τα αίτια και να διορθωθούν, ώστε να μην επαναληφθούν τα ίδια προβλήματα	2.58	1.20	1.00	5.00
47. Τα στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών κοινοποιούνται ευρέως στο προσωπικό της κλινικής	2.46	1.25	1.00	5.00
48. Η κλινική χρησιμοποιεί δεδομένα σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών ή / και την ικανοποίηση κατά το σχεδιασμό νέων υπηρεσιών	2.32	1.07	1.00	5.00

Οφέλη από τη χρήση συστημάτων ποιότητας

49. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν τη βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών	2.59	1.06	1.00	5.00
50. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας αποτελούν κίνητρο για το προσωπικό και ενθαρρύνουν την ομαδική εργασία και συνεργασία	2.36	1.12	1.00	5.00
51. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν την ανάπτυξη αξιών που μοιράζονται όλοι οι επαγγελματίες της κλινικής	2.15	1.12	1.00	5.00
52. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να χρησιμοποιεί καλύτερα τους εσωτερικούς του πόρους	2.01	1.12	1.00	5.00

53. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών	2.43	1.04	1.00	5.00
54. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας συμβάλλουν στην ανάπτυξη συνεργασίας με τους εταίρους του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης	2.34	1.04	1.00	5.00
55. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την εφαρμογή αλλαγών από την κλινική	2.77	.92	1.00	5.00