



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανίχνευση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών του
Management ολικής ποιότητας σε δημόσιο νοσοκομείο:
Η περίπτωση του νοσοκομείου Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καλλιόπη Μαλακέλλη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Γείτονα Μ., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπων
Μπρίνια Β., Καθηγήτρια
Σπυριδάκης Ε., Αναπληρωτής Καθηγητής

Αθήνα, Μάιος 2016

Copyright © Μαλακέλλη Καλλιόπη, 2016.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

*Αφιερώνεται στους
Μανώλη και Κωνσταντίνα*

*«Ποιότητα δεν είναι μια πράξη
αλλά μια συνήθεια ...»*

Αριστοτέλης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ	viii
ΕΙΚΟΝΕΣ	ix
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	x
ABSTRACT	xii
Θεωρητικό μέρος	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Ποιότητα	
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση	2
1.2 Η σημασία της ποιότητας	4
1.3 Το κόστος της ποιότητας	6
1.4 Βασικές διαστάσεις της ποιότητας	8
1.5 Η ποιότητα στον τομέα των υπηρεσιών	9
1.6 Μέτρηση της ποιότητας	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	13
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση	13
2.2 Βασικές αρχές της ΔΟΠ	15
2.3 Λόγοι υιοθέτησης της ΔΟΠ	20
2.4 Λόγοι αποτυχίας της εφαρμογής της ΔΟΠ	21
2.5 Αντικειμενικοί σκοποί της ΔΟΠ	22
2.6 Βασικές διαφορές της ΔΟΠ και της συμβατικής προσέγγισης της διοίκησης	23
2.7 Εργαλεία και τεχνικές της ΔΟΠ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Management Ολικής Ποιότητας στις Μονάδες Υγείας	31
3.1 Η έννοια της ποιότητας στον τομέα υγείας	32
3.2 Η σημασία της ΔΟΠ στις μονάδες υγείας	36
3.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομειακό τομέα	38
3.4 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες	39
3.5 Διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες	43
3.6 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας στις μονάδες υγείας	44
3.7 Η ποιότητα στα δημόσια νοσοκομεία	46

3.7.1	Η ελληνική νομοθεσία	49
3.7.2	Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4		
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού		53
4.1	Νομικό Πλαίσιο	54
4.2	Όργανα Διοίκησης και δύναμη κλινών	54
4.3	Διοικητική δομή	55
4.4	Ιατρική Υπηρεσία	56
4.5	Νοσηλευτική Υπηρεσία	59
4.6	Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία	60
Ερευνητικό μέρος		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5		
Υλικό και Μέθοδος της Έρευνας		62
5.1	Σκοπός και στόχοι της μελέτης	62
5.2	Ερευνητικά ερωτήματα	62
5.3	Επιλογή ερευνητικής μεθόδου	63
5.4	Μέσο συλλογής υλικού	64
5.5	Δείγμα της έρευνας	66
5.6	Εργαλεία συλλογής δεδομένων	67
5.7	Θέματα δεοντολογίας	68
5.8	Συλλογή δεδομένων	69
5.9	Ανάλυση δεδομένων	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6		
Αποτελέσματα Έρευνας		70
6.1.	Περιγραφή του δείγματος	70
6.2.	Ανθρώπινο δυναμικό	71
6.2.1	Δημογραφικά στοιχεία	71
6.2.2	Management	72
6.2.3	Συμμετοχή στη δομή και την οργάνωση του νοσοκομείου	75
6.2.4	Γενική αξιολόγηση	78
6.3.	Χρήστες των υπηρεσιών	82
6.3.1	Δημογραφικά στοιχεία	82

6.3.2	Διαδικασίες εισαγωγής	83
6.3.3	Προσφερόμενες υπηρεσίες	85
6.3.4	Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7		
	Συζήτηση αποτελεσμάτων	91
7.1	Ανθρώπινο δυναμικό	92
7.1.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά	92
7.1.2	Management	92
7.1.3	Συμμετοχή στη δομή και την οργάνωση του νοσοκομείου	93
7.1.4	Γενική αξιολόγηση	94
7.2	Χρήστες των υπηρεσιών	96
7.2.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά	96
7.2.2	Διαδικασίες εισαγωγής	96
7.2.3	Προσφερόμενες υπηρεσίες	97
7.2.4	Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών	99
	Συγκριτική παρουσίαση μελετών	101
	Περιορισμοί της έρευνας	103
	Συμπεράσματα	104
	Προτάσεις	107
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		109
	Ελληνική Βιβλιογραφία	109
	Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	115
Παράρτημα		123

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Διαφορές στις παραδοχές μεταξύ παραδοσιακής προσέγγισης διοίκησης και ΔΟΠ	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Διαφορές μεταξύ συμβατικής διοίκησης και ΔΟΠ	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Χαρακτηριστικά ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=10)	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=7)	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=3)	82

ΕΙΚΟΝΕΣ

ΕΙΚΟΝΑ 1 Η σημασία της ποιότητας.....	5
ΕΙΚΟΝΑ 2 Στοιχεία Κόστους Ποιότητας.....	6
ΕΙΚΟΝΑ 3 Το τρίγωνο της ΔΟΠ.....	15
ΕΙΚΟΝΑ 4 Ο κύκλος του Deming	19
ΕΙΚΟΝΑ 5 Οργανόγραμμα Γ.Ν.Π.Α. «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού.....	55

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ανάγκη εφαρμογής των αρχών, των τεχνικών και μεθόδων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στα δημόσια νοσοκομεία, γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική, καθώς τα οφέλη τα οποία επιτυγχάνονται είναι ποικίλα και αναφέρονται κυρίως στην επιβεβλημένη μείωση του κόστους και την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών στους ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ στο Γ.Ν.Π.Α. «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού». Στα πλαίσια της ΔΟΠ, η μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της διοικητικής εφαρμογής στο νοσοκομείο, στην αναγνώριση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας, στην καταγραφή του ρόλου της διοίκησης και της ηγεσίας στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος και των σχέσεων, στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη διάγνωση των προβλημάτων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου και στις παρεχόμενες υπηρεσίες που παρέχονται από αυτό.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι ποιοτική. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο αφορούσε το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου (διευθυντές/ προϊσταμένους), ενώ το δεύτερο αφορούσε τους χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου (συννοδούς ασθενών). Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά δέκα (10) άτομα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου είναι χαμηλότερη της προσδοκώμενης ποιότητας που ταιριάζει σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Τα προβλήματα ποιότητας που εντοπίστηκαν από την έρευνα, προκύπτουν κυρίως από τις αδυναμίες των πολιτικών υγείας που ακολουθούνται και εφαρμόζονται από τους κρατικούς μηχανισμούς, με συνέπεια η διοίκηση του νοσοκομείου να μη δύναται να παρέμβει. Από την άλλη πλευρά τα προβλήματα ποιότητας τα οποία εξαρτώνται από τη λειτουργία της διοίκησης του νοσοκομείου αναφέρονται κυρίως στην ανταποκρισιμότητα, στην αποδοτικότητα και στην συμπεριφορά του προσωπικού υγείας, και η αντιμετώπισή τους συνίσταται μέσω της εφαρμογής των αρχών και των μεθόδων υποκίνησης του προσωπικού υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνεχής παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας εστιασμένη στον ασθενή/χρήστη καθίσταται απαραίτητη, σύμφωνα με τις αρχές της ΔΟΠ. Προτείνεται η ανάπτυξη ενός τρόπου διοίκησης που θα στηρίζεται σε διεργασίες, προκειμένου να επιτυγχάνεται η διαρκής βελτίωση της λειτουργίας του νοσοκομείου, μέσα από την παρακολούθηση και την ανάλυση μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Η έρευνα των αντιλήψεων του ανθρώπινου δυναμικού και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο, προσανατολίζει τη διοίκησή του έτσι ώστε να βελτιώσει τα σημεία εκείνα που αναδείχθηκαν μέσα από αυτή, προκειμένου τελικά να βελτιωθεί συνολικά η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: *Ποιότητα, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), Υπηρεσίες Υγείας, Δημόσιο νοσοκομείο.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: The need to apply the principles, techniques and methods of Total Quality Management (TQM) in public hospitals, it becomes increasingly urgent, as the benefits that are achieved are diverse and mainly refer to the essential reducing costs and providing better quality services patients.

AIM: The purpose of this study is to explore the potential applications of TQM principles in G.N.P.A. "Panagiotis & Aglaia Kyriakou". As part of the TQM, the study aims to investigate the administrative application in the hospital, in recognition of the existing organizational culture, to record the role of management and leadership in shaping the work environment and relationships, to evaluate the quality of health services, and in diagnosing quality problems may exist in the organization and operation of the hospital and the services provided by it.

EVIDENCE-METHOD: This research study is qualitative. For the data collection two questionnaires were used. The first questionnaire related to the hospital's human resources (managers/supervisors), while the second concerned users of hospital services (accompanying patients). The final sample consisted of a total of ten (10) people.

RESULTS: The perceived quality of hospital health services is below the expected quality that fits in a public hospital. Quality problems identified by the survey, mainly arising from the weaknesses of the health policies pursued and implemented by government mechanisms, resulting in the administration of the hospital may not be able to intervene. On the other hand the quality problems which depend on the operation of the hospital administration refer mainly to responsiveness, efficiency and behavior of health personnel, and their treatment involves using the principles and methods of stimulation of health personnel.

CONCLUSIONS: The continuous provision of high quality health services focused on the patient/user is necessary, according to the principles of TQM. It is proposed to develop a management method that is based on processes to achieve continuous improvement of hospital operation, through the monitoring and analysis of measurable results. The survey of perceptions of human and health service users in the hospital, orients its administration in order to improve the points that emerged through this order ultimately to improve overall the quality of the health services.

KEY WORDS: *Quality, Total Quality Management (TQM), Health Services, Public Hospital*

Θεωρητικό μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ποιότητα

Η σύγχρονη εποχή χαρακτηρίζεται αναμφισβήτητα από πληθώρα προσφερόμενων προϊόντων και υπηρεσιών και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό, που διαπιστώνεται πληρότητα σε όλες τις κατηγορίες τους. Λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι η προσφορά υπερκαλύπτει τη ζήτηση, το περιβάλλον στο οποίο οι διάφοροι οργανισμοί και επιχειρήσεις δραστηριοποιούνται, καθίσταται πλήρως ανταγωνιστικό. Η διερεύνηση του καταλληλότερου τρόπου για την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος αποτελεί πλέον βασική προτεραιότητα, με απώτερο σκοπό και στόχο αφενός μεν την αύξηση ή τη διατήρηση του εκάστοτε μεριδίου αγοράς, αλλά κυρίως την ίδια την επιβίωση στο αβέβαιο και απρόβλεπτο περιβάλλον της αγοράς, το οποίο λειτουργεί κάτω από συνθήκες ταχείας παγκοσμιοποίησης και τεχνολογικών εξελίξεων.

Ως συνέπεια των παραπάνω, ο όρος της «ποιότητας» μπήκε δυναμικά στη διαχειριστική λογική, καθώς έγινε πλήρως συνειδητό ότι η παραγωγικότητα δεν μπορεί πλέον να στηρίξει την ανταγωνιστικότητα του προϊόντος/υπηρεσίας στην αγορά, αλλά κυρίως ότι η ίδια η ποιότητα αποτελεί συχνά τη βασική και αποτελεσματικότερη προϋπόθεση επιτυχίας, καθώς συνδέεται άμεσα με το κόστος παραγωγής, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα. Εξάλλου, φαίνεται να είναι ελάχιστος ο αριθμός των καταναλωτών που θα έμπαιναν στη διαδικασία να ξαναγοράσουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία που δεν τους ικανοποιούσε πλήρως, δηλαδή δεν κάλυπτε τις ανάγκες και τις απαιτήσεις τους, ανεξάρτητα από την τιμή του.

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Οι ρίζες της λέξης «ποιότητα» φθάνουν βαθιά στην αρχαιότητα, όπως αποδεικνύουν τα κείμενα της αρχαίας ελληνικής γραμματείας και οι ενεπίγραφες στήλες (Βαρουφάκης, 1997). Ετυμολογικά, προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης» με ρίζα το «ποιός-τι λογής» και σημαίνει το ποιόν, τη φύση ή την εσωτερική υπόσταση ενός προσώπου ή πράγματος, καθώς και το σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα εμπόρευμα σε σχέση με τα ομοειδή του. Η έννοια της ποιότητας δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό, πρόκειται για μια υποκειμενική έννοια και εξαρτάται από τον κριτή της

(Κέφης, 2005). Παράλληλα, αποτελεί και μια πολυσύνθετη έννοια που προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση, λόγω των ποικίλων παραγόντων και των παραμέτρων που τη διαμορφώνουν, στην προσπάθεια σύνδεσης των ανθρώπινων αναγκών και απαιτήσεων με τις ανθρώπινες δραστηριότητες.

Το πολυσύνθετο περιεχόμενο της έννοιας της ποιότητας διαμορφώνεται από τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της διάσταση αναφέρεται στο αίτημα κάθε πολίτη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο αποτελεί την αθέατη αλλά βασική της παράμετρο, καθώς επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες της εποχής, ενώ η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει το λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται γενικότερα στους φορείς παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών.

Ο Abbot (1955) όρισε την ποιότητα ως «αξία» η οποία καθορίζεται από την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος/υπηρεσίας και της προσφερόμενης τιμής, που αποτελούν το κριτήριο αποδοχής ή απόρριψης για τον πελάτη, ενώ ο Juran (1973) καθόρισε την ποιότητα σύμφωνα με την «καταλληλότητα για χρήση». Αντίστοιχα ο Glimore (1974) θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την «συμμόρφωση στις προδιαγραφές», ενώ για τον Crosby (1979) ποιότητα είναι «η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών του προϊόντος στις απαιτήσεις του πελάτη».

Ο Feigenbaum (1983) αναφέρει την ποιότητα ως «το σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του marketing, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία όταν αποδοθούν σε χρήση θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη», ενώ σύμφωνα με τον Deming (1986) η ποιότητα είναι ένας ατελείωτος κύκλος συνεχούς βελτίωσης και την ορίζει ως «η ικανοποίηση των αναγκών των πελατών». Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO (International Organization of Standardization) ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που αναφέρεται στην ικανότητά του να ικανοποιεί τις δηλωθείσες καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες από τη χρήση τους» (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Από την μελέτη των διαφορετικών θεωριών και προσεγγίσεων της ποιότητας, παρατηρείται ότι ορίζεται σε σχέση με τον αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Ωστόσο, η έννοια της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας

υπηρεσίας εμφανίζει δύο όψεις, δεδομένου ότι δύναται να ερμηνευτεί διαφορετικά από την οπτική γωνία του καταναλωτή και διαφορετικά από την οπτική γωνία του προμηθευτή. Η ποιότητα, από την πλευρά του καταναλωτή, προσδιορίζεται από το βαθμό ανταπόκρισης του προϊόντος ή της υπηρεσίας στις απαιτήσεις του, ενώ από την πλευρά του παραγωγού, καθορίζεται από την ικανότητα συμμόρφωσης της παραγωγικής διαδικασίας στις προδιαγραφές που έχουν επιλεχθεί αρχικά από τη διοίκηση του προϊόντος ή της υπηρεσίας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Συνεπώς η ποιότητα θα μπορούσε να αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του προϊόντος/υπηρεσίας που ικανοποιούν ή ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη, ικανοποιώντας παράλληλα τις δεδομένες προδιαγραφές της παραγωγής.

Οι ορισμοί της ποιότητας, παρά τη μεγάλη ποικιλία τους, εμφανίζουν έναν κοινό παρονομαστή, δεδομένου ότι ορίζουν την ποιότητα πάντα σε σχέση με τον αποδέκτη του προϊόντος ή της υπηρεσίας καθώς και με την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του. Αυτό σημαίνει ότι για τους οργανισμούς ή τις επιχειρήσεις είναι σημαντικός ο προσδιορισμός και ακριβής καθορισμός των αναγκών και των απαιτήσεων του καταναλωτή/πελάτη, προκειμένου να πορευθούν με βάση αυτές, συναρτήσει πάντα με την επίτευξη των σκοπών και των στόχων που έχουν θέσει. Στις μέρες μας, η ποιότητα αποτελεί στρατηγικό πλεονέκτημα κάθε οργανισμού και επιχείρησης για την επίτευξη των κύριων σκοπών και στόχων δραστηριότητάς τους.

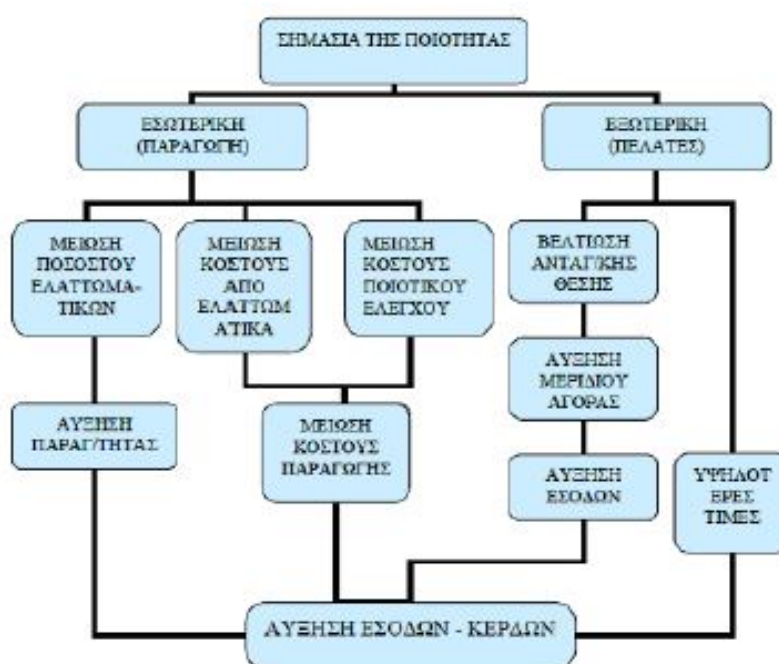
1.2 Η σημασία της ποιότητας

Η ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι πολύ σημαντική τόσο για την επιχείρηση όσο και για τους πελάτες της, καθώς αποτελεί αφενός καθαρό κέρδος και αφετέρου ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα το οποίο δύσκολα θα αντιγραφεί από τον ανταγωνισμό (*Εικόνα 1*).

Όταν υπάρχει καλή ποιότητα σε μια επιχείρηση, παρατηρείται απομάκρυνση και εξάλειψη των περιττών ελέγχων, των επανακατεργασιών, των καθυστερήσεων, των παρεξηγήσεων και του ανθυγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτό είναι πολύ σημαντικό τόσο για τη Διοίκηση που στόχο έχει την αύξηση των κερδών της, όσο και για τους εργαζομένους της που επιθυμούν εργασιακή ικανοποίηση, σεβασμό από τους πελάτες, εργασία με προοπτικές οικονομικής ανέλιξης και εργασιακή ασφάλεια.

Αντίθετα, όταν υπάρχει κακή ποιότητα σε μια επιχείρηση, παρατηρείται μεγάλη απώλεια των καθαρών κερδών της, καθώς και η εμφάνιση αρνητικών συμπτωμάτων σε ορισμένα στοιχεία της όπως στο κόστος παραγωγής, στο μερίδιο αγοράς, στην υπευθυνότητα για το προϊόν/υπηρεσία, στη φήμη της και τελικά στη διεθνή εικόνα του οργανισμού ή της επιχείρησης, αλλά και της χώρας στην οποία δραστηριοποιείται.

ΕΙΚΟΝΑ 1 Η σημασία της ποιότητας



Πηγή: Λιαμαρκόπουλος, 2003

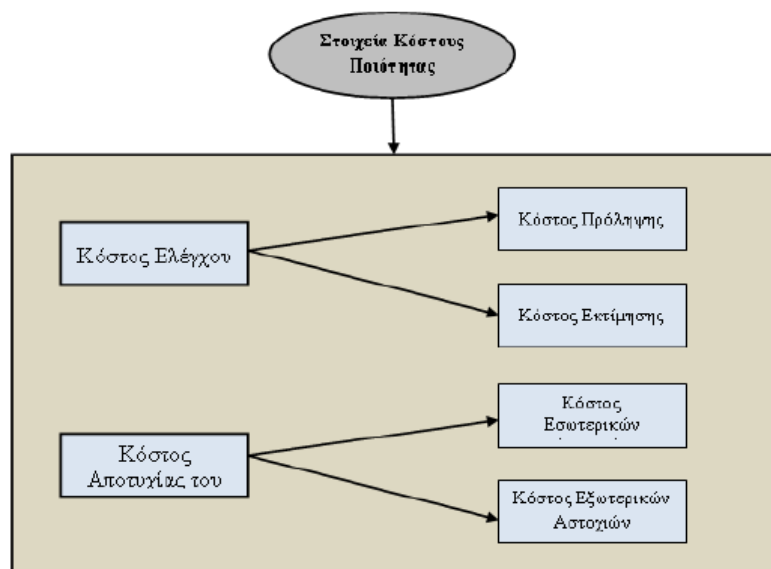
Από την άλλη πλευρά, οι πελάτες που επενδύουν σε ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία, εμφανίζονται πολλές φορές διατεθειμένοι να πληρώσουν περισσότερο για να την εξασφαλίσουν. Οι πελάτες/καταναλωτές, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, επιθυμούν πάντα την σωστή τοποθέτηση (επένδυση) των χρημάτων τους και την ικανοποίηση από υψηλού επιπέδου και αξιόπιστα προϊόντα και υπηρεσίες. (Τσιόρτας, 2002)

1.3 Το κόστος της ποιότητας

Το κόστος της ποιότητας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαδικασία της βελτίωσης της ποιότητας, καθώς μέχρι και σήμερα λειτουργεί σε ορισμένες περιπτώσεις ανασταλτικά και, κακώς, θεωρείται ως μεγάλη οικονομική επιβάρυνση χωρίς να συνυπολογίζονται τα οφέλη που προκύπτουν (Bajrai & Willey, 1989).

Ο ορισμός του κόστους ποιότητας προκύπτει από τη διαφορά ανάμεσα στο πραγματικό και το ιδανικό κόστος σε περίπτωση που ένα προϊόν/υπηρεσία παραχθεί σωστά και με την πρώτη φορά. Ορίζεται ως το κόστος παροχής ικανοποιητικής διασφάλισης ποιότητας αποτελούμενο από έξοδα και απώλειες ποιότητας, καθώς και ως το σύνολο όλων των πόρων που ξοδεύονται για τη διασφάλιση της ικανοποίησης των ποιοτικών προτύπων σε συνεχή βάση (Αποστόλου, 2002). Σύμφωνα με τον Τσιόρτα (2002), η έννοια του κόστους περιλαμβάνει δύο κύριες περιοχές: το κόστος ελέγχου και το κόστος αποτυχίας του ελέγχου, τα οποία συνθέτουν τα λεγόμενα λειτουργικά κόστη ποιότητας του παραγωγού ή αλλιώς τα κόστη που σχετίζονται με τον ορισμό, την δημιουργία και τον έλεγχο της ποιότητας (Εικόνα 2).

ΕΙΚΟΝΑ 2 Στοιχεία Κόστους Ποιότητας



Πηγή: Τσιόρτας, 2002

Το κόστος ελέγχου ποιότητας περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης (κόστος των απαιτούμενων ενεργειών για την αποφυγή της παραγωγής των ελαττωματικών, ύψος των απαιτούμενων χρηματικών δαπανών για την ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος παραγωγής) και το κόστος εκτίμησης (κόστος των απαιτούμενων ενεργειών για τη διατήρηση του επιθυμητού επιπέδου ποιότητας). Αντίστοιχα το κόστος αποτυχίας του ελέγχου περιλαμβάνει το κόστος εσωτερικών αστοχιών (κόστος που προκύπτει από τη μη ικανοποιητική ποιότητα, τα ελαττωματικά προϊόντα και υλικά, τις επανακατεργασίες και τις καθυστερήσεις) και το κόστος εξωτερικών αστοχιών (κόστος που προκύπτει από τη μη ικανοποιητική ποιότητα στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού/επιχείρησης, κόστος από τη χαμηλή απόδοση των προϊόντων, τη χαμηλή αξιοπιστία, τις επιστροφές και τα παράπονα των πελατών).

Η συσχέτιση ποιότητας και κόστους ποιότητας προσδιορίζεται από τρεις διαφορετικές οπτικές. Η πρώτη οπτική θεωρεί πως όσο υψηλότερη είναι η ποιότητα τόσο μεγαλύτερο είναι και το κόστος ποιότητας και πως τα πρόσθετα οφέλη από την ποιότητα δεν υπερκαλύπτουν τα πρόσθετα κόστη. Η δεύτερη οπτική υποστηρίζει πως τα πρόσθετα οφέλη είναι μεγαλύτερα από το πρόσθετο κόστος. Η τρίτη οπτική υποστηρίζει πως το κόστος ποιότητας είναι αυτό που αποφεύγεται όταν το προϊόν/υπηρεσία προσφέρεται σωστά από την αρχή.

Σημειώνεται πως η δεύτερη οπτική είναι αυτή που υποστήριξαν έντονα οι κορυφαίοι δάσκαλοι (guru) της ποιότητας Deming, Juran και Feigenbaum, οι οποίοι συμπέραναν πως μέσω της ποιότητας πραγματοποιείται επιπλέον εξοικονόμηση κόστους, ελαχιστοποιώντας τα κατεστραμμένα προϊόντα, τα ελαττωματικά προϊόντα, τον χρόνο εργασίας για εκ νέου επεξεργασία αυτών κ.α.. Αντίστοιχα, την τρίτη οπτική υποστήριξε πρώτος ο Crosby το 1979 και είναι αυτή πάνω στην οποία στηρίζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), σύμφωνα με την οποία το κόστος ποιότητας δεν περιλαμβάνει μόνο τις άμεσες δαπάνες που υπολογίζονται και κοστολογούνται αλλά και επιπλέον δαπάνες που προκύπτουν από την απώλεια πελατών, τη μείωση του μεριδίου αγοράς και άλλα κρυμμένα κόστη και χαμένες ευκαιρίες (Joel, 1999). Η μετρησιμότητα του κόστους της ποιότητας, σε κάθε περίπτωση, όχι μόνο αναγνωρίζεται αλλά θεωρείται ταυτόχρονα ένα πολύ σημαντικό στοιχείο τόσο για τη διοικητική και την τεχνολογική διαχείριση όσο και για το στρατηγικό σχεδιασμό των μοντέρνων συστημάτων ποιότητας.

1.4 Βασικές διαστάσεις της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας βασίζεται πάνω σε ορισμένες διαστάσεις, οι οποίες εφόσον χρησιμοποιηθούν έπειτα από έρευνα, είναι σε θέση να μετρήσουν την ποιότητα (διάγνωση της ποιοτικής στάθμης) και ακολούθως τον κατάλληλο σχεδιασμό για τη βελτίωση αυτής. Η ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας διατηρεί τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές διαστάσεις, οι οποίες θεωρούνται ανεξάρτητες και αυτοδύναμες.

Αναφορικά με τα προϊόντα, ο Gavin (1984) υποστήριξε ότι οι διαστάσεις της ποιότητας είναι οι εξής:

- τα βασικά χαρακτηριστικά απόδοσης του προϊόντος (performance)
- τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του προϊόντος (features)
- η αξιοπιστία του προϊόντος (reliability)
- η ποιότητα παραγωγής (conformance)
- η αναμενόμενη διάρκεια ζωής (durability)
- η ποιότητα εξυπηρέτησης του προϊόντος πριν και μετά την πώληση (serviceability)
- τα αισθητικά χαρακτηριστικά (aesthetics)
- η υποκειμενική αντίληψη της προσφερόμενης αξίας (perceived quality)

Αναφορικά με τις υπηρεσίες, οι διαστάσεις ποιότητας διαφοροποιούνται εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν έναντι των προϊόντων. Οι Parasuraman, Zeithaml και Berry (1985), μετά από μια σειρά μελετών και ερευνών, κατέληξαν στις εξής δέκα διαστάσεις ποιότητας των υπηρεσιών:

- την αξιοπιστία της υπηρεσίας (reliability)
- την ανταπόκριση του προσωπικού (responsiveness)
- την αρμοδιότητα του προσωπικού (competence)
- την ευγένεια του προσωπικού (courtesy)
- την πρόσβαση στο χώρο παροχής της υπηρεσίας (access)
- την επικοινωνία του οργανισμού/επιχείρησης με τον πελάτη (communication)
- την αφοσίωση του πελάτη (credibility)
- την ασφάλεια που παρέχεται στον πελάτη (security)
- την κατανόηση/γνώση του πελάτη (understanding/knowing the customer)
- τα υλικά περιουσιακά στοιχεία του οργανισμού/επιχείρησης (tangibles)

1.5 Η ποιότητα στον τομέα των υπηρεσιών

Το ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εμφανίζεται εντονότερο τις τελευταίες δεκαετίες, και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι όλα σχεδόν τα προϊόντα προσφέρονται πλέον στους πελάτες μαζί με ένα πλήθος υπηρεσιών, οι οποίες προσδίδουν προστιθέμενη αξία που κατέχει μάλιστα πολλές φορές το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής αξίας του προϊόντος. Επιπλέον, στη σημερινή εποχή υφίσταται και ένας σημαντικός αριθμός οργανισμών και επιχειρήσεων αμιγώς παροχής υπηρεσιών, όπως παροχής οικονομικών υπηρεσιών, υγειονομικής περίθαλψης, υπηρεσιών τουρισμού και φιλοξενίας, ασφαλιστικών υπηρεσιών και υπηρεσίες εκπαίδευσης και διδασκαλίας, πάνω στους οποίους μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να στηρίζεται και η οικονομία μιας ολόκληρης περιοχής.

Η υπηρεσία, ως έννοια, περιλαμβάνει τις δραστηριότητες του προμηθευτή κατά τη διεπαφή του με έναν πελάτη, καθώς και τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων όλων των προμηθευτών προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των πελατών (ISO, 1992). Οι υπηρεσίες παρουσιάζουν ορισμένες διαφορές ή ιδιαιτερότητες συγκριτικά με τα προϊόντα (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999; Λαζάρου 2005), οι οποίες πηγάζουν από τα κύρια χαρακτηριστικά τους. Το γεγονός ότι είναι άυλα αγαθά καθιστά αδύνατη την εκ των προτέρων αντίληψη της ποιότητάς τους, ενώ η ένταση εργασίας που τις χαρακτηρίζουν έχουν ως αποτέλεσμα την μεγάλη τους εξάρτηση από την εκπαίδευση, την ικανότητα και την επαγγελματική ευσυνειδησία των ατόμων (προσωπικό) που τις παρέχουν. Επίσης, ο χρόνος μεσολάβησης μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσής τους είναι σχεδόν μηδενικός, γεγονός που δεν επιτρέπει τη διόρθωση τη στιγμή που θα διαπιστωθεί κάποιο λάθος, ενώ η πιθανότητες λάθους αυξάνονται λόγω του μεγάλου όγκου συναλλαγών που καλούνται συνήθως να διεκπεραιώνουν οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών. Επιπλέον, ο ρόλος του πελάτη/καταναλωτή στην παραγωγή των υπηρεσιών είναι ιδιαίτερος, καθώς αυτή προσαρμόζεται στις απαιτήσεις του μετά από αμφίδρομη επικοινωνία και δράση του προμηθευτή και του καταναλωτή, προκειμένου να αναγνωριστούν και να προσδιοριστούν οι ανάγκες του τελευταίου.

Οι Lewis και Booms (1983) περιέγραψαν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως «ένα μέτρο του κατά πόσο το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πελατών», θεωρώντας ότι παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σημαίνει προσαρμογή στις προσδοκίες των πελατών σε μόνιμη βάση, ενώ οι Zeithaml et al. (1990) υποστήριξαν ότι μια από τις πιο κοινές αιτίες παροχής κακής ποιότητας υπηρεσιών από τις ανάλογες επιχειρήσεις έχει άμεση σχέση με την άγνοια του τι πραγματικά ανέμεναν οι πελάτες.

Συνεπώς, με βάση τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών αλλά και τον ορισμό της έννοιας των υπηρεσιών, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των χρηστών/καταναλωτών εξαρτάται από τα μέσα και τις μεθόδους, αλλά κυρίως από τη συμπεριφορά του προσωπικού καθώς και τις γνώσεις και τις ικανότητες αυτού (Ζαβλανός, 2006).

1.6 Μέτρηση της ποιότητας

Σύμφωνα με τους Capodagli και Jackson (1998): «Πολλοί οργανισμοί φαίνεται να θεωρούν τους καταναλωτές τίποτε άλλο παρά μια ενόχληση. Μπορεί να μην το παραδέχονται αλλά έτσι είναι. Μπορεί να προβάλλουν μια πινακίδα που να λέει ότι ο πελάτης έχει πάντα δίκιο και να κάνουν τη ζωή του κόλαση από τη στιγμή που διαλέγει να επιλέξει τα προϊόντα/υπηρεσίες του συγκεκριμένου οργανισμού». Το παραπάνω απόσπασμα υποδηλώνει ότι δεν έχει γίνει αντιληπτή η σχέση που υπάρχει μεταξύ της ικανοποίησης του καταναλωτή, της ποιότητας του προϊόντος/υπηρεσίας που αυτός λαμβάνει και όχι αυτής που διαφημίζεται και κατά συνέπεια της απόδοσης του οργανισμού.

Ο Deming, ο οποίος καθιερώθηκε ως ένας από τους κορυφαίους «gurus» της ποιότητας, υποστηρίζει ότι το να κάνεις ότι καλύτερο μπορείς δεν είναι αρκετό, αλλά πρέπει πρώτα να επιλέξεις τι πρέπει να διορθώσεις και μετά να κάνεις ότι καλύτερο μπορείς. Αναφέρεται σε μια διαδικασία μέτρησης-αξιολόγησης του βαθμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός οργανισμού, τη διάγνωση των προβλημάτων ποιότητας μέσω αυτής και κατόπιν τον σχεδιασμό των καταλληλότερων ενεργειών και στρατηγικών προκειμένου να επέλθει η βελτίωση στην ποιότητα (Deming, 1986).

Η ικανοποίηση του καταναλωτή διατηρεί άμεση σχέση με την ποιότητα, αποτελώντας τον κύριο παράγοντα που προσδίδει αξία σε αυτή. Έτσι, ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πρέπει να παρουσιάζει κάποια χαρακτηριστικά τα οποία θα ανταποκρίνονται στις επιθυμίες του καταναλωτή, ώστε να χαρακτηρίζεται ως ποιοτικό. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση η ποιότητα μπορεί να επαναπροσδιοριστεί ως το σύνολο των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος/μιας υπηρεσίας, που αφορούν την ικανότητά του/της να ικανοποιεί ανάγκες, εκφρασμένες ή όχι, οι οποίες προέκυψαν από έρευνα αγοράς. Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των καταναλωτών/χρηστών και την ποιότητα των προϊόντων/υπηρεσιών, η πρώτη αποτελεί κύριο δείκτη μέτρησης της δεύτερης. Για το λόγο αυτό όλοι οι οργανισμοί παγκοσμίως εστίασαν τις προσπάθειές τους στις εκτιμήσεις του καταναλωτή, προκειμένου να βελτιώσουν τα προϊόντα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

Αναφορικά με τα προϊόντα, ο κατασκευαστής μελετάει τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την ποιότητα, καταγράφει και προσδιορίζει τις επιτρεπόμενες διακυμάνσεις σε καθένα από αυτά, καθορίζοντας με αυτό τον τρόπο, με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού, τις προδιαγραφές του προϊόντος. Στην περίπτωση αυτή, η ποιότητα του παραγόμενου αγαθού αξιολογείται και μετριέται σχετικά εύκολα, καθώς στηρίζεται στη σύγκριση των χαρακτηριστικών του προϊόντος με τις απαιτούμενες προδιαγραφές που τέθηκαν με σκοπό να διαπιστωθεί η συμμόρφωση με αυτές (Σκιττίδης, 2000).

Μια παρόμοια διαδικασία δεν δύναται να πραγματοποιηθεί και στις υπηρεσίες, αφού αυτές αποτελούν δραστηριότητες, των οποίων η ποιότητα δεν αξιολογείται και μετριέται εκ των προτέρων από τον φορέα, αλλά καταναλώνεται καθώς αυτές δημιουργούνται. Για το λόγο αυτό, η αξιολόγηση και η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στηρίζεται κυρίως στην μέτρηση της ικανοποίησης των καταναλωτών/χρηστών, που αποτελούν εργαλεία του γνωστικού αντικείμενου της έρευνας μάρκετινγκ (Gummesson, 1991). Σύμφωνα και με τον ορισμό της ικανοποίησης, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί να μετρηθεί μέσω του «βαθμού στον οποίο οι εμπειρίες των καταναλωτών συναντούν τις προσδοκίες τους» (Gronroos, 1984) και προκύπτει από τη σύγκριση των προσδοκιών του καταναλωτή για τις υπηρεσίες που πρόκειται να λάβει, με τις αντιλήψεις του για την απόδοση του οργανισμού που παρέχει τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, ενώ οι προσδοκίες είτε επιβεβαιώνονται είτε διαψεύδονται (Andreassen, 2000).

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των καταναλωτών, αποτελεί για τους σύγχρονους οργανισμούς βασικό ερευνητικό στοιχείο, καθώς η συμβολή του στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι μείζονος σημασίας λόγω των παρακάτω:

- Παρέχεται ένας συνολικός βαθμός απόδοσης του οργανισμού και προσδιορίζεται η πιθανή υπεροχή του σε σχέση με τους ανταγωνιστές
- Διαπιστώνεται κατά πόσο οι υπηρεσίες του οργανισμού ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών
- Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ποιότητας που θα πρέπει να βελτιωθούν καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί αυτή η βελτίωση
- Προσδίδει κίνητρο στο προσωπικό της εταιρείας για την αύξηση της παραγωγικότητάς του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η συνειδητοποίηση της σημαντικότητας της ποιότητας των προσφερόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, είχε ως συνέπεια να ξεκινήσει η εφαρμογή στην πράξη ενός νέου τρόπου οργάνωσης των επιχειρήσεων, πάνω στο οποίο στηρίχθηκε ένα ολόκληρο σύστημα διοίκησης, η φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) αποτέλεσε μία πολύ σημαντική εξέλιξη αναφορικά με την προσέγγιση προβλημάτων διοίκησης επιχειρήσεων, η οποία μπορεί να παρομοιασθεί με μία σιωπηλή επανάσταση που ξεκίνησε στις ΗΠΑ, αλλά ουσιαστικά αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία στην δεκαετία του 1950, από την Ένωση Ιαπώνων Επιστημόνων. Ως αποτέλεσμα, η Ιαπωνία εξελίχθηκε σε κυρίαρχη παγκόσμια οικονομικά δύναμη ενώ η ΔΟΠ άρχισε να υιοθετείται αρχικά στις ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1980 και λίγο αργότερα και στην Ευρώπη.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μία νέα προσέγγιση στα πολύπλοκα προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη επιχείρηση (Stamatis, 1996). Σήμερα, ολοένα και περισσότερο οι επιχειρήσεις αλλά και οι οργανισμοί γενικότερα ασπάζονται τις θεωρίες και τις αρχές της ΔΟΠ, με σκοπό τόσο την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία τους, όσο και την επίτευξη των στόχων τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η Διοίκηση Ολικής ποιότητας ουσιαστικά αναφέρεται σε έναν νέο τρόπο διοίκησης, που οδηγεί την εκάστοτε επιχείρηση/οργανισμό στην απόκτηση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος με το οποίο και θα επέλθει σταδιακά η επιθυμητή ανάπτυξή της. Ο Tobin (1990) την όρισε ως μία ολοκληρωμένη προσπάθεια για την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μέσω της συνεχούς βελτίωσης σε κάθε τομέα της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού. Σύμφωνα με τον Μπόχωρη (2003), η ΔΟΠ μπορεί να οριστεί ως «η στρατηγική βελτίωσης της επιχειρηματικής απόδοσης μέσω της συνολικής δέσμευσης όλων των εργαζομένων ως προς την πλήρη ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών, στο χαμηλότερο δυνατό κόστος και μέσω της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών, των επιχειρηματικών διαδικασιών και του

προσωπικού». Για το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας των ΗΠΑ, η ΔΟΠ είναι φιλοσοφία που στηρίζεται σε ένα σύνολο κατευθυντήριων αρχών για τη συνεχή βελτίωση ενός οργανισμού, καθώς και ο συνδυασμός ποσοτικών μεθόδων και ανθρώπινων πόρων για τη βελτίωση των υπηρεσιών ενός οργανισμού, των διαδικασιών και του βαθμού ικανοποίησης των αναγκών των πελατών, τώρα και στο μέλλον.

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διοίκηση της Ποιότητας (EFQM), ορίζει την ΔΟΠ ως «όλοι οι τρόποι με τους οποίους ένας οργανισμός ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών του, του προσωπικού του, των οικονομικών μετόχων του και της κοινωνίας γενικότερα» (Geraedts et al., 2001). Ωστόσο, σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό της ΔΟΠ όπως αναφέρεται στο πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 8402, η ΔΟΠ είναι «τρόπος διοίκησης ενός οργανισμού εστιασμένος στην ποιότητα, ο οποίος βασίζεται στη συμμετοχή όλων των μελών και στοχεύει στη μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσω της ικανοποίησης του πελάτη και στην παροχή οφελών σε όλα τα μέλη του οργανισμού και στην κοινωνία».

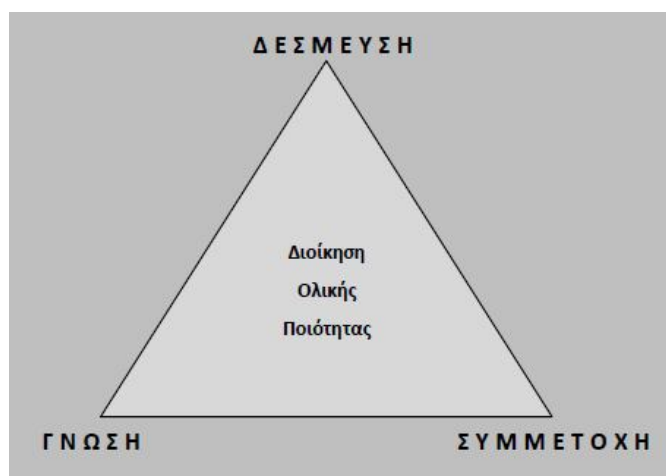
Σύμφωνα με τον Witcher (1990), καθένας από τους τρεις όρους της ΔΟΠ φανερώνει και ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του. Ο όρος «Διοίκηση» δηλώνει την ευσυνείδητη συνεισφορά και πλήρης δέσμευση των ανωτέρων στελεχών σε όλες τις δραστηριότητες της επιχείρησης. Ο όρος «Ολική» δηλώνει την συμμετοχή κάθε εργαζόμενου της επιχείρησης, ακόμα και των πελατών και προμηθευτών, ενώ με τον όρο «Ποιότητα» εννοείται η πλήρης ικανοποίηση (εκπλήρωση) όλων των απαιτήσεων των πελατών. Με άλλα λόγια, η ΔΟΠ είναι μια νέα κουλτούρα απόλυτης δέσμευσης απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη, μέσα από τη συνεχή βελτίωση και την καινοτομία σε όλες τις πλευρές της οργανωσιακής λειτουργίας και της επιχειρηματικής δραστηριότητας.

2.2 Βασικές αρχές της ΔΟΠ

Η ΔΟΠ περιλαμβάνει βασικές τεχνικές διαχείρισης, εφαρμοσμένες προσπάθειες βελτίωσης και εργαλεία ποιότητας τα οποία χρησιμοποιεί με μεθοδικότητα, με στόχο την συνεχή βελτίωση. Αναλύεται σ ένα ολοκληρωμένο και πρωτοποριακό σύστημα διοικητικών λειτουργιών και λειτουργικών δραστηριοτήτων, το οποίο είναι σχεδιασμένο ώστε να αφαιρεί τα περιττά και μη προβλέψιμα, να επιτυγχάνει με λιγότερες διαθέσιμες πηγές υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας και να ικανοποιεί περισσότερο τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών και χρηστών.

Η επιτυχής εφαρμογή της ΔΟΠ βασίζεται σε τρεις βασικές προϋποθέσεις ή διαφορετικά τρία βασικά αξιώματα, στα οποία πρέπει να δίνεται βάση και να ακολουθούνται από τον κάθε ενδιαφερόμενο. Τα τρία αυτά αξιώματα της ΔΟΠ αποτελούν το τρίπτυχο «Δέσμευση – Συμμετοχή – Γνώση» και αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως το τρίγωνο της ΔΟΠ (Εικόνα 3).

ΕΙΚΟΝΑ 3 Το τρίγωνο της ΔΟΠ



Πηγή: Λογοθέτης, 1993

Το πρώτο αξίωμα αναφέρεται στη δέσμευση του ανθρώπινου δυναμικού όλων των βαθμίδων της επιχείρησης στην φιλοσοφία και την αποδοχή για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων/υπηρεσιών, ως απαίτηση των καταναλωτών/χρηστών. Αποτελεί το αξίωμα το οποίο ουσιαστικά οδηγεί στη μεταστροφή από την κλασική διοίκηση στη διοίκηση ολικής ποιότητας. Βασική προϋπόθεση είναι η συμμετοχή της ανώτατης διοίκησης που με την παραδειγματική συμπεριφορά της και την αναγκαία καθοδήγηση θα δείξει πρώτη το δρόμο της εφαρμογής της φιλοσοφίας και θα πείσει το υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό για τη νέα πορεία προς την ποιότητα.

Το δεύτερο αξίωμα αναφέρεται στη συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού όλων των βαθμίδων της επιχείρησης στη διασφάλιση και τη διατήρηση της ποιότητας, με ομαδικό πνεύμα προκειμένου να υπάρξει και σε αυξημένη δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων. Βασικές προϋποθέσεις είναι η απουσία φόβου, των εμποδίων επικοινωνίας και του ανταγωνισμού, καθώς και η προτροπή και ενθάρρυνση για απελευθέρωση της δυναμικότητας και δημιουργικότητας του ανθρώπινου δυναμικού προς όφελος τόσο των ίδιων όσο και της ίδιας της επιχείρησης ή οργανισμού ως σύνολο.

Το τρίτο αξίωμα αφορά τη γνώση και ειδικότερα την επιστημονική γνώση, με την οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί μια δυσλειτουργία με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και να υπάρχει άμεσα επέμβαση προλαμβάνοντας ένα πιθανό μεγαλύτερο πρόβλημα. Σημαντικό πλεονέκτημα της επιστημονικής γνώσης είναι ότι προσφέρει μια κοινή γλώσσα μεταξύ των διαφόρων τμημάτων μιας επιχείρησης. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για εκπαίδευση, μάθηση από τα πεπραγμένα, γνώση, συνεχής έρευνα και ανάπτυξη καινοτόμων μεθόδων, προκειμένου η πρόληψη και όχι η θεραπεία να αποτελεί τη φιλοσοφία μιας επιχείρησης που παλεύει να είναι πλήρως ανταγωνιστική και αποδοτική.

Από αυτά τα τρία αυτά αξιώματα προκύπτουν οι παρακάτω οχτώ (8) βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Bryde, 1993; Σπανός 1993; James, 1998; Klefsjo, 2002; Δεβιρτσιώτης, 2005):

1. Δέσμευση, καθοδήγηση και ενεργός συμμετοχή από τη διοίκηση
2. Εφαρμογή σε έκταση
3. Υπευθυνότητα σε βάθος
4. Εστίαση στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών
5. Πρόληψη και όχι θεραπεία
6. Συνεχής εκπαίδευση στη χρήση εργαλείων και μεθόδων
7. Έλεγχος ανταγωνιστικότητας
8. Συνεχής βελτίωση ποιότητας

Δέσμευση, καθοδήγηση και ενεργός συμμετοχή από τη διοίκηση

Η αρχή αφορά όλα τα κορυφαία στελέχη και τη διεύθυνση του οργανισμού σχετικά με την εφαρμογή της ΔΟΠ. Χωρίς τη δική τους δέσμευση για την υιοθέτηση των αρχών της ΔΟΠ δεν είναι δυνατή καμιά αλλαγή προς την ποιότητα και οποιαδήποτε προσπάθεια δεν πρόκειται να δώσει μόνιμα αποτελέσματα. Η ανώτερη και ανώτατη διοίκηση πρέπει να αναλάβει ηγετικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή δημιουργώντας το κατάλληλο περιβάλλον και παρέχοντας την αναγκαία καθοδήγηση καθώς και όλα τα εφόδια και τη βοήθεια που μπορεί να χρειάζονται οι υφιστάμενοι για να μεταβιβάσει το νέο όραμα και να ασκήσει με επιτυχία την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Εφαρμογή σε έκταση

Η αρχή αναφέρεται στη συνολική και συστηματική συμμετοχή όλων των εργαζομένων, όλων των οργανωτικών δομών και τμημάτων ενός οργανισμού στη διασφάλιση και τη διατήρηση της ποιότητας. Όλοι συμβάλουν με την εργασία, την εμπειρία και τις ιδέες τους στη διαμόρφωση αλλά και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Σκοπός είναι η προσαρμογή και υιοθέτηση μιας νοοτροπίας που θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιδιαίτερης οργανωσιακής κουλτούρας που συμβαδίζει με τις αρχές και τους στόχους της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Υπευθυνότητα σε βάθος

Η αρχή αναφέρεται στο γεγονός ότι όλοι είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα. Η διοίκηση εκχωρεί ευθύνες και αρμοδιότητες στα κατώτερα επίπεδα, τα προτρέπει και τα ενθαρρύνει στο να ελέγχουν, να διευθύνουν και να βελτιώνουν τις διαδικασίες που βρίσκονται εντός της δικής τους υπευθυνότητας. Οι εργαζόμενοι προτρέπονται να λειτουργούν ομαδικά και να συνεργάζονται σε διαλειτουργικό επίπεδο επιτυγχάνοντας τόσο την καλύτερη λειτουργία και βελτίωση των συστημάτων και των παραγόμενων προϊόντων όσο και την ενδυνάμωση, την αυτοβελτίωση και την προσωπική ανάπτυξη των εργαζομένων. Συνεπώς, ο καθένας συμμετέχει στο αποτέλεσμα και κάθε εργασία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό υπευθυνότητας, στο πλαίσιο των διαδικασιών και των οδηγιών του συστήματος της ΔΟΠ.

Εστίαση στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών

Η αρχή αφορά την εστίαση στους πελάτες ως φυσική συνέχεια της σπουδαιότητας της έννοιας του πελάτη για τη ΔΟΠ. Ο όρος πελάτης αναφέρεται τόσο στον εσωτερικό πελάτη (εργαζόμενο), όσο και στον εξωτερικό πελάτη (καταναλωτή/χρήστη των παραγόμενων προϊόντων ή παρεχόμενων υπηρεσιών). Οι προσδοκίες, οι ανάγκες, οι απαιτήσεις του πελάτη και η συνεχής προσπάθεια ικανοποίησής τους παίζουν ένα πολύ κρίσιμο ρόλο στην εφαρμογή της ΔΟΠ. Η κατανόηση της εστίασης στις ανάγκες και προσδοκίες των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών, αλλά και η κατανόηση του κάθε εργαζόμενου στο να βλέπει τον εαυτό του στη θέση του πελάτη του οποίου τις ανάγκες πρέπει να καλύψει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, παρέχει την δυνατότητα στην επιχείρηση να αξιοποιήσει κάθε ευκαιρία βελτίωσης της ποιότητας των προϊόντων, υπηρεσιών αλλά και όλων των διαδικασιών παραγωγής.

Πρόληψη και όχι θεραπεία

Η αρχή αναφέρεται στην «επιτυχία με την πρώτη» και εκφράζεται ως «μηδέν ελαττωματικά» (zero defects). Η έμφαση στην πρόληψη αναγκάζει τους υπευθύνους να καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια στο σχεδιασμό των προϊόντων/υπηρεσιών, στοχεύοντας στην ενσωμάτωση των διαδικασιών ποιότητας, προκειμένου να εξασφαλισθεί η πιστή τήρηση των προδιαγραφών. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται σημαντικά τα έξοδα της διαδικασίας ελέγχου ποιότητας, τα οποία δεν προσδίδουν καμία προστιθέμενη αξία στο προϊόν ή την υπηρεσία.

Συνεχής εκπαίδευση στη χρήση εργαλείων και μεθόδων

Η αρχή αφορά τόσο τη διοίκηση όσο και τους εργαζόμενους, οι οποίοι θα πρέπει να γνωρίζουν τα εργαλεία και τις τεχνικές που εφαρμόζονται στα πλαίσια της ΔΟΠ και συμβάλλουν στην αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λήψη αποφάσεων.

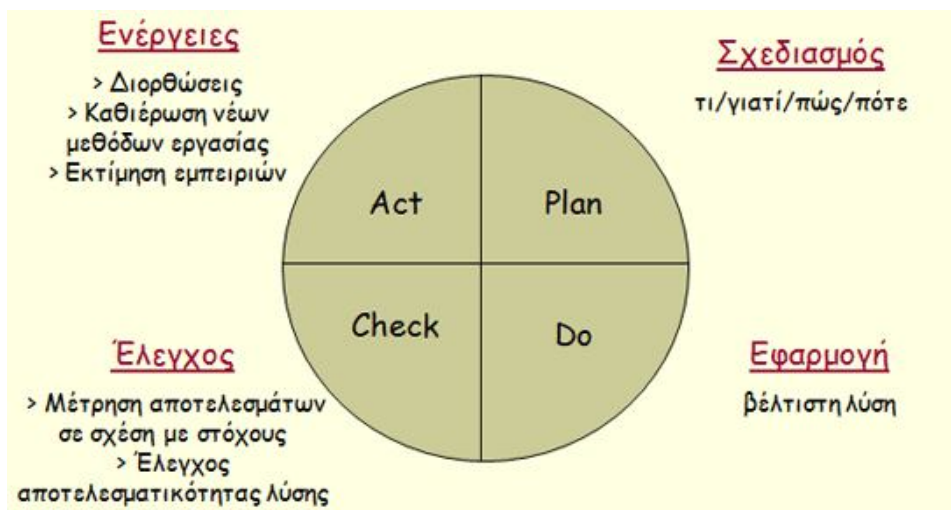
Έλεγχος ανταγωνιστικότητας

Η αρχή αναφέρεται στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του συστήματος, η οποία πρέπει να οριοθετείται συνεχώς με βάση μια σειρά εσωτερικών και εξωτερικών δεικτών απόδοσης. Οι υπεύθυνοι, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των δεικτών απόδοσης, θα πρέπει να σχεδιάζουν και να αναπροσαρμόζουν τις διάφορες στρατηγικές για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί.

Συνεχής βελτίωση ποιότητας

Η αρχή αναφέρεται στην παρακίνηση για συνεχή αναζήτηση νέων μεθόδων βελτίωσης των δραστηριοτήτων παραγωγής/παροχής/εξυπηρέτησης καθώς και μείωσης της σπατάλης των πόρων. Απόρροια αυτής της απαίτησης αποτελούν οι γρήγοροι ρυθμοί ανάπτυξης της κοινωνίας, της τεχνολογίας, αλλά και των περισσότερων αναγκών των πελατών. Όλη αυτή η διαδικασία της μάθησης και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σχηματοποιήθηκε πολύ εύστοχα και είναι γνωστή ως ο «Κύκλος του Deming» ή «κύκλος PDCA» από τα αρχικά των επιμέρους επαναλαμβανόμενων σταδίων που αποτελούν τη διαδικασία της βελτίωσης και είναι ο σχεδιασμός (plan), η δράση (do), ο έλεγχος (check) και η βελτίωση (act) (Εικόνα 4).

ΕΙΚΟΝΑ 4 Ο κύκλος του Deming



Πηγή: Deming, 1986

Ο κύκλος του Deming βασίζεται στην πεποίθηση ότι η βελτίωση προέρχεται από την εφαρμογή της γνώσης. Η γνώση βασίζεται σε γνώσεις διοίκησης, παραγωγής ή και του τρόπου λειτουργίας των διαδικασιών και μπορεί να συμβάλει στην εκτέλεση μιας εργασίας με τρόπο πιο εύκολο, πιο ακριβή και γρήγορο, ασφαλέστερο, λιγότερο κοστοβόρο ή ακόμα πιο ικανό στην ικανοποίηση των αναγκών των πελατών.

Μέσω αυτής τη διαδικασίας μάθησης και βελτίωσης, επιδίωξη της επιχείρησης είναι η συνεχής αύξηση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσής της προκειμένου να γίνεται συνεχώς καλύτερη. Παράλληλα, μέσα από την επίλυση σύνθετων καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζονται από μικτές διαλειτουργικές ομάδες συντελούνται οι επιθυμητές βελτιώσεις. Συνεπώς η έννοια της βελτίωσης στη ΔΟΠ είναι συνεχής στην επιχείρηση/οργανισμό και αφορά από την πιο απλή αλλαγή που συντελείται από έναν εργαζόμενο έως τις ριζικές μεταβολές στην πορεία που θα πορευτεί από την πλευρά της διοίκησης.

2.3 Λόγοι υιοθέτησης της ΔΟΠ

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια φιλοσοφία διοίκησης και ένα σύνολο πρακτικών που δημιουργούν τη βάση για τη διαμόρφωση της κατάλληλης στρατηγικής ώστε να επέρχεται βελτίωση στην αποδοτικότητα, στην αποτελεσματικότητα και στο μερίδιο αγοράς του εκάστοτε οργανισμού ή επιχείρησης.

Τα οφέλη της ΔΟΠ συνοψίζονται στη μείωση του κόστους της μη ποιότητας, στην αύξηση της ικανοποίησης των καταναλωτών/χρηστών, στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και της υποκίνησης, στη βελτίωση του κύρους και της φήμης, καθώς και στη μείωση των επιπτώσεων στο περιβάλλον (Knowles, 2011). Τα πλεονεκτήματα αυτής της στρατηγικής εφαρμογής θα γίνουν αντιληπτά μέσα από τη συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του οργανισμού, από την ικανοποίηση των πελατών αλλά και των εργαζομένων, από την αύξηση του μεριδίου αγοράς, από τον κύκλο εργασιών, καθώς και από το κόστος ποιότητας (Μπόχωρης, 2003).

Η ανάγκη για άσκηση Διοίκησης Ολικής Ποιότητας καθώς και τα πλεονεκτήματα που επιφέρει η εφαρμογή της, προδιαγράφεται μέσα από τους ποικίλους λόγους που οδηγούν στην υιοθέτησή της και οι οποίοι αφορούν (Δερβιτσιώτης, 2005):

- Την ανάγκη επιβίωσης και ανάπτυξης (εξέλιξη) της επιχείρησης σε μία έντονα ανταγωνιστική και κορεσμένη διεθνή αγορά
- Την ανάγκη υιοθέτησης μιας διαφορετικής αντίληψης που θα επικροτεί τη δημοκρατικότητα, τη συμμετοχικότητα και την αगाστή συνεργασία μεταξύ στελεχών και εργαζομένων προς όφελος των ιδίων και της επιχείρησης
- Την αδυναμία άλλων συμβατικών προσεγγίσεων για την διασφάλιση της ποιότητας
- Την αναποτελεσματικότητα μηχανιστικών διαδικασιών χωρίς την απαραίτητα διοικητική υποδομή για τη βελτίωσή της

2.4 Λόγοι αποτυχίας της εφαρμογής της ΔΟΠ

Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχει ωστόσο να αντιμετωπίσει ποικίλα προβλήματα και δυσκολίες, τα οποία όχι μόνο λειτουργούν ανασταλτικά στην άσκηση της, αλλά κυρίως οδηγούν σε αποτυχία εφαρμογής του προγράμματος της ΔΟΠ. Οι σημαντικότερες αιτίες για την αποτυχία της εφαρμογής της ΔΟΠ είναι οι εξής (Macdonald, 1996; Taylor & Wright, 2003):

- Εσφαλμένη αντίληψη σχετικά με την έννοια, τις αρχές και τα στοιχεία της ΔΟΠ
- Έλλειψη δέσμευσης της ηγεσίας
- Έλλειψη οράματος και σχεδιασμού από τη διοίκηση στα πλαίσια της ΔΟΠ
- Μη ολική συμμετοχή και ανάμιξη όλου του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού, που προκύπτει από την εκπαίδευση, την έλλειψη της επικοινωνίας, την υποκίνηση, την αναγνώριση και ανταμοιβή, καθώς και την ομαδική εργασία των εμπλεκόμενων μερών
- Αδρανοποίηση του οργανισμού ως απόρροια των τωρινών δεικτών ικανοποίησης του πελάτη, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι μελλοντικοί
- Αποτυχία του οργανισμού στην αναγνώριση τόσο των ιδιαιτεροτήτων του ίδιου όσο και του περιβάλλοντός του, προκειμένου να προσαρμοστούν κατάλληλα οι μέθοδοι, οι πρακτικές και τα εργαλεία της ΔΟΠ
- Αντίσταση των εργαζομένων στην αλλαγή στα πλαίσια της εφαρμογής της ΔΟΠ
- Μεμονωμένη εφαρμογή κάποιων ιδεών της ΔΟΠ

- Έλλειψη πραγματικών κινήτρων για την εφαρμογή της ΔΟΠ
- Έλλειψη της γνώσης αλλά και της εκπαίδευσης για θέματα σχετικά με τη ΔΟΠ

2.5 Αντικειμενικοί σκοποί της ΔΟΠ

Για κάθε οργανισμό ή επιχείρηση που επιλέγει να εφαρμόσει αυτόν το νέο τρόπο διοίκησης, κύριος σκοπός είναι να γίνει πιο αποτελεσματικός στην επίτευξη των στρατηγικών του στόχων, ή διαφορετικά να εκπληρώσει πρωτίστως το σκοπό για τον οποίο λειτουργεί και κατόπιν τους δευτερεύοντες στόχους του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Για να συμβεί αυτό, απαιτείται να προσδιορίσει και να εστιάσει σε μια σειρά από επιμέρους αντικειμενικούς σκοπούς που τίθενται στα πλαίσια της ΔΟΠ.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της ΔΟΠ είναι (Δερβιτσιώτης, 2005; Knowles, 2011):

- Η καλύτερη (άριστη) ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η ικανοποίηση του πελάτη και η γρήγορη ανταπόκριση στην επεξεργασία των αναγκών του
- Η μεγαλύτερη ευελιξία στην προσαρμογή των εναλλασσόμενων απαιτήσεων
- Το χαμηλότερο κόστος της βελτίωσης της ποιότητας και της εξάλειψης χρονοβόρων εργασιών που δεν προσθέτουν αξία, διασφαλίζοντας την αποτελεσματικότητα σε σχέση με το λειτουργικό κόστος
- Η καθολική συμμετοχή και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού ή της επιχείρησης
- Η αύξηση της ικανότητας της επιχείρησης για καινοτομίες
- Η ευελιξία, η ελαστικότητα και η προσαρμογή στις μεταβολές του περιβάλλοντος
- Η αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών
- Η ανάπτυξη ηθικής και μόνιμης νοοτροπίας σε όλους τους τομείς και σε όλα τα μέλη του προσωπικού του οργανισμού/επιχείρησης ώστε η προσπάθεια επίτευξης των στόχων να γίνεται φυσική συνέπεια έκφρασης της οργανωτικής κουλτούρας της επιχείρησης χωρίς ιδιαίτερο κόπο και προσπάθεια

2.6 Βασικές διαφορές της ΔΟΠ και της συμβατικής προσέγγισης της διοίκησης

Η έννοια και οι αρχές της ΔΟΠ διαφέρουν σημαντικά από την παραδοσιακή προσέγγιση της διοίκησης, η οποία περιέχει την έννοια της Διασφάλισης Ποιότητας¹ και περιλαμβάνει τον Έλεγχο Ποιότητας² και την Επιθεώρηση³. Οι διαφορές μεταξύ της προσέγγισης της ΔΟΠ και της συμβατικής προσέγγισης εντοπίζονται στα παρακάτω σημεία (Τσιότρας, 2002):

- Στη ΔΟΠ η ανώτατη διοίκηση είναι υπεύθυνη για την ποιότητα και πρέπει να αναλάβει προσωπικά την ηγεσία της προσπάθειας και να παρέχει την αναγκαία καθοδήγηση δείχνοντας πρώτη τον δρόμο της εφαρμογής, ενώ στη συμβατική προσέγγιση τα ανώτατα στελέχη δεν είναι υπεύθυνα για την ποιότητα και οι εντολές εκτελούνται ανεξάρτητα από το αν η ανώτατη ηγεσία δεν ακολουθεί τα πρότυπα που απαιτεί
- Στη ΔΟΠ η νοοτροπία της συνεχούς βελτίωσης και της ενσωμάτωσης της Διασφάλισης Ποιότητας σε όλες τις δραστηριότητες του οργανισμού, απαιτεί την αλλαγή της συμπεριφοράς, του τρόπου αντιμετώπισης καθώς και των εργασιακών πρακτικών όπως αυτές υφίστανται στη συμβατική προσέγγιση
- Στη ΔΟΠ είναι αναγκαία η αντιμετώπιση της ποιότητας από όλα τα τμήματα της επιχείρησης, ενώ στη συμβατική προσέγγιση αυτή γίνεται από κάποιο ειδικό τμήμα ελέγχου
- Στη ΔΟΠ η ηγεσία παραχωρεί κάποιες από τις δυνάμεις και τις υπευθυνότητες στα κατώτερα επίπεδα, ενθαρρύνοντας στον έλεγχο, στη διεύθυνση και στη βελτίωση των διαδικασιών που βρίσκονται στη δική του υπευθυνότητα, ενώ στη συμβατική προσέγγιση η εργασία αυτή αποτελεί αντικείμενο των ελεγκτών ή των προϊσταμένων των διαδικασιών ή τμημάτων

¹ Διασφάλιση Ποιότητας είναι το σύνολο των απαραίτητων προγραμματισθέντων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες εξασφαλίζουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές.

² Έλεγχος Ποιότητας είναι το σύνολο των λειτουργικών τεχνικών διαδικασιών, οι οποίες επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών.

³ Επιθεώρηση είναι η απλή σύγκριση των παραγόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών με τις δεδομένες πρωτογενείς μορφές προδιαγραφών

- Στη ΔΟΠ η προσωπική συνεισφορά κάθε εργαζόμενου συμβάλλει στην αλλαγή της νοοτροπίας και συνολικά της οργανωτικής κουλτούρας του οργανισμού, ενώ στη συμβατική προσέγγιση ο εργαζόμενος ασχολείται προσωπικά με την εργασία του για την ικανοποίηση των απαιτήσεων του προϊστάμενου
- Στη ΔΟΠ το περιβάλλον περιλαμβάνει και τους προμηθευτές, τους πελάτες, τους επενδυτές, ακόμη και την τοπική κοινότητα δημιουργώντας μια αλυσίδα αλληλεξάρτησης και υποστήριξης, ενώ στη συμβατική προσέγγιση ο οργανισμός πρέπει να παλέψει για να κατακτήσει ένα περιβάλλον που θεωρείται από ανταγωνιστικό μέχρι εχθρικό

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Διαφορές στις παραδοχές μεταξύ παραδοσιακής προσέγγισης διοίκησης και ΔΟΠ

Παραδοσιακή Προσέγγιση Διοίκησης	Προσέγγιση Διοίκησης Ολικής Ποιότητας
Προτεραιότητα στο κόστος και στην ποσότητα	Προτεραιότητα στην ποιότητα
Η ποιότητα στοιχίζει	Η ποιότητα κερδίζει
Ικανοποίηση προδιαγραφών	Συνεχής βελτίωση ποιότητας
Αντιδραστική αντιμετώπιση	Προληπτική αντιμετώπιση
Ποιότητα ή ποσότητα	Ποιότητα και ποσότητα
Κόστος ή ποιότητα	Κόστος και ποιότητα
Ανώτατα στελέχη μέτοχα ευθύνες για ποιότητα	Ανώτατα στελέχη συνυπεύθυνα για ποιότητα
έλεγχος	Πρόληψη
Αποδεκτό επίπεδο ελαττωματικών	Μηδενισμός ελαττωματικών
Προσανατολισμός στο προϊόν	Προσανατολισμός στην επιχείρηση
Ποιος φταίει?	Πώς λύνεται το πρόβλημα?
Έμφαση στην παραγωγή	Έμφαση στη σχεδίαση προϊόντος, διαδικασιών και στην παραγωγή
Υποψίες για το κόστος ποιότητας	Συστηματική μέτρηση του κόστους ποιότητας
Πηγές κακής ποιότητας: οι εργαζόμενοι παραγωγής	Πηγές κακής ποιότητας: τα διοικητικά στελέχη
Επιδιόρθωση ή απόκρυψη ελαττωματικών	Εντοπισμός και διαφώτιση προβλημάτων
Ευθύνη για ποιότητα στο Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας	Ευθύνη για ποιότητα σε όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης
Η ποιότητα είναι τεχνικό πρόβλημα	Η ποιότητα είναι διοικητικό πρόβλημα

Πηγή: Δερβιτσιώτης, 2005

- Στη ΔΟΠ οι εργαζόμενοι θεωρούνται εσωτερικοί πελάτες στην αλυσίδα παραγωγής ή εξυπηρέτησης μέχρι τον τελευταίο κρίκο της όπου συνδέονται οι εξωτερικοί πελάτες, ενώ στη συμβατική προσέγγιση ο καθένας προσπαθεί να αποκρύψει τα λάθη του και να τα φορτώσει αν μπορεί στον επόμενο
- Στη ΔΟΠ η δημιουργία μικτών ομάδων εργαζομένων σε εξαρτώμενες λειτουργίες γίνεται με τη συμμετοχή προμηθευτών αλλά και εκπροσώπων των πελατών, ενώ στη συμβατική προσέγγιση κάτι τέτοιο θεωρείται τουλάχιστον περιεργο
- Στη ΔΟΠ υποστηρίζεται η πρόληψη ή τα μηδέν ελαττώματικά, ενώ στη συμβατική προσέγγιση, που βασίζεται στην αντίδραση σε λάθη με βάση τον έλεγχο, θεωρείται φυσική η ύπαρξη ενός αριθμού ελαττωματικών όπως και η ύπαρξη διαδικασιών διόρθωσης και απόρριψης
- Στη ΔΟΠ η εκπαίδευση θεωρείται επένδυση, ενώ στη συμβατική προσέγγιση θεωρείται απαραίτητο έξοδο
- Στη ΔΟΠ θεωρείται σημαντική η συνεχής εκπαίδευση όλων στη χρήση εργαλείων και μεθόδων διοίκησης, ενώ στη συμβατική προσέγγιση η εκπαίδευση γίνεται μόνο σε επιλεγμένο προσωπικό που θα εποπτεύει διαδικασίες αφού για τους υπόλοιπους θεωρείται επαρκής η απαιτούμενη κατάρτιση για την εργασία που κάνουν
- Στη ΔΟΠ οι εργαζόμενοι επισημαίνουν χωρίς φόβο τα προβλήματα του συστήματος και νιώθουν υπερήφανοι για την εργασία τους, ενώ στη συμβατική προσέγγιση δε συμβαίνει κάτι τέτοιο
- Στη ΔΟΠ η αποτελεσματικότητα του συστήματος οριοθετείται συνεχώς με βάση μια σειρά εσωτερικών και εξωτερικών δεικτών απόδοσης, ενώ στη συμβατική προσέγγιση υπάρχουν μόνο εξωτερικοί που κυρίως είναι οικονομικοί
- Στη ΔΟΠ ενυπάρχει η παρακίνηση της συνεχούς αναζήτησης νέων μεθόδων βελτίωσης των δραστηριοτήτων παράγωγης ή εξυπηρέτησης, καθώς και της μείωσης της σπατάλης πόρων με μικρά αλλά σταθερά βήματα, με χρήση δοκιμασμένων τεχνικών και εργαλείων, με συμμετοχή των εργαζομένων, ενώ η συμβατική προσέγγιση επικεντρώνεται στην τήρηση προδιαγραφών
- Στη ΔΟΠ ο προσανατολισμός αφορά στην επιχείρηση, ενώ η συμβατική προσέγγιση προσανατολίζεται στο προϊόν

- Στη ΔΟΠ δίνεται έμφαση στη σχεδίαση των προϊόντων και των διαδικασιών και στην παραγωγή, ενώ η συμβατική προσέγγιση δίνει έμφαση μόνο στην παραγωγή
- Στη ΔΟΠ η ποιότητα θεωρείται ότι είναι διοικητικό πρόβλημα, ενώ η συμβατική προσέγγιση τη θεωρεί τεχνικό πρόβλημα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Διαφορές μεταξύ συμβατικής διοίκησης και ΔΟΠ

Θέμα	Συμβατική Διοίκηση	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
Σκοπός	Ικανοποίηση στόχων	Συνεχής βελτίωση
Κριτήρια απόδοσης	Κόστος, Χρόνος	Απαιτήσεις πελάτη για την εκτέλεση παραγγελιών
Ροή πληροφοριών	Κάθετη	Κάθετη και Οριζόντια
Μέτρηση δεικτών	Δικαιολογία	Διάγνωση προβλημάτων
Συμπεριφορά σε αλλαγές	Αντίδραση	Τρόπος ζωής
Αντίδραση στα σφάλματα	Ποιός φταίει?	Γιατί προκλήθηκε?
Αντιμετώπιση ελαττωματικών	Επιδιόρθωση	Πρόληψη
Ρόλος στελεχών	Τήρηση προγραμμάτων	Συνδρομή (Coaching)
Ρόλος εργαζομένων	Περιορισμένος	Διευρυμένος
Εκπαίδευση	Κόστος	Επένδυση
Τεχνολογία	Εύκολη λύση	Αναβάθμιση εργαζομένων

Πηγή: Δερβιτσιώτης, 2005

Σύμφωνα με τους Evans και Lindsay (1999), οι διαφορές μεταξύ της ΔΟΠ και των παραδοσιακών πρακτικών διοίκησης αφορούν επιπλέον και:

- Τους στόχους και τους σκοπούς του οργανισμού: στο παραδοσιακό μάνατζμεντ δεν υπάρχει συνεργασία των τμημάτων, σε αντίθεση με τη ΔΟΠ η οποία υποστηρίζει ότι οι στόχοι και οι σκοποί του οργανισμού επιτυγχάνονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο με τη συνεργασία όλων, ενώ παράλληλα αποκτάται ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα
- Τις οργανωτικές δομές: στο παραδοσιακό μάνατζμεντ ο οργανισμός είναι ένα σύνολο ειδικοτήτων και τμημάτων που συνδέονται μεταξύ τους με μια λειτουργική ιεραρχία, ενώ στη ΔΟΠ είναι ένα σύστημα από ανεξάρτητες διεργασίες, πλευρικά συνδεδεμένες στο χρόνο, μέσω ενός δικτύου συνεργασίας προμηθευτών και πελατών

- Τον ρόλο του μανάτζμεντ: το παραδοσιακό μανάτζμεντ δεν υποστηρίζει τις επιχειρησιακές αλλαγές που είναι προς όφελος του οργανισμού, ενώ στη ΔΟΠ προωθείται η συνεχή βελτίωση και καινοτομία λαμβάνοντας υπόψη το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον του οργανισμού
- Τον ρόλο των ανθρώπων: στο παραδοσιακό μανάτζμεντ οι άνθρωποι είναι προϊόντα με παθητικό ρόλο, ενώ στη ΔΟΠ οι άνθρωποι είναι αυτοί που θα δώσουν στον οργανισμό το αληθινό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, όντας φυσικά ενεργοί
- Τους πελάτες: στο παραδοσιακό μανάτζμεντ οι πελάτες βρίσκονται εκτός της επιχείρησης και αφορούν αποκλειστικά το τμήμα του μάρκετινγκ και των πωλήσεων, ενώ στη ΔΟΠ ο οποιοσδήποτε εντός της επιχείρησης είναι πελάτης, είτε εσωτερικού, είτε εξωτερικού προμηθευτή
- Τη γνώση: στο παραδοσιακό μανάτζμεντ η γνώση υφίσταται μόνο στο επίπεδο παραγωγής, ενώ στη ΔΟΠ ενσωματώνεται στο σύνολο των λειτουργιών του οργανισμού
- Τα συστήματα επιβράβευσης: στο παραδοσιακό μανάτζμεντ η αναγνώριση των επιδόσεων και η επιβράβευση των εργαζομένων προωθούν τον ανταγωνισμό μεταξύ τους και τον ατομικισμό, ενώ στη ΔΟΠ τα άτομα επιβραβεύονται και αναγνωρίζονται μέσα από την ομαδική συνεισφορά και την ενίσχυση της συνεργασίας
- Τον έλεγχο: στο παραδοσιακό μανάτζμεντ ο έλεγχος επιτυγχάνεται από τα καθιερωμένα άκαμπτα σχέδια των κανόνων και των διαδικασιών, ενώ στη ΔΟΠ αποτελεί αποτέλεσμα αξιών, πιστεύω και γνώσης
- Την υπευθυνότητα: στο παραδοσιακό μανάτζμεντ τα ανώτερα στελέχη προγραμματίζουν το τι πρέπει να κάνουν οι κατώτεροι και να εξακριβώνουν εάν ακολουθήθηκε σωστά, ενώ στη ΔΟΠ η δουλειά των ανώτερων στελεχών είναι να προωθούν την ανάληψη υπευθυνοτήτων και λήψης πρωτοβουλιών από τους κατώτερους, στα πλαίσια της ενδυνάμωσης και της παρακίνησης
- Τον ανταγωνισμό: στο παραδοσιακό μανάτζμεντ ο ανταγωνισμός είναι αναπόφευκτος και θεωρείται έμφυτος της φύσης του ανθρώπου, ενώ στη ΔΟΠ η ανταγωνιστική συμπεριφορά δεν βοηθά στη βελτίωση των μεθόδων και διαδικασιών που έχουν στόχο την ικανοποίηση του πελάτη

2.7 Εργαλεία και τεχνικές της ΔΟΠ

Σύμφωνα με τους Evans και Lindsay (1999), η επίτευξη της κατάλληλης εξέτασης και διαχείρισης ενός συστήματος, καθώς και η εφαρμογή της ΔΟΠ σε έναν οργανισμό, προϋποθέτουν τον διαχωρισμό των στοιχείων της σε δύο κατηγορίες: (α) στη διαχείριση του συστήματος (management system) που περιλαμβάνει την ηγεσία, τον σχεδιασμό, τους ανθρώπινους πόρους κ.ά. και (β) στο τεχνικό σύστημα (technical system) που περιλαμβάνει τα εργαλεία και τις τεχνικές της ΔΟΠ. Αντίστοιχα, οι Wilkinson et al. (1998) τα διαχωρίζουν στα σκληρά (hard) και στα μαλακά (soft) τμήματα. Βασικός στόχος αυτών των εργαλείων και των τεχνικών είναι η αποτελεσματική και αποδοτική αντιμετώπιση προβλημάτων, μέσω της ελαχιστοποίησης των τυχών διαπροσωπικών διαφωνιών, της τυποποίησης των διαδικασιών, οδηγώντας τον κάθε οργανισμό σε τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων με επιστημονικό τρόπο βάση πραγματικών δεδομένων.

Ωστόσο, παρά τη σημασία της ΔΟΠ και τα πολλαπλά οφέλη της για μια επιχείρηση, η ΔΟΠ δεν είναι πάντα αποδοτική και αποτελεσματική. Έρευνες έχουν αποδείξει πως κάποιες επιχειρήσεις αποτυγχάνουν στην εφαρμογή της ΔΟΠ λόγω της λανθασμένης και ανεπαρκούς χρήσης των εργαλείων και των τεχνικών της ποιότητας (Boje & Winsor, 1993; Spector & Beer, 1994; Sitkin et al., 1994; Wilkinson et al., 1998; Zhang, 2000; Fotopoulos & Psomas, 2009). Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα και τα πλεονεκτήματα της ΔΟΠ αναφορικά με τη διεύρυνση της αγοράς (Lai, 2003) και τη θετική απόδοση (Hendricks & Singhal, 1997) σχετίζονται με το τεχνικό σύστημα που εφαρμόζει η κάθε επιχείρηση (Sousa & Voss, 2002; Tari & Sabater, 2003). Ως απόρροια των παραπάνω, έχουν αναπτυχθεί και καθιερωθεί τεχνικές και εργαλεία, με τα οποία επιτυγχάνεται η συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών και των δεδομένων προκειμένου να ληφθούν οι αποφάσεις σχετικά με τον εντοπισμό των προβλημάτων ποιότητας και την επίλυση τους, και τελικά την επίτευξη της σωστής εφαρμογής της ΔΟΠ και την αποκόμιση των περισσότερων δυνατών οφελών για την επιχείρηση.

Στην πραγματικότητα τα εργαλεία ποιότητας αποτελούν στατιστικά εργαλεία χρήσης στην επιχειρησιακή και παραγωγική διαδικασία για τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας. Τα εργαλεία έχουν σαφή και ξεκάθαρη λειτουργία και εφαρμόζονται συνήθως μεμονωμένα, ενώ οι τεχνικές έχουν ευρύτερη εφαρμογή και απαιτούν ένα σύνολο εργαλείων για την εφαρμογή τους (McQuater et al., 1995).

Τα εργαλεία ποιότητας που χρησιμοποιούνται κυρίως για την εφαρμογή της ΔΟΠ είναι τα εξής (Dale & McQuater 1998; McBride et al., 1998, Chase & Aquilano, 2004):

- Διαγράμματα Ροής
- Φύλλα Ελέγχου
- Ιστογράμματα
- Διαγράμματα Διασποράς
- Διαγράμματα Ελέγχου
- Διαγράμματα Αιτίας-Αποτελέσματος ή Ψαροκόκαλο
- Διαγράμματα Pareto

Η χρήση των παραπάνω εργαλείων γίνεται είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά, εξετάζοντας πάντα τη σκοπιμότητα χρήσης τους, την αναμενόμενη ωφέλεια που προκύπτει σε σχέση με το κόστος, το χρόνο και το προσωπικό. Άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή της ΔΟΠ είναι τα εξής (Tari & Sabater, 2003):

- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
- Καταιγισμός Ιδεών (Brainstorming)
- Σχέδιο Ελέγχου (Control Plan)
- Διάγραμμα Ροής (Flow Chart)
- Ανάλυση Πεδίου Δυνάμεων (Force Field Analysis)
- Ερωτηματολόγια
- Δειγματοληψία

Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί και νέα εργαλεία όπως (Δερβιτσιώτης, 2005):

- Διαγράμματα Δένδρου
- Διαγράμματα Δραστηριοτήτων Έργου
- Διαγράμματα Συνάφειας
- Διαγράμματα Συσχέτισης

Αναφορικά με τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της ΔΟΠ, οι κυριότερες εξ αυτών είναι οι παρακάτω (Tari & Sabater, 2003):

- Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking)
- Ανάλυση Αγοράς Στόχου (Departmental Purpose Analysis)
- Ανάλυση των Τρόπων Αποτυχίας και Επιπτώσεων (Failure Mode and Effects Analysis)
- Ανάλυση Δέντρου Σφάλματος (Fault Tree Analysis)
- Σχεδιασμός Πειραμάτων (Design of Experiments)
- Poka Yoke
- Μεθοδολογία Επίλυσης Προβλημάτων (Problem Solving Methodology)
- Κοστολόγηση Ποιότητας (Quality Costing)
- Ανάπτυξη Λειτουργιών Ποιότητας (Quality Function Deployment)
- Δημιουργία Ομάδων Βελτίωσης Ποιότητας (Quality Improvement Teams)
- Στατιστικός Έλεγχος των διεργασιών (Statistical Process Control)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Management Ολικής Ποιότητας στις Μονάδες Υγείας

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στο χώρο της υγείας αποτελούσε ανέκαθεν επιταγή στο σεβασμό της ανθρώπινης δραστηριότητας, αλλά κυρίως της ανθρώπινης ζωής. Η άμεση σύνδεση της υγείας με την ίδια την ύπαρξη και την επιβίωση του ανθρώπου έχει ως αποτέλεσμα οι ανάγκες για παροχή υγείας να θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας και ο άνθρωπος να προσπαθεί να τις ικανοποιεί με κάθε δυνατό τρόπο. Δεδομένου ότι η ποιότητα αποτελεί στις μέρες μας βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για όλα τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που διατίθενται στην αγορά, τότε πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει η διασφάλιση της ποιότητας σε υπηρεσίες οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του ανθρώπου, όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας.

Ο δημόσιος τομέας αποτελεί χωρίς αμφιβολία εκείνη τη διάσταση που απαιτεί την ύπαρξη δομών και μηχανισμών οι οποίοι θα εξασφαλίζουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών. Η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας καθίσταται επιτακτικότερη στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας, το οποίο εντάσσεται κατά βάση στα δημόσια αγαθά, καθώς παρουσιάζει ισχυρές εξωτερικές οικονομίες⁴ (Δίκαιος και συν., 1999). Συνεπώς, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα αποτελεί κυρίαρχο ζήτημα παγκοσμίως, καθώς πρόκειται για ένα θέμα με πολλές διαστάσεις όπως δεοντολογικές, τεχνικές, επιστημονικές, οικονομικές, αλλά και διαχειριστικές.

Επιπλέον, το θέμα της ΔΟΠ στα δημόσια νοσοκομεία διατηρεί έντονο ερευνητικό και επιστημονικό ενδιαφέρον εξαιτίας των πολλών ιδιοτεροτήτων τους συγκριτικά με τους υπόλοιπους οργανισμούς και επιχειρήσεις, οι οποίες προκύπτουν αφενός μεν από το είδος και τη δραστηριότητά τους και αφετέρου από τη νομική τους μορφή (Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου). Αυτές οι ιδιοτερότητες συνοψίζονται στον τρόπο οργάνωσης, δομής διοίκησης και λειτουργίας τους, στην αυξημένη κρατική παρέμβαση, στην

⁴ Η υγεία είναι ένα αγαθό που μπορεί να έχει είτε θετικές είτε αρνητικές επιπτώσεις. Θετικές, από τη στιγμή που το άτομο εντάσσεται στην κοινωνία και είναι ικανό για εργασία, και αρνητικές επειδή το άτομο καθίσταται ανίκανο προς εργασία, λόγω της έλλειψης υγείας (Δίκαιος και συν., 1999).

ένταση της εργασίας ως κύριο χαρακτηριστικό των μονάδων υγείας, στο ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τη μεγάλη ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας, στην αδυναμία του ασθενή για λήψη αποφάσεων από τον ίδιο σχετικά με τις παρεχόμενες προς αυτόν υπηρεσίες υγείας, στο διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στον τομέα της υγείας, στο συνεχώς αυξανόμενο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στην κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας, καθώς και στην έντονη και καθολική απαίτηση της κοινωνίας για ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Δίκαιος και συν., 1999; Λιαρόπουλος, 2007).

3.1 Η έννοια της ποιότητας στον τομέα υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει δυσκολίες που οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αλλά και στις ιδιαιτερότητες της ίδιας της φύσης του αγαθού της υγείας. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η ποιότητα στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή και δεν μπορεί να εκτιμηθεί, ενώ άλλοι θεωρούν ότι μπορεί να καταμετρηθεί από ορισμένες πλευρές, ωστόσο είναι απροσδιόριστη από άλλες (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999). Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας αποτελεί μια πολύ πιο σύνθετη υπόθεση σε σχέση με τον χώρο της βιομηχανίας και γι' αυτό, οι βασικές μέθοδοι και τα αντίστοιχα εργαλεία που διαμορφώθηκαν κυρίως για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν εφαρμοστούν στην υγεία. (Τούντας, 2003).

Ο Donabedian ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία, προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας καταγράφοντας μία σειρά σημαντικών παραμέτρων οι οποίες καθοριστικά στον ορισμό της (Donabedian, 1980). Η πρώτη παρατήρηση αναφέρεται στις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας: το τεχνικό μέρος (technical science of medicine), το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal art of medicine) και την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας και των άλλων επιστημών υγείας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς.

Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και στην συμπεριφορά τους απέναντί του, που καθορίζεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τις προσδοκίες των ασθενών και τα ήθη της κοινωνίας. Η τρίτη διάσταση αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Με δεδομένες τις διαστάσεις αυτές, ο Donabedian προσδιόρισε τον πρώτο, κλασσικό πλέον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ως «αυτό το είδος φροντίδας το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Theodorakioglou & Tsiotras, 2000)

Αρκετοί επιστήμονες αλλά και φορείς στη συνέχεια, ασχολήθηκαν με τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ο Nelson (1980) όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως «τον βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδέκτες με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση». Αντίστοιχα, για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) «η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (WHO, 1993).

Επιπλέον, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί ως «μια δυναμική κατάσταση, η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη/χρήστη» (Παπανικολάου, 2007), ενώ ο Thompson (1980) υποστήριξε ότι είναι «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του, κατά τρόπο που ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών».

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, είναι σαφές πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2003), αποτελώντας μια έννοια συγκεχυμένη και ακαθόριστη, η οποία έχει διαφορετική σημασία για διαφορετικούς ανθρώπους (Bull, 1994). Συνεπώς, ο ορισμός της ενέχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη/χρήστη και αυτή του παραγωγού. Από την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ σύμφωνα με την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα του σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές που έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού. Κατά την παραγωγική διαδικασία, ο παραγωγός διασφαλίζει την ύπαρξη χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και τελικά η ποιότητα «ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη». (Κωσταγιόλας και συν., 2007).

Σύμφωνα με τον Νιάκη (1993), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Εξάλλου, τα τελευταία χρόνια δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά περιλαμβάνει όλους τους «πελάτες» των υπηρεσιών υγείας, όπως τους συγγενείς, τους επισκέπτες, τον κοινωνικό περίγυρο, ακόμη και τους εργαζόμενους, οι οποίοι πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών (Τούντας και συν., 2008). Συνεπώς, όπως υποστηρίζει ο Schmele (1996) «η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών».

Όλοι οι ορισμοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επικεντρώνονται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή και το οποίο πρέπει, σε κάθε περίπτωση, να είναι μεγαλύτερο από την πιθανή βλάβη, ενώ στους περισσότερους από αυτούς υπεισέρχονται το συνολικό όφελος του κοινωνικού συνόλου και η αποτελεσματική χρήση των διατιθέμενων πόρων. Επιπλέον, μέσα από τους ποικίλους ορισμούς γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας αποτελεί σύνθετη και υποκειμενική έννοια, η οποία παρακολουθεί τις εξελίξεις στην κοινωνία και στην οικονομία ενσωματώνοντας τις πραγματικές απαιτήσεις των εμπλεκόμενων μερών καθώς και τους κοινωνικοοικονομικούς αξιακούς προβληματισμούς (Reeves & Bednar, 1994).

Στο άρθρο με τίτλο “The Seven Pillars of Quality”, ο Donabedian (1990) περιγράφει τα επτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που ορίζουν την ποιότητα και αφορούν:

- την κλινική αποτελεσματικότητα (η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας)
- την αποτελεσματικότητα (ο βαθμός υλοποίησης εφικτών υγειονομικών βελτιώσεων)
- την αποδοτικότητα (η ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος)
- τη βελτιστότητα (το ισοζύγιο κόστους-όφελος με τα μέγιστα πλεονεκτήματα)
- την αποδεκτικότητα (η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών αναφορικά με τη σχέση επαγγελματία-ασθενή, την προσπελασιμότητα, τις παροχές, τις συνέπειες και το κόστος της φροντίδας)
- τη νομιμότητα και τη δίκαιη διανομή ωφελειών (ο δίκαιος καταμερισμός της παροχής φροντίδας και οι επιπτώσεις στην υγεία).

Επιπλέον, οι Parasuraman et al. (1985) μετά από έρευνες κατέληξαν σε πέντε βασικές διαστάσεις της ποιότητας:

- την αξιοπιστία (η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία)
- την ανταπόκριση (η θέληση και προθυμία του οργανισμού να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη)
- την ασφάλεια (η κατάρτιση και η προθυμία των εργαζομένων απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη)
- την ακρίβεια (η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά)
- τη μοναδικότητα (η παραγωγή μιας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη)

3.2 Η σημασία της ΔΟΠ στις μονάδες υγείας

Στη σημερινή εποχή, τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν μια διπλή πρόκληση: την απαίτηση των κοινωνιών, των οργανισμών και της παγκόσμιας κοινότητας, για παροχή ολοένα και πιο ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών, καθώς και τη μείωση του διαρκώς αυξανόμενου κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας. Σημείο κλειδί για την επιτυχή αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων αποτελεί η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και η υιοθέτηση των αρχών, των τεχνικών και των μεθόδων (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Συγκεκριμένα, η ΔΟΠ μπορεί να λειτουργήσει ως: (α) εργαλείο εφαρμογής ορθολογικών διαδικασιών, με την αποδοχή και υποστήριξη της διοίκησης αλλά και των εργαζομένων, διασφαλίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών, (β) μέσο εφαρμογής αποτελεσματικότερης διαχείρισης έτσι ώστε ταυτόχρονα με την ικανοποίηση των χρηστών να διασφαλίζεται η άριστη δυνατή αξιοποίηση των πόρων με έλεγχο του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας και (γ) εχέγγυο καλής λειτουργίας προς το κοινωνικό σύνολο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την πολιτεία (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003). Εξάλλου, σύμφωνα με τη θεωρία σχετικά με το κόστος της ποιότητας, η καλή ποιότητα έχει άμεση επίδραση στο κόστος, ή διαφορετικά η καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συντελεί σημαντικά στη μείωση του κόστους, ενώ η κακή ποιότητα κοστίζει ακριβά.

Τα οφέλη που απορρέουν από τη ΔΟΠ αφορούν (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999):

- τους ασθενείς
- τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς, τεχνολόγους κ.ά.)
- τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας
- τα ασφαλιστικά ταμεία
- το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

Τα οφέλη για τους ασθενείς διακρίνονται σε υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά. Τα υγειονομικά οφέλη αφορούν την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος υγείας, την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών κ.ά. Τα ψυχολογικά οφέλη αναφέρονται αφενός στο περιβάλλον της μονάδας παροχής υγειονομικών

υπηρεσιών που θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενή και αφετέρου στη διάρκεια της παραμονής του σε αυτή. Τα οικονομικά οφέλη έχουν σχέση τόσο με τη μείωση των εξόδων περίθαλψης του ασθενή όσο και με τη μείωση των εξόδων παραμονής των μελών της οικογένειας, καθώς ως συνέπεια της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών το πρόβλημα υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα, αποτελεσματικά και σε συντομότερο χρονικό διάστημα.

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας συνοψίζονται στη νομική κατοχύρωση, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του έργου τους, στην ικανοποίηση που εισπράττουν από την εργασία τους, στην απαλλαγή από αδικαιολόγητο άγχος και εκνευρισμό, στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς και στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία πάντα καλλιεργεί η ποιότητα.

Τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας συνοψίζονται σε λειτουργικά, οικονομικά καθώς και σε αυτά που είναι σχετικά με την αύξηση της αναγνώρισης και της φήμης. Τα λειτουργικά οφέλη αναφέρονται στη μείωση της επιβάρυνσης όλων των υπηρεσιών και τμημάτων της μονάδας, ενώ τα οικονομικά οφέλη αφορούν κυρίως τη μείωση του λειτουργικού κόστους, καθώς με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δύναται η εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, προς διάθεση κάλυψης των αναγκών άλλων ασθενών, βελτίωσης συνθηκών εργασίας προσωπικού, έρευνας κ.ά.

Τα οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία διακρίνονται σε υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά. Τα υγειονομικά οφέλη αναφέρονται στη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων ασθενών τους. Τα οικονομικά οφέλη έχουν σχέση με τον περιορισμό των δαπανών τους και αφορούν τα χρήματα που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη των ασφαλισμένων τους, τα επιδόματα ασθένειας που χορηγούν στους ασφαλισμένους τους κ.ά. Τα κοινωνικά οφέλη σχετίζονται με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων τους από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και της αίσθησης ότι εκπληρώνουν σωστά και με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον κοινωνικό τους ρόλο.

Τα οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο αναλύονται σε υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά. Τα υγειονομικά οφέλη σχετίζονται με την αποτελεσματικότερη και ταχύτερη θεραπεία των ασθενών, γεγονός που επηρεάζει την παραγωγικότητα και συνεπώς την οικονομία της κοινωνίας και του κράτους. Τα οικονομικά οφέλη αφορούν την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα της υγείας και τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, απόρροια της συντόμευσης του χρόνου παραμονής τους στις υγειονομικές υπηρεσίες και γενικά της συντόμευσης της διάρκειας της ασθένειάς τους. Τα κοινωνικά οφέλη έχουν σχέση με την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας, καθώς και με τη βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

3.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομειακό τομέα

Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει ένα σύνολο υγειονομικών υπηρεσιών που διακρίνονται στην ανοικτή (ή εξωνοσοκομειακή) περίθαλψη και την κλειστή (ή νοσοκομειακή) περίθαλψη. Η πρώτη αναφέρεται στις ιατρικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται εκτός νοσοκομείου και αφορούν την πρόληψη και τη διάγνωση ασθενειών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενή. Η δεύτερη αναφέρεται στις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται στο νοσοκομείο, οι οποίες δεν αφορούν μόνο τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας, αλλά διευρύνονται και σε τομείς πρόληψης της ασθένειας, παραγωγής και αποκατάστασης της υγείας.

Ως απόρροια του προσανατολισμού που υπήρχε πάντοτε κυρίως στη θεραπευτική κατεύθυνση, η νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί παγκοσμίως το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Για τον λόγο αυτό παρατηρείται αφενός η δημιουργία και οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων υψηλής τεχνολογίας και αφετέρου η απαίτησή τους για αυξημένους πόρους σε σημείο που οι διατιθέμενες δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες να αποτελούν τη μεγαλύτερη συνιστώσα των δαπανών υγείας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Οι λόγοι για τους οποίους η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης διατηρεί σημαντικό και ιδιαίτερο ενδιαφέρον συγκριτικά με τους άλλους τομείς των υπηρεσιών υγείας, αποτελώντας μείζον ζήτημα, είναι οι εξής (Θεοδώρου, 1992; Αδαμαντίδου, 2004):

- η νοσοκομειακή περίθαλψη και το νοσοκομείο αποτελούν το κεντρικό βάρος κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας
- οι περισσότεροι ασθενείς απευθύνονται στα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των υγειονομικών τους προβλημάτων
- τα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία είναι άμεσα και εμφανή, άρα η ποιότητα είναι πιο εύκολα μετρίσιμη
- οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι πολύ υψηλότερες από κάθε άλλο τομέα του υγειονομικού συστήματος

3.4 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες

Οι νοσοκομειακές μονάδες είναι πολυσύνθετοι και πολύπλοκοι οργανισμοί, οι οποίοι λειτουργούν μέσα σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στο οποίο πρέπει κάθε φορά να προσαρμόζονται, προκειμένου να ανταποκρίνονται στην απαίτηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Επί σειρά ετών πραγματοποιούνται μελέτες και έρευνες, απόρροια της σημασίας και των οφελών της ποιότητας στις μονάδες υγείας, σχετικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που δρουν καθοριστικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες. Οι κυριότεροι (κρίσιμοι) παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις νοσοκομειακές μονάδες είναι οι εξής (Αδαμαντίδου, 2004; Τσούγκα, 2004; Σαραφίδης & Σταφυλάς, 2005; Παπακωστίδης & Τσουκαλάς 2012):

- η άμεση και ισότιμη πρόσβαση όλων στις μονάδες υγείας, χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους ή απαγορεύσεις
- η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας όλο το εικοσιτετράωρο (κατάσταση συνεχούς ετοιμότητας των υπηρεσιών υγείας)

- η κατάλληλη οργανωτική δομή (νομικό πλαίσιο και τρόπος οργάνωσης, συντονισμός λειτουργιών, συνθήκες εργασίας, επάρκεια προσωπικού) για την παροχή ιατρικής φροντίδας στους ασθενείς
- η διοίκηση και η ηγεσία των οργανισμών (υψηλές διοικητικές δεξιότητες και ικανότητες αναγνώρισης για συνεχή βελτίωση της ποιότητας)
- το ανθρώπινο δυναμικό (ικανότητες, επιστημονικές γνώσεις, εμπειρία και επαγγελματική ευσυνειδησία των ιατρών και του λοιπού προσωπικού, επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού)
- οι ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης των ασθενών (φιλική συμπεριφορά, εξυπηρέτηση, σεβασμός ατομικών δικαιωμάτων και προσωπικότητας)
- η ύπαρξη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής (επάρκεια/διαθεσιμότητα κλινών, σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κ.ά.)
- η ξενοδοχειακή υποδομή και ο σωστός σχεδιασμός των χώρων
- η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών (φιλική συμπεριφορά, επάρκεια ενημέρωσης και πληροφόρησης, αμεσότητα εξυπηρέτησης)
- η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων
- η καθαριότητα και ο έλεγχος των τροφίμων
- η αξιοποίηση της τεχνολογίας και η χρήση νέας τεχνολογίας
- το κόστος (παραμονή σε αποδεκτά επίπεδα)

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization⁵, διαπιστώνει οκτώ καθοριστικούς παράγοντες (χαρακτηριστικά) της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Χαρακτηριστικά ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Καταλληλότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση
Διαθεσιμότητα	Βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες τους ασθενούς που εξυπηρετείται
Συνέχεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου
Αποτελεσματικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή
Δραστικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
Αποδοτικότητα	Αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας
Σεβασμός και φροντίδα	Βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του
Ασφάλεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη

Πηγή: *Ovretveit, 2003*

⁵ Η Joint Commission ιδρύθηκε το 1951 και αποτελεί έναν ανεξάρτητο μη κερδοσκοπικό οργανισμό με σκοπό την εκτίμηση της συμμόρφωσης με τα πρότυπα που διασφαλίζουν την ποιοτική περίθαλψη των ασθενών.

Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τους ακόλουθους παράγοντες αναβάθμισης της ποιότητας φροντίδας υγείας (WHO, 1993):

- η ικανοποίηση του ασθενή
- η τελική θετική επίδραση στο επίπεδο της υγείας του ασθενή
- η μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- η αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- το υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού

Αντίστοιχα οι παράγοντες που μπορούν να υποβαθμίσουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τις νοσοκομειακές μονάδες είναι κυρίως (Θεοδώρου, 1992):

- η αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων
- η συνεχής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- η άνοδος του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου των ατόμων
- η απομυθοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και των ιατρικών πράξεων
- η συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών να ενημερώνονται πληρέστερα από τους ιατρούς και να αντιμετωπίζονται με καλύτερο τρόπο, και ε) η δύσκολη ικανοποίηση των χρηστών

Σύμφωνα με τον Weiss, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από δύο ομάδες παραγόντων (Θεοδώρου, 1992): (α) τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας και (β) τη σχέση μεταξύ του προσωπικού υγείας και ασθενή. Η πρώτη ομάδα αφορά τις συνθήκες που επικρατούν στην αίθουσα αναμονής και στα ιατρεία (καθαριότητα, φωτισμός, άνεση, επίπλωση, θέρμανση), τη διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και την παροχή πρώτων φροντίδων, την ιατρική φροντίδα και τη φροντίδα στο θάλαμο (παροχή φαρμάκων, φροντίδα και υποστήριξη από νοσηλευτικό προσωπικό), τη ζωή του ασθενούς στο θάλαμο, τη διαδικασία της αναχώρησης (ιατρικές οδηγίες αυτοφροντίδας, συνταγογράφηση), καθώς και τη συμπλήρωση των εγγράφων και τη διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων. Η δεύτερη ομάδα παραγόντων σχετίζεται με τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας.

3.5 Διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες

Σύμφωνα με το Advisory Council on Health Research⁶ (ACHR) ορίζονται 24 διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας, από την οπτική των ασθενών (Wensing et al., 1994):

- αποτελεσματικότητα (βελτίωση επιπέδου υγείας του ασθενή)
- καταλληλότητα της φροντίδας
- επαγγελματική επάρκεια (κατάλληλη γνώση και δεξιότητες)
- υπευθυνότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας
- διορατικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας
- αποδοτικότητα
- ασφάλεια
- ακρίβεια
- ανθρωπιά
- πληροφόρηση
- εχεμύθεια
- συνεργασία
- συνέχεια
- διαθεσιμότητα
- ολοκληρωμένη φροντίδα
- προσβασιμότητα (φυσική και γεωγραφική)
- οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα
- υποδοχή
- προστασία προσωπικών δεδομένων
- υγιεινή (περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων)
- διατροφή

⁶ Το ACHR είναι ένα συμβουλευτικό όργανο υποστήριξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το οποίο εκτελεί τον συνταγματικό του ρόλο της προώθησης και του ερευνητικού συντονισμού σχετικά με διεθνείς εργασίες, συνεργαζόμενο στενά με εξωτερικούς οργανισμούς που επιδιώκουν κοινούς στόχους και με την επιστημονική κοινότητα.

- ενσυναίσθηση
- αυτονομία του ασθενή στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του
- πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας

Η έρευνα του Thompson (1993) ανέδειξε έξι παράγοντες (διαστάσεις) οι οποίες προσδιορίζουν την εκληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας:

- την ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση
- το φαγητό και το φυσικό περιβάλλον νοσοκομείου
- την ατμόσφαιρα του τμήματος
- τη νοσηλευτική φροντίδα
- την ποσότητα του φαγητού
- την υποδοχή κατά την εισαγωγή

Επιπλέον, οι διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες μπορούν να καθοριστούν και να εναρμονιστούν, βάση των πέντε βασικών διαστάσεων ποιότητας των υπηρεσιών γενικότερα, όπως αναλύθηκαν από τους Parasuraman et al. (1985), οι οποίες αναφέρονται στην αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την ασφάλεια, την απτότητα και την εξατομίκευση.

3.6 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας στις μονάδες υγείας

Η αξιολόγηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας σχετίζεται με την κριτική εκτίμηση του βαθμού στον οποίο το σύνολο των υπηρεσιών ανταποκρίνεται στους σκοπούς που έχουν τεθεί αναφορικά με την παροχή τους (Σούλης, 1998). Οι επιτυχημένες μονάδες υγείας διατηρούν πελατοκεντρικό χαρακτήρα και παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας με κύριο μέλημα τη μέγιστη ανταπόκριση στις ανάγκες και απαιτήσεις του πελάτη. Η αξιολόγηση και η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών των μονάδων υγείας είναι δόκιμο να γίνεται μέσα από την κριτική αποτίμηση των πελατών/ασθενών τους, καθώς είναι αυτοί που ουσιαστικά καθορίζουν ποιες ανάγκες και απαιτήσεις πρέπει να εξυπηρετούν οι συγκεκριμένοι οργανισμοί. Εξάλλου, η ικανοποίηση των καταναλωτών έχει άμεση σχέση με την ποιότητα, αποτελώντας τον πιο σημαντικό δείκτη αξιολόγησης και μέτρησής της.

Η αξιολόγηση και η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών από την πλευρά των πελατών/ασθενών αναφέρονται σε ένα εκ των δύο ή/και τα δύο στοιχεία: (α) τη γνώμη τους για την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν (αντίληψη) και (β) τι θα ήθελαν αυτές να τους προσφέρουν (προσδοκίες). Τα παραπάνω στοιχεία συνεπάγονται τη διερεύνηση των προβλημάτων ποιότητα και μετριούνται βάση των παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Έχοντας ως κοινή παραδοχή την κεντρική ιδέα ότι η καταγραφή της άποψης του πελάτη των υπηρεσιών αποτελεί τον ορθολογιστικότερο τρόπο αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έχουν αναπτυχθεί μια σειρά εργαλείων ή μοντέλων για το σκοπό αυτό. Τα μοντέλα αυτά σχετίζονται με το ευρύτερο φάσμα των υπηρεσιών και ειδικότερα τις υπηρεσίες υγείας, αφού πρωτίστως πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες αναπροσαρμογές και σταθμίσεις για το σκοπό αυτό. Τα μοντέλα αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας αναφέρονται ως εξής (Seth et al., 2005):

- SQ1 «Technical and functional quality model» (Gronroos, 1984)
- SQ2 «SERVQUAL» (Parasuraman et al., 1985)
- SQ3 «Attribute service quality model» (Haywood-Farmer, 1988)
- SQ4 «Synthesised model of service quality» (Brogowicz et al., 1990)
- SQ5 «Performance only model» (Cronin & Taylor, 1992)
- SQ6 «Ideal value model of service quality» (Mattsson, 1992)
- SQ7 «Evaluated performance and normed quality model» (Teas, 1993)
- SQ8 «IT alignment model» (Berkley & Gupta, 1994)
- SQ9 «Attribute and overall affect model» (Dabholkar, 1996)
- SQ10 «Model of perceived service quality and satisfaction» (Spreng & Mackoy, 1996)
- SQ11 «PCP attribute model» (Philip & Hazlett, 1997)
- SQ12 «Retail service quality and perceived value model» (Sweeney et al., 1997)
- SQ13 «Service quality, customer value and customer satisfaction model» (Oh, 1999)
- SQ14 «Antecedents and mediator model» (Dabholkar et al., 2000)

- SQ15 «Internal service quality model» (Frost & Kumar, 2000)
- SQ16 «Internal service quality DEA model» (Soteriou & Stavrinides, 2000)
- SQ17 «Internet banking model» (Broderick & Vachirapornpuk, 2002)
- SQ18 «IT-based model» (Zhu et al., 2002)
- SQ19 «Model of e-service quality» (Santos, 2003)

Η χρήση των παραπάνω μοντέλων σε έρευνες, παρέχει στους υπευθύνους τη δυνατότητα αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τη διερεύνηση των σημείων στα οποία υφίστανται τα προβλήματα ποιότητας, καθώς και τη δυνατότητα προσαρμογής και αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών για την εξάλειψη αυτών των προβλημάτων και την προώθηση της συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών.

Τα μοντέλα κατέχουν καθοριστικό ρόλο για την άσκηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε κάθε οργανισμό και ειδικότερα στις νοσηλευτικές μονάδες, ενώ συμβαδίζουν με την πελατοκεντρική προσέγγιση της ΔΟΠ καθώς όλες οι μετρήσεις αναφέρονται στις αντιλήψεις και στις εμπειρίες, στις προσδοκίες, στις ανάγκες και στις απαιτήσεις του πελάτη.

3.7 Η ποιότητα στα δημόσια νοσοκομεία

Η διάκριση των νοσοκομείων με βάση τη νομική τους μορφή κατέχει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο λειτουργίας τους, στη θέσπιση των σκοπών που δικαιολογούν την ύπαρξή τους, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο ασκείται το management. Αναφορικά με τους σκοπούς που διέπουν τη λειτουργία τους, τα ιδιωτικά νοσοκομεία επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση των κερδών μέσα από την αύξηση των πωλήσεων, στην οποία πρωταρχικό ρόλο έχει η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για την ανταπόκριση στις ανάγκες και απαιτήσεις του πελάτη, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, λειτουργώντας στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς όντας ελεγχόμενη από της δυνάμεις αυτής. Αντιθέτως, οι στόχοι των δημόσιων νοσοκομείων είναι πιο ακαθόριστοι και σχετίζονται γενικά με την ισότητα και τη δικαιοσύνη στη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ υφίστανται κρατικούς ελέγχους που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε πολιτικές δυνάμεις.

Ως συνέπεια των παραπάνω, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας εξυπηρετεί με διαφορετικό τρόπο την κάθε είδους μονάδα υγείας, ενώ διαφαίνεται και στις δύο περιπτώσεις να είναι κρίσιμη και επιτακτική. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας δεν παρουσιάζει ουσιαστικά διαφορές με την αντίστοιχη σε κάθε είδους ιδιωτική εταιρεία παροχής υπηρεσιών, εκμεταλλεζόμενη απορρέοντα πλεονεκτήματα δομής, καθεστώτος λειτουργίας και γενικά όλων των κανόνων που διέπουν την έννοια της ελεύθερης αγοράς. Από την άλλη πλευρά, τα δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν ένα ιδιαίτερο καθεστώς λειτουργίας που θέτει αρκετές δυσκολίες και εμπόδια στην αποτελεσματική άσκησή της.

Στα δημόσια νοσοκομεία, η σημασία της ΔΟΠ και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σχετίζεται με τη βέλτιστη ανταπόκριση στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των πολιτών/πελατών, καθώς και στην ορθολογικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων προκειμένου να επιτευχθεί αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και συνεπώς μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία ειδικότερα σε περιόδους ύφεσης είναι μείζονος σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία της κάθε μονάδας, δεδομένης της αναγκαστικής περικοπής των δαπανών υγείας. Οι παράγοντες που καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή της ΔΟΠ θα μπορούσαν να προσδιοριστούν ως κίνητρα ώθησης των δημόσιων οργανισμών υγείας και ειδικά των δημόσιων νοσοκομείων, που αποτελούν το μεγαλύτερο υποσύστημα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην εφαρμογή της ΔΟΠ είναι δυνατόν να καταγραφούν ως το αποτέλεσμα της πίεσης των πολιτών/ασθενών, ως μια ευκαιρία μείωσης των δαπανών υγείας ή μιας απαίτησης των αυξανόμενων πιέσεων του προϋπολογισμού, μια ανάγκη για αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των απασχολούμενων δημοσίων υπαλλήλων, το ενδιαφέρον των τοπικών αρχών αλλά και της εκάστοτε κυβέρνησης για αποτελεσματικότερη διοίκηση, καθώς και η πορεία των διεθνών τάσεων που αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση.

Ωστόσο, παρά την αναγκαιότητα εφαρμογής της ΔΟΠ, παρατηρείται ένας αργός έως και ανύπαρκτος σε κάποιες περιπτώσεις ρυθμός καθιέρωσης των πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας, ως απόρροια των παραγόντων που προκύπτουν από το καθεστώς λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, αλλά και αυτών που έχουν σχέση με την ΔΟΠ ως οργανωσιακή αλλαγή. Τα εμπόδια και οι δυσκολίες που εμφανίζονται εξαιτίας της

νομικής μορφής των οργανισμών και από το καθεστώς λειτουργίας τους, αφορούν την έλλειψη ελευθερίας την αυθαίρετη ενέργεια, την αυξημένη γραφειοκρατία, τη νομοθεσία πάνω στην οποία παραδοσιακά βασίζονταν οι αποφάσεις των διοικούντων, τους περιορισμένους ανθρώπινους και υλικούς πόρους (ειδικότερα σε περιόδους ύφεσης όπως αυτή που διανύεται από το 2008 έως και σήμερα), καθώς και τη δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία του προσωπικού αλλά και των ανώτερων και ανώτατων στελεχών (από την πολιτική στήριξη που έχουν).

Η άσκηση της ΔΟΠ προϋποθέτει τη μετάβαση από μια κατάσταση πραγμάτων σε μια άλλη, αποτελώντας μια οργανωσιακή αλλαγή με απαιτήσεις προσαρμογής και επανατοποθέτησης ενός ατόμου ή μιας ομάδας σε ένα νέο περιβάλλον, γεγονός που οδηγεί σε ποικίλες αντιδράσεις, προβλήματα και εμπόδια για την αποτελεσματική άσκησή της. Αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με την έλλειψη της εκπαίδευσης, τη μειωμένη πίστη στην αξία της διαδικασίας, την έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση στα αντικρουόμενα συμφέροντα, την αδυναμία ομαδικής συνεργασίας και την ελλιπή συμμετοχή του προσωπικού, την έλλειψη ηγεσίας και διαδικασιών υποκίνησης του προσωπικού κ.ά.

Η βιβλιογραφία καταγράφει μια λίστα από σημαντικούς παράγοντες επιτυχούς άσκησης ΔΟΠ σε δημόσιους οργανισμούς όπως τα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίοι είναι σε θέση να βοηθήσουν προκειμένου να ξεπεραστούν τυχόν δυσκολίες/προβλήματα και να προκύψει μια επιτυχημένη εφαρμογή της ΔΟΠ. Οι Fryer et al. (2007) υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες αυτοί αφορούν τη δέσμευση της ηγεσίας, την ικανότητα διοίκησης των πελατών/προμηθευτών/διαδικασιών, την ύπαρξη σκοπών και αντικειμενικών στόχων, την ομαδική εργασία, την συνεχιζόμενη κατάρτιση και εκπαίδευση, την επικοινωνία, τη συνεχή αποτίμηση/παρακολούθηση/αξιολόγηση της ποιότητας, την ενδυνάμωση των εργαζομένων, την αναγνώριση και το σύστημα ανταμοιβών, την αλλαγή κουλτούρας, την αποτελεσματική χρήση της τεχνολογίας, τη συνειδητοποίηση της κοινωνικής ευθύνης, την αναγνώριση του ρόλου του τμήματος ποιότητας, καθώς και την κατανόηση των αρχών και της φιλοσοφίας της ΔΟΠ.

3.7.1 Η ελληνική νομοθεσία

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) θεσμοθετήθηκε το 1983 από την κυβέρνηση του Ανδρέα Παπανδρέου στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας καθώς και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδοχών περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση εισήχθη με το νόμο Ν.1397/1983, με κεντρικό άξονα την οργάνωση και λειτουργία του ΕΣΥ, ενώ η κρατική χρηματοδότηση προήλθε μέσω της αύξησης των δημόσιων δαπανών (4,5%-5% του ΑΕΠ) και της αντίστοιχης μείωσης των ιδιωτικών δαπανών (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999; Λιαρόπουλος και συν., 2006).

Με τον Ν.372/1976 και τις τροποποιήσεις του από τον Ν.1682/1997 και το Π.Δ. 155/1997, ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛ.Ο.Τ) λειτουργεί ως Ανώνυμη Εταιρεία και αναλαμβάνει την σύνταξη, έκδοση και διάθεση των πιστοποιητικών ποιότητας, αποτελώντας τον μοναδικό φορέα υπεύθυνο για τα Ελληνικά Πρότυπα (ΕΛΟΤ, 2013).

Ακολουθούν οι νόμοι Ν.2071/1992 και Ν.2231/1994 με τους οποίους δημιουργούνται κάποια πρότυπα ποιότητας, συστήνεται το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ) και καθιερώνεται ο Ελληνικός Κοινοποιημένος Οργανισμός για τα ιατρο-τεχνολογικά προϊόντα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Μητροσύλη, 1999; Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Ο Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» θεσμοθετεί για πρώτη φορά το θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από δημόσιους φορείς και καθορίζει σαφείς αρμοδιότητες σε όργανα αξιολόγησης και ελέγχου του υγειονομικού συστήματος, των υπηρεσιών υγείας και των ιατρικών πράξεων. Επίσης, ο νόμος αυτός θεσπίζει την προστασία δικαιωμάτων ασθενών και την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) με Δίκτυα Π.Φ.Υ., καθώς και το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υγειονομικών Υπηρεσιών (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.). (Μητροσύλη, 1999; Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Ακολουθεί ο Ν.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» ο οποίος επιχειρεί αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων και του ΕΣΥ, μέσω της δημιουργίας Περιφερειακών Συστημάτων

Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), ανάπτυξης τμήματος Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας στα ΠΕ.Σ.Υ., καθώς και τμήματος Ελέγχου και Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στα νοσοκομεία άνω των 400 κλινών. Με τον εν λόγω νόμο, εισάγεται ο θεσμός του Διοικητή και του Συμβουλίου Διοίκησης με σαφώς καθορισμένες αρμοδιότητες, καθίσταται υποχρεωτική η σύσταση Γραφείου Υποδοχής Ασθενών, καθώς και η σύσταση Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) στα νοσοκομεία άνω των 200 κλινών. Επιπλέον, καθιερώνει κριτήρια επιλογής και αξιολόγησης των ιατρών του Ε.Σ.Υ. και υπογραφή συμβολαίου αποδοτικότητας ανάμεσα στους διοικητές και τα ΠΕ.Σ.Υ. με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ σε συνδυασμό με την υποστήριξη προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας, προωθεί τη βελτίωση της διαχείρισης των πόρων, της αποδοτικότητας του προσωπικού και του επιστημονικού επιπέδου.

Τον ίδιο χρόνο, ο Ν.2920/2001 «Σώμα επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις» θεσπίζει ως ελεγκτικό όργανο το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), στοχεύοντας στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας μέσα από τον έλεγχο όλων των υπηρεσιών και φορέων που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, και πιο συγκεκριμένα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας, της επάρκειας του εξοπλισμού και του ανθρώπινου δυναμικού, της υγιεινής, ασφάλειας και επάρκειας των εγκαταστάσεων κ.ά.

Δύο χρόνια αργότερα, συστήνεται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.ΔΥ.) και η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, με τον Ν.3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών υγείας και άλλες διατάξεις». Κύρια αρμοδιότητα του Ε.ΣΥ.ΔΥ. είναι η διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής υγείας και του σχεδίου αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, ενώ η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας ελέγχει την εφαρμογή της πολιτικής για τη δημόσια υγεία, είναι υπεύθυνη για το συντονισμό των δράσεων της δημόσιας υγείας και ο υπεύθυνος φορέας για τη λήψη και εφαρμογή αποφάσεων και μέτρων σε περιόδους κρίσης.

Με τον Ν.3329/2005 «Εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» καταργούνται τα ΠΕ.Σ.Υ. και αντικαθίστανται με τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), διατηρώντας ταυτόχρονα το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας στις υγειονομικές περιφέρειες προκειμένου να ελέγχονται οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης με σκοπό την ένταξη σε διαδικασίες πιστοποίησης και διαπίστευσης.

Σε μια προσπάθεια αποτίμησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι από την απαρχή της δημιουργίας του είναι ένα σύστημα που «νοσεί». Η κάθε νομοθετική προσπάθεια ενσωμάτωσης διαδικασιών και μεθόδων προαγωγής της ποιότητας στις δημόσιες μονάδες υγείας και ειδικότερα στα δημόσια νοσοκομεία, στις περισσότερες των περιπτώσεων εμφανίζει σημάδια αποτυχίας. Αυτό οφείλεται στη μη εφαρμογή των σχετικών διατάξεων, ή στην ύπαρξη σημαντικών αδυναμιών που προέκυψαν αφενός από την απουσία της συνεχιζόμενης υποστήριξης και ελέγχου από πλευράς της πολιτείας και αφετέρου από την έλλειψη των κατάλληλων προσόντων εκ μέρους των διοικούντων των εκάστοτε ιδρυμάτων προκειμένου να καταστήσουν καθολικό το στόχο της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας και να ενσωματώσουν τις αρχές και τις διαδικασίες της ΔΟΠ στην κουλτούρα και στη νοοτροπία του οργανισμού αλλά και του προσωπικού. Ως αποτέλεσμα, η άσκηση και η εφαρμογή των αρχών και των μεθόδων της ΔΟΠ στις δημόσιες μονάδες υγείας βρίσκεται στις μέρες σε ένα στοιχειώδες, στις περισσότερες περιπτώσεις, επίπεδο.

3.7.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, καθιστά αναγκαία πρακτική την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, στα πλαίσια της μείωσης των δαπανών καθώς και της βέλτιστης εκμετάλλευσης όλων των παρεχόμενων πόρων, ανθρώπινου δυναμικού, χρηματοδότηση, πρώτες ύλες κ.ά. Οι διοικούντες, λαμβάνοντας υπόψη τη σημαντική μείωση της χρηματοδότησης των δημόσιων μονάδων υγείας, καλούνται να επιτύχουν τους στόχους τους και να λειτουργήσουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, εξαιτίας της αυξημένης νοσηρότητας και των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε αντιδιαστολή με τους διαθέσιμους πόρους.

Η διασφάλιση της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την άσκηση της ΔΟΠ, με τον εντοπισμό των προβλημάτων που δημιουργούν κρυφά κόστη στις μονάδες υγείας, των μη αναγκαίων που αυξάνουν τον προϋπολογισμό τους, την αντιμετώπιση των υπερτιμολογήσεων και της υπερπληθώρας προσωπικού όπου υπάρχει, την μέγιστη εκμετάλλευση των παρεχόμενων πόρων, καθώς και την προτυποποίηση των διαδικασιών σε κάθε τμήμα και τομέα των μονάδων, προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες βέλτιστης ποιότητας με εύκολη και γρήγορα ελεγχόμενη αποδοτικότητα (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012).

Η οικονομική ύφεση δημιουργεί αντίξοες και δυσμενείς συνθήκες για την απόπειρα οποιασδήποτε αλλαγής, ειδικότερα στον δημόσιο τομέα, όπου η ανάγκη μείωσης του δημοσιονομικού ελλείμματος έχει οδηγήσει στην συνένωση των φορέων και υπηρεσιών, στο πάγωμα των προσλήψεων (ακόμη και σε περιπτώσεις ελλείψεων ή επιτακτικής ανάγκης για προσωπικό), στη μείωση των δαπανών των υπηρεσιών (ακόμη και ιατροφαρμακευτικών εργαλείων και προϊόντων άμεσης ανάγκης) και στη θυσία της ποιότητας των υπηρεσιών στο βωμό των μειωμένων δαπανών. Τα παραπάνω φαίνεται να αποτελούν ισχυρά εμπόδια και παράγοντες ανατρεπτικούς στην προσπάθεια άσκησης ΔΟΠ, τοποθετώντας το θέμα της χρηματοδότησης ως πλέον καθοριστικό για την επιτυχή εφαρμογή της.

Ωστόσο, ο εξορθολογισμός των δαπανών και της λειτουργίας των μονάδων υγείας, καθώς και ο ορθολογικός καταμερισμός των πόρων κάτω από αυτές τις συνθήκες, είναι απαραίτητοι έτσι ώστε να μπορέσει να υπάρξει διατήρηση του επιπέδου των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και να υιοθετηθεί μια μέθοδος διοίκησης και διαχείρισης η οποία να συνδυάζει τη βέλτιστη δυνατή ποιότητα με το ελάχιστο κόστος. Δεδομένου ότι αυτό ακριβώς προσπαθεί να επιτύχει η ΔΟΠ, οι διοικούντες θα πρέπει να στρέψουν την προσοχή τους στην εφαρμογή αυτού του τρόπου διοίκησης, εκμεταλλευόμενοι στο έπακρο τις παρεχόμενες δυνατότητες για το βέλτιστο αποτέλεσμα, δεδομένων των ιδιαίτερων συνθηκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού

Το Γ.Ν.Π.Α. «Παναγιώτη και Αγλαΐα Κυριακού» είναι εγκατεστημένο στον Νομό Αττικής, στην περιοχή Γουδί, σε μικρή απόσταση από το κέντρο της Αθήνας, με αποτέλεσμα να εξυπηρετεί ένα μεγάλο μέρος του παιδιατρικού πληθυσμού του λεκανοπεδίου. Έδρα του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Αθήνας.

Αποτελείται από το κυρίως κτιριακό συγκρότημα που βρίσκεται παραπλεύρως του Γ.Ν.Π.Α. «Η Αγία Σοφία», το κτίριο της οδού Μεσογείων όπου στεγάζονται οι Διοικητικές Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, και το κτίριο της πρώην Κλινικής Δαβάκη που βρίσκεται στη Λεωφόρο Συγγρού στο οποίο στεγάζονται εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια, νοσηλευτικά τμήματα, συγκρότημα χειρουργείων και κοιτώνες εφημερευόντων ιατρών. Διασυνδέεται με το Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία» και το Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης.

Ο πρώτος Οργανισμός του Νοσοκομείου δημοσιεύτηκε στις 11 Οκτωβρίου 1977 με το ΦΕΚ 911/11-10-1977 με τίτλο «Περί του Οργανισμού του Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών Π. & Αγ. Κυριακού». Αναθεωρήθηκε το 1986 (ΦΕΚ 20B’/16-1-1987 «Αναμόρφωση του Οργανισμού του Νοσοκομείου Παίδων Παναγιώτου και Αγλαΐα Κυριακού») και αφορούσε τη διάρθρωση των υπηρεσιών, την στελέχωσή τους, την στελέχωση και την κατανομή των αρμοδιοτήτων (ανά τμήμα και γραφείο), τα τυπικά προσόντα των προϊσταμένων κ.ά. Από τότε δημοσιεύτηκαν πάνω από δέκα τροποποιήσεις αυτού του οργανισμού. Η πρώτη τροποποίηση δημοσιεύτηκε στις 21 Αυγούστου 1988 και αφορούσε τη στελέχωση της διοικητικής υπηρεσίας και των προϊσταμένων διαφόρων υπηρεσιών και μέσω προκηρύξεων, ενώ οι υπόλοιπες αφορούσαν την διάρθρωση και την στελέχωση όλων των υπηρεσιών και κυρίως της ιατρικής, αλλά και την μονάδα τεχνητού νεφρού. Η τελευταία τροποποίηση δημοσιεύθηκε στις 10 Απριλίου 2012 (αρ.πρ.Υ4α/οικ. 38880/10-12-2012) και αφορούσε τον Οργανισμό του Γ.Ν.Π.Α. «Παν. Και Αγλαΐας Κυριακού».

4.1 Νομικό Πλαίσιο

Το Νοσοκομείο υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 254/Α'), σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει. Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) που υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής και διέπεται από τις διατάξεις του εν λόγω νόμου, φέροντας την επωνυμία Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ».

Το Νοσοκομείο έχει ως αποστολή του:

- Την παροχή, στα πλαίσια της λειτουργίας του, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών, χωρίς διακρίσεις και ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση των οικογενειών τους, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης
- Την ειδίκευση, τη συνεχή εκπαίδευση και την επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Την ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας

4.2 Όργανα Διοίκησης και δύναμη κλινών

Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι:

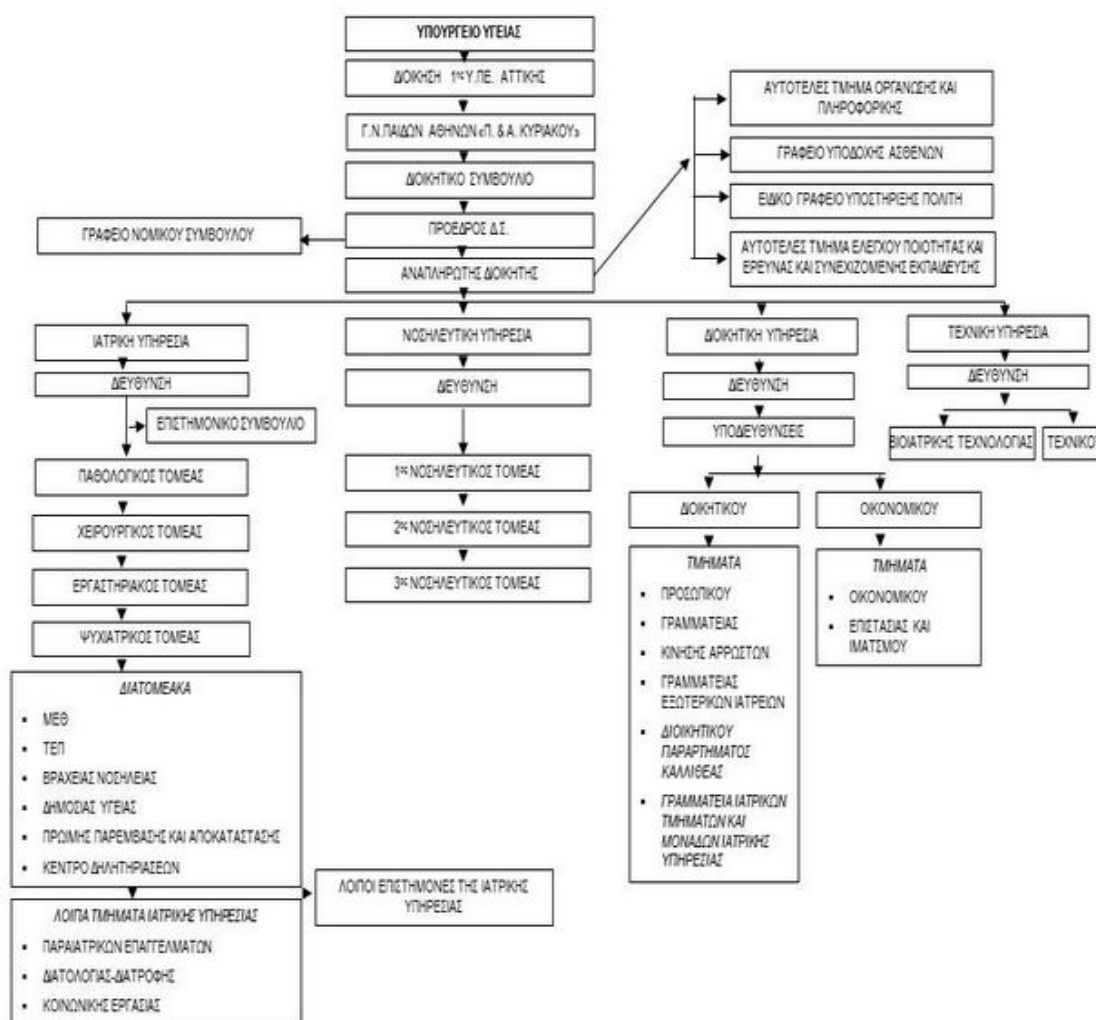
1. Το Διοικητικό Συμβούλιο
2. Ο κοινός Διοικητής του Νοσοκομείου
3. Ο κοινός Αναπληρωτής Διοικητής, όταν ορίζεται

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου είναι 424 οργανικές κλίνες (Οργανισμός Γ.Ν.Π.Α. «ΠΑΝ. ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», αρ.πρ.Υ4α/οικ. 38880/10-12-2012).

4.3 Διοικητική δομή

Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις Υπηρεσίες (Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική-Οικονομική), το Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη. Κάθε Υπηρεσία, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο έχει τη δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Το Αυτοτελές Τμήμα και το Ειδικό Γραφείο υπάγονται απευθείας στον κοινό Διοικητή του Νοσοκομείου, ενώ όταν ορίζεται κοινός Αναπληρωτής Διοικητής το Ειδικό Γραφείο υπάγεται απευθείας σε αυτόν.

ΕΙΚΟΝΑ 5 Οργανόγραμμα Γ.Ν.Π.Α. «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού»



Πηγή: <http://0317.syzefxis.gov.gr>

4.4 Ιατρική Υπηρεσία

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τομείς, στους οποίους λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα, μονάδες, ιατρικές ειδικότητες-ειδικές μονάδες, πανεπιστημιακές κλινικές καθώς και διατομεακά και λοιπά τμήματα.

A. Τομείς

- A1. Παθολογικός με δυναμικότητα 230 κλινών
- A2. Χειρουργικός με δυναμικότητα 149 κλινών
- A3. Εργαστηριακός
- A4. Τομέας Ψυχικής Υγείας με δυναμικότητα 25 κλινών

B. Διατομεακά Τμήματα – Μονάδες

- B1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων (ΜΕΘ) με δυναμικότητα 20 κλινών
- B2. Αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με δυναμικότητα 20 κλινών
- B3. Βραχείας Νοσηλείας με δυναμικότητα 20 κλινών
- B4. Δημόσιας Υγείας με δυναμικότητα 20 κλινών
- B5. Πρώιμης Παρέμβασης και Αποκατάστασης με δυναμικότητα 25 κλινών

Γ. Λοιπά Τμήματα

- Γ1. Παραϊατρικού Προσωπικού
- Γ2. Κοινωνικής Εργασίας
- Γ3. Διαιτολογίας - Διατροφής

Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

α) Παθολογικός Τομέας

Τμήματα

- Παιδιατρικό
- Καρδιολογικό
- Νευρολογικό
- Νεφρολογικό
- Ενδοκρινολογικό – Αύξησης και Ανάπτυξης
- Δηλητηριάσεων
- Ακτινοθεραπευτικό

Μονάδες

- Μονάδα Ειδικών Θεραπειών
- Μονάδα Διαταραχών και Διαφοροποίησης φύλου (υπάγεται στο Ενδοκρινολογικό-Αύξησης και Ανάπτυξης τμήμα)

Ιατρικές Ειδικότητες - Ειδικές Μονάδες

- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (υπάγεται στο Νεφρολογικό τμήμα)
- Διαβητολογικό Κέντρο (υπάγεται στο Ενδοκρινολογικό-Αύξησης και Ανάπτυξης τμήμα)

β) Χειρουργικός Τομέας

Τμήματα

- ΩΡΛ
- Οφθαλμολογικό
- Αναισθησιολογικά (3)
- Ορθοπαιδικό
- Παιδιοχειρουργικό

Μονάδες

- Μεταναισθητικής Φροντίδας
- Ενδοσκοπήσεων
- Εγκαυμάτων

Ιατρικές Ειδικότητες - Ειδικές Μονάδες

- Ακοολογική (υπάγεται στο ΩΡΛ τμήμα)
- Μονάδα Ελέγχου Ειδικών Ορθοπαιδικών Παθήσεων (υπάγεται στο Ορθοπαιδικό τμήμα)
- Μονάδα Σκολίωσης (υπάγεται στο Ορθοπαιδικό τμήμα)

γ) Εργαστηριακός Τομέας

Τμήματα

- Βιοπαθολογικά (2)
- Ακτινοδιαγνωστικό – Ακτινολογικό – Απεικονιστικής Ιατρικής
- Παθολογικής Ανατομικής
- Αιματολογικό
- Βιοχημικό – Ορμονολογικό
- Φαρμακευτικό
- Πυρηνικής Ιατρικής

Μονάδες

- Τοξικολογική
- Υπερήχων

δ) Ψυχιατρικός Τομέας

Τμήματα

- Παιδιοψυχιατρικό Τμήμα ΕΣΥ

Μονάδες

- Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο 5ου Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
- Κέντρο Εξειδικευμένης Περίθαλψης-Κέντρο Ημέρας «ΕΘΜΑ»
- Κέντρο Εξειδικευμένης Περίθαλψης-Κέντρο Ημέρας «ΛΙΘΑΡΑΚΙ

Οι κενές κλίνες των τμημάτων του κάθε τομέα χρησιμοποιούνται για την εξυπηρέτηση ασθενών και άλλων τμημάτων άλλου τομέα, κατόπιν εισηγήσεων του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και την τελική απόφαση του κοινού Διοικητή. Στους τομείς λειτουργούν τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των ιατρών που υπηρετούν. Ο αριθμός των εξωτερικών ιατρείων για κάθε ειδικότητα καθορίζεται με αποφάσεις του κοινού Διοικητή, κατόπιν εισήγησης του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

4.5 Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) τομείς, οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιευθύνσεων και ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως εξής:

- Ο πρώτος τομέας σε (8) τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Ο δεύτερος τομέας σε (6) τμήματα που καλύπτουν τον Χειρουργικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας και τα Χειρουργεία
- Ο τρίτος τομέας σε (8) τμήματα που καλύπτουν τον Εργαστηριακό Τομέα, τα Εξωτερικά Ιατρεία και τα Εξωτερικά Ιατρεία του Παραρτήματος της Καλλιθέας, τα Διατομεακά και λοιπά τμήματα της Ιατρικής, καθώς και τον Ψυχιατρικό Τομέα

Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

- Τον προϊστάμενο/η της νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο
- Έναν προϊστάμενο τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα
- Έναν νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα

4.6 Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία

Η Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο (2) Υποδιευθύνσεις ως εξής:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού-Οικονομικού
- β) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Η υποδιεύθυνση του Διοικητικού-Οικονομικού διακρίνεται στα εξής τμήματα:

- Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
- Γραμματείας
- Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών
- Κίνησης Ασθενών
- Οικονομικού
- Επιστασίας-Ιματισμού
- Προμηθειών

Η υποδιεύθυνση του Τεχνικού διακρίνεται στα τμήματα:

- Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
- Τεχνικού

Ερευνητικό μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Υλικό και Μέθοδος της Έρευνας

5.1 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η διερεύνηση της διοικητικής εφαρμογής στο νοσοκομείο
- Η αναγνώριση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας του δημόσιου νοσοκομείου
- Η καταγραφή του ρόλου της διοίκησης και της ηγεσίας στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος και των σχέσεων
- Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου
- Η διάγνωση των προβλημάτων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου και στις παρεχόμενες υπηρεσίες που παρέχονται από αυτό

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται με βάση τους παραπάνω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης και είναι τα εξής:

- α) Ποιες θεωρούνται ως οι πιο σημαντικές ενέργειες και δράσεις της διοίκησης του νοσοκομείου;
- β) Ποια είναι η συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού στη δομή και οργάνωση του νοσοκομείου;
- γ) Ποιο είναι το στυλ που προσδιορίζει το μοντέλο άσκησης της διοίκησης στο δημόσιο νοσοκομείο και ποιος ο βαθμός ικανοποίησης και οι απόψεις σχετικά με αυτό;

- δ) Ποιες είναι οι αντιλήψεις και το μέτρο σύνδεσης ανάμεσα στο μάνατζμεντ και στην ηγεσία;
- ε) Πώς επικοινωνεί η διοίκηση του νοσοκομείου με τους εργαζομένους;
- στ) Ποια είναι η κατάσταση του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου αναφορικά με την ανανέωση των γνώσεων και τη βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του;
- ζ) Ποια είναι τα βασικά προαπαιτούμενα ενός μοντέλου επιτυχούς διοίκησης;
- η) Ποιες είναι οι απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου;
- θ) Πώς λαμβάνουν οι χρήστες τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου και πώς τις αξιολογούν;
- ι) Ποια είναι τα προβλήματα ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου και στις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχονται από αυτό;

5.3 Επιλογή ερευνητικής μεθόδου

Η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί μία ενέργεια κατά την οποία ο ερευνητής καλείται να επιλέξει, να αλληλεπιδράσει, να αξιολογήσει και να καθορίσει τις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσει στην έρευνα (Wellington, 2000). Η επιλογή και υλοποίηση των μεθόδων που θα ακολουθήσει ο εκάστοτε ερευνητής, αποτελούν σημαντική και δύσκολη διαδικασία, κατά την οποία ο ίδιος θα πρέπει να μελετήσει σε βάθος, προκειμένου να καταφέρει να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες και να οδηγηθεί σε συμπεράσματα.

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι ποιοτική και στόχος της είναι να διερευνήσει συγκεκριμένα ερωτήματα. Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας θεωρήθηκε η καταλληλότερη, δεδομένου ότι στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί», ερωτήματα που απασχολούν και τη συγκεκριμένη έρευνα (Ιωσηφίδης, 2003). Επίσης, η μελέτη βάθους που συνεπάγεται η ποιοτική έρευνα οδηγεί στη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλαπλές πτυχές των υπό έρευνα περιπτώσεων,

διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό και τη διαδικασία ανάπτυξης και αποσαφήνισης εννοιολογικών κατηγοριών (Κυριαζή, 1999). Στόχος της ποιοτικής διερεύνησης δεν αποτελεί απλά η περιγραφή μιας στάσης ή μιας συμπεριφοράς, αλλά η ολιστική κατανόηση. Η ποιοτική έρευνα διερευνά την εμπειρία των ατόμων και τα υποκειμενικά νοήματα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο (context) στο οποίο εγγράφεται (Wellington, 2000).

Ο ερευνητής κάνοντας μία ποιοτική μελέτη επιχειρεί να γνωρίσει τους ερευνώμενους όσο το δυνατό καλύτερα, προκειμένου να έχει τη δυνατότητα να κατασκευάσει την πραγματικότητά τους, όπως οι ίδιοι την κατασκευάζουν (Κυριαζή, 1999). Η διερεύνηση αυτή που χαρακτηρίζεται από λεπτομέρεια και βάθος (Ιωσηφίδης, 2003) αποτελεί και το βασικό πλεονέκτημα της ποιοτικής έρευνας. Επιπλέον πλεονέκτημα της ποιοτικής έρευνας αποτελεί η προσπάθεια αποφυγής εκ των προτέρων (a priori) κρίσεων από τους ερευνητές, γεγονός που δίνει μία άλλη διάσταση και ενδιαφέρον στην έρευνα. Χαρακτηριστικά της ποιοτικής προσέγγισης είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, η ανάλυση λόγου ή/και κειμένων (Μαντζούκας, 2007).

5.4 Μέσο συλλογής υλικού

Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων θα πρέπει να επιτρέπει την κατανόηση σε βάθος των υποκειμενικών εμπειριών, αντιλήψεων και πεποιθήσεων των συμμετεχόντων (Μαντζούκας, 2007). Με τον τρόπο αυτό, ο ερευνητής θα είναι σε θέση να κατανοήσει τις μοναδικές και υποκειμενικές εμπειρίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις τους (May, 1994; Polit & Hungler, 1999).

Η συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε να γίνει με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου και με την τεχνική της προσωπικής ημι-δομημένης συνέντευξης (face to face interview). Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την συλλογή πρωτογενών στοιχείων. Οι ερωτήσεις που υποβάλλονται στους ερωτώμενους ζητούν την ελεύθερη και απρόσκοπτη έκφραση της γνώμης τους. Η συνέντευξη αποτελεί βασικό εργαλείο ποιοτικής έρευνας, το οποίο παρέχει στον ερευνητή πολλές δυνατότητες διερεύνησης των θεμάτων που τον απασχολούν. Επιπλέον, μπορεί να εμβαθύνει και να φθάσει σε σημεία, στα οποία άλλα εργαλεία είναι δύσκολο να

προσεγγίσουν, αποτελώντας εκείνο το εργαλείο, το οποίο επιτρέπει στον ερευνητή να διερευνήσει σκέψεις, αξίες, προκαταλήψεις, στάσεις, συναισθήματα, εμπειρίες, απόψεις και αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων ελεύθερα και σε βάθος (Αβραμίδης & Καλυβά, 2006; Ιωσηφίδης, 2003; Wellington, 2000). Η ποιοτική ημι-δομημένη συνέντευξη είναι ένα ευέλικτο και δυναμικό εργαλείο, το οποίο είναι μη κατευθυντικό, μη αυστηρά δομημένο και τυποποιημένο, με ερωτήσεις που επιδέχονται ανοιχτού τύπου απαντήσεις. Η συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο έχει σαν στόχο ο ερευνητής να κατανοήσει την προοπτική και στάση του ερωτώμενου για το προς διερεύνηση θέμα και να ακούσει τις εμπειρίες του μέσα από τα δικά του λόγια.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στη λεπτή και διακριτική διαχείριση των αρνητικών σημείων που διακρίνουν αυτές τις μεθόδους της προσωπικής συνέντευξης:

- (α) Η πραγματοποίηση της συνέντευξης διεξάγονταν σε εύλογη χρονική στιγμή, χωρίς να γίνεται χρονική σπατάλη από την εργασία του ερωτώμενου.
- (β) Η ερευνήτρια ανήκε στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου, αποπνέοντας (α) φιλικότητα, που αποτέλεσε προϋπόθεση για την αύξηση της αξιοπιστίας της συνέντευξης, (β) φυσικότητα και (γ) εμπιστοσύνη. Επιπροσθέτως, ο συνεντευκτής διατηρούσε την ουδετερότητα και την αμεροληψία του στην καταγραφή των απόψεων των συμμετεχόντων.
- (γ) Διαβεβαιώνονταν από πλευράς του συνεντευκτή η τήρηση της πλήρους ανωνυμίας των ερωτώμενων και σε επιβεβαίωση με το πέρας της συνέντευξης, το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σφραγίζονταν παρουσία των σε φάκελο.
- (δ) Οι ερωτήσεις δεν περιείχαν παραμέτρους που να άπτονται ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Η συμπλήρωση των απαντήσεων και η καταγραφή των απόψεων των ερωτηθέντων, διεξήχθη με την προσήκουσα διαβεβαίωση της εμπιστευτικότητας των απαντήσεων.
- (ε) Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην κοινωνική επαφή μεταξύ συνεντευκτή και ερωτώμενου, καθώς πολλές φορές ο ερωτώμενος επηρεάζεται από το φύλο του ερευνητή, τα μηνύματα που εκπέμπει, τον τρόπο που εκφέρει τις ερωτήσεις, αλλά και δέχεται τις απαντήσεις. Η παρουσία του συνεντευκτή δεν είχε σκοπό παρέμβασης, παρά μόνο κατεύθυνσης της συζήτησης, εξασφαλίζοντας την αντικειμενικότητά της.

(στ) Η καταγραφή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο παρακολούθηθηκε με ιδιαίτερη προσοχή, προκειμένου να διαπιστωθεί εγκαίρως αν οι ερωτώμενοι δυστοκούσαν σε κάποια σημεία του. Κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε, γεγονός που επιβεβαιώνονταν από τη μη ύπαρξη δισταγμού στις απαντήσεις και επεξηγηματικών ερωτήσεων πριν την αποτύπωση της άποψής τους.

5.5 Δείγμα της έρευνας

Η ποιοτική δειγματοληψία βασίζεται σε δύο βασικούς κανόνες: της καταλληλότητας και της επάρκειας (Morse & Field, 1996). Αυτό σημαίνει ότι για την ποιοτική έρευνα το δείγμα θα πρέπει να είναι το κατάλληλο για να ερμηνεύσει το φαινόμενο και θα πρέπει να είναι επαρκές όχι σε ποσότητα αλλά σε παροχή ποιοτικών πληροφοριών που θα επιτρέψουν να επιτευχθεί η έννοια του κορεσμού, αναφορικά με τις πληροφορίες για το υπό έρευνα φαινόμενο (Polit & Hungler, 1999). Στην ποιοτική έρευνα το δείγμα δεν χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο για τη διεξαγωγή έγκυρης έρευνας (συνήθως αφορά σε διψήφιο ή ακόμη και σε μονοψήφιο αριθμό), καθώς ένα μεγάλο δείγμα δεν εξυπηρετεί ούτε τους στόχους αλλά ούτε και τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας. Αντιθέτως, ένα μεγάλο δείγμα συνήθως λειτουργεί αρνητικά για την εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας, αφού μέσα στο μεγάλο αριθμό των συμμετεχόντων χάνονται τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά, τα οποία θέλει να κατανοήσει η ποιοτική έρευνα (Thompson, 1999).

Επιπλέον, το δείγμα πρέπει να είναι κατάλληλο, να έχει δηλαδή εκείνα τα στοιχεία που ο ποιοτικός ερευνητής θέλει να ερευνήσει, καθώς και τη γνώση και τη θέληση να συμμετάσχει στην έρευνα (Morse, 2003). Αυτό το δείγμα χαρακτηρίζεται ως δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling), δηλαδή ο ερευνητής επιλέγει σκοπίμως το δείγμα και όχι τυχαία, γιατί το συγκεκριμένο δείγμα έχει τη γνώση, τα χαρακτηριστικά και τη θέληση να του δώσει πιο ολοκληρωμένες και σε βάθος απαντήσεις στην ερευνητική του ερώτηση. Συνεπώς, η επιλογή του δείγματος δεν γίνεται με αντικειμενικές και τυχαίες τεχνικές, αλλά με βάση την υποκειμενική γνώση του ερευνητή για τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις, αποτέλεσαν τις πρωτογενής πηγές των στοιχείων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά δέκα (10) άτομα, τα οποία επιλέχθηκαν από το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου (διευθυντές/προϊστάμενοι) και τους χρήστες υπηρεσιών (συνοδούς ασθενών). Δεδομένου ότι το νοσοκομείο είναι παιδιατρικό, ήταν αδύνατο να αποτυπωθεί η γνώμη των ασθενών σε μια έρευνα πεδίου, και συνεπώς το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν προς τους συνοδούς των ασθενών.

5.6 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη διαδικασία των ανώνυμων ερωτηματολογίων. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι μια μέθοδος αυτοαναφοράς η οποία θεωρείται ως η καταλληλότερη για τη συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με απόψεις, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες. Η επιλογή ενός κατάλληλου ερωτηματολογίου ως οργάνου μέτρησης μπορεί να στηριχτεί σε πολλούς τρόπους όπως ανασκόπηση βιβλιογραφίας, παρόμοιες μελέτες, διδακτορικές διατριβές αλλά και προφορική ανακοίνωση μεταξύ ερευνητών.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, με ερωτήσεις ανοιχτού (open ended questions) αλλά και κλειστού τύπου (closed ended questions). Το πρώτο ερωτηματολόγιο απευθυνόταν στο ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου (διευθυντές/προϊσταμένους), ενώ το δεύτερο ερωτηματολόγιο απευθυνόταν στους χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου (συνοδούς ασθενών).

Ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε είκοσι (20) ερωτήσεις, οι οποίες είναι χωρισμένες σε τέσσερις (4) ενότητες:

1. Δημογραφικά Στοιχεία (7 ερωτήσεις)
2. Management (4 ερωτήσεις)
3. Συμμετοχή στη δομή και την οργάνωση του νοσοκομείου (4 ερωτήσεις)
4. Γενική αξιολόγηση (5 ερωτήσεις)

Χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε είκοσι μία (21) ερωτήσεις, οι οποίες είναι χωρισμένες σε τέσσερις (4) ενότητες:

1. Δημογραφικά Στοιχεία (8 ερωτήσεις)
2. Διαδικασίες εισαγωγής (3 ερωτήσεις)
3. Προσφερόμενες υπηρεσίες (5 ερωτήσεις)
4. Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών (5 ερωτήσεις)

Ο σχεδιασμός των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια, υπό την επίβλεψη του επόπτη της μελέτης, και στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και σε ερωτήσεις από εργαλεία προηγούμενων ερευνών, ποιοτικών και ποσοτικών (Παπαδοπούλου, 2013; Μπίτζιου, 2012; Μπέκας, 2005; Βαστάρδη, 2005; Μακρυδημήτρης & Υφαντόπουλος, 2004; Αλεξανδράκη, 2003).

5.7 Θέματα δεοντολογίας

Για την πραγματοποίηση της μελέτης και τη διανομή των ερωτηματολογίων συντάχθηκε αίτηση της ερευνήτριας προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η χορήγηση ενυπόγραφης έγκρισής του, για τη νομιμότητα της διαδικασίας. Η αίτηση περιλάμβανε το ερευνητικό πρωτόκολλο της έρευνας, με περιληπτική αναφορά στην ερευνητική πρόταση, την μεθοδολογία και το εργαλείο μέτρησης (ερωτηματολόγιο).

Η ερευνήτρια, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους να προστατεύσει τα δικαιώματά τους, τόνιζε εκ των προτέρων την τήρηση της ανωνυμίας τους, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και την εθελοντική φύση της μελέτης. Επιπλέον, προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε ξεχωριστός φάκελος για τον κάθε ερωτώμενο, όπου το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σφραγιζόταν.

5.8 Συλλογή δεδομένων

Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια, στο πλαίσιο των συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν εντός του χώρου του νοσοκομείου, κατόπιν προσυμφωνημένου και προκαθορισμένου ραντεβού με τους συνεντευξιαζόμενους.

Για τη συμπλήρωση και την καταγραφή του κάθε ερωτηματολογίου απαιτήθηκε κατά προσέγγιση χρόνος τριάντα (30) λεπτών. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε δεκαπέντε (15) ημέρες. Ξεκίνησε στις αρχές Απριλίου του 2016 και ολοκληρώθηκε στα μέσα του ίδιου μήνα.

5.9 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα δεν μπορεί να γίνει με στατιστικές αναλύσεις και συγκριτικά γραφήματα, όπως συμβαίνει στην ποσοτική έρευνα. Πρώτο βήμα αποτελεί η καταγραφή των δεδομένων, προκειμένου ο ποιοτικός ερευνητής να κατανοήσει και να μπορέσει να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη αντίληψη ως προς το τι λένε ή κάνουν οι συμμετέχοντες (Morse & Field, 1996; Brink & Wood, 1998).

Το αμέσως επόμενο σημείο είναι αυτοί που οι ποιοτικοί ερευνητές ονομάζουν κωδικοποίηση. Η ερευνήτρια απέδωσε αντιπροσωπευτικούς κωδικούς οι οποίοι εξέφραζαν σε συντομία την ερμηνεία που έδινε στο συγκεκριμένο κομμάτι της συνέντευξης. Στη συνέχεια και αφού όλο το κείμενο της συνέντευξης συμπυκνώθηκε σε μια σειρά από αντιπροσωπευτικούς κωδικούς, οι κωδικοί αυτοί αντιπαραβλήθηκαν και συγκρίθηκαν μεταξύ τους, για τον εντοπισμό κωδικών με όμοια χαρακτηριστικά ή νοήματα (Polit & Hungler, 1999).

Στη συνέχεια σχηματίστηκαν οι θεματικές ενότητες με βάση τον εντοπισμό όμοιων κωδικών που τοποθετήθηκαν μαζί, αποτελώντας συμπυκνωμένες ολιστικές περιγραφές και ερμηνείες. Οι θεματικές ενότητες αποδίδουν την ερμηνεία, την αντίληψη των συμμετεχόντων για το υπό έρευνα φαινόμενο, προσφέροντας τη βαθύτερη κατανόηση και επεξεργασμένη για τους συμμετέχοντες γνώση (Huberman & Miles, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Αποτελέσματα Έρευνας

6.1. Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται συνολικά από δέκα (10) άτομα. Από αυτούς, οι επτά (7) ανήκουν στο ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου, ενώ οι υπόλοιποι τρεις (3) είναι συνοδοί ασθενών στο νοσοκομείο. Τα χαρακτηριστικά όλων των συμμετεχόντων της έρευνας, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=10)

		N (%)
Φύλο	Άνδρας	3 (30)
	Γυναίκα	7 (70)
Ηλικία (έτη)	31-40	2 (20)
	41-50	1 (10)
	51-60	4 (40)
	>60	3 (30)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	4 (40)
	Έγγαμος/η	6 (60)
Μορφωτικό επίπεδο	Βασική Εκπαίδευση	1 (10)
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	3 (30)
	Πτυχίο Α.Ε.Ι.	2 (20)
	Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	4 (40)

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (70%). Η ηλικία τους είναι άνω των 30 ετών, με τους περισσότερους να είναι μεταξύ 51-60 ετών (40%) και άνω των 60 ετών (30%) αντίστοιχα. Οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (60%). Εννέα στους δέκα συμμετέχοντες είναι κάτοχοι πτυχίου (90%), με τους περισσότερους να δηλώνουν κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού διπλώματος (40%).

6.2. Ανθρώπινο δυναμικό

6.2.1 Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου είναι επτά (7) άτομα. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται τα δημογραφικά τους στοιχεία:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=7)

		N (%)
Φύλο	Άνδρας	2 (28,6)
	Γυναίκα	5 (71,4)
Ηλικία (έτη)	51-60	4 (57,1)
	>60	3 (42,9)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3 (42,9)
	Έγγαμος/η	4 (57,1)
Μορφωτικό επίπεδο	Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	2 (28,6)
	Πτυχίο Α.Ε.Ι.	2 (28,6)
	Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3 (42,9)
Επαγγελματική θέση	Διευθυντής	5 (71,4)
	Προϊστάμενος τμήματος	2 (28,6)
	Mean ± SD	
Έτη εργασίας		31,86 ± 5,37

Ερωτήθηκαν πέντε (5) διευθυντές και δύο (2) προϊστάμενοι τμημάτων. Η πλειοψηφία τους είναι γυναίκες (71,4%). Η ηλικία τους είναι άνω των 50 ετών, με τους περισσότερους να είναι μεταξύ 51-60 ετών (57,1%) και έγγαμοι (57,1%). Όλοι είναι κάτοχοι πτυχίου, με τους περισσότερους να δηλώνουν κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού διπλώματος (42,9%). Η μέση προϋπηρεσία τους είναι τα 31,86 έτη εργασίας.

6.2.2 Management

Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι απόψεις του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου σχετικά με το management. Οι ερωτήσεις της ενότητας αφορούν τη σχέση του management με την ηγεσία, τις ενέργειες και δράσεις της διοίκησης του νοσοκομείου, καθώς και τις συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο.

- *«Για την επιτυχία ενός οργανισμού η άσκηση της Διοίκησης πρέπει να συνδέεται άμεσα με την άσκηση της Ηγεσίας;»*

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντούν πως η άσκηση της διοίκησης θα πρέπει να συνδέεται άμεσα με την άσκηση της ηγεσίας, προσδιορίζοντας εμμέσως και τα στοιχεία που πρέπει να διαθέτει ένας ηγέτης. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η διοίκηση είναι μια μορφή ηγεσίας που πρέπει να διέπεται από τους κανόνες του σωστού ηγέτη και θα πρέπει να συνδέεται με την ηγεσία σε μια συνεργασία αγαστή.

Ενδεικτικά οι συμμετέχοντες αναφέρουν:

«Η ηγεσία είναι υποσύστημα της διοίκησης και μάλιστα από τα πιο σημαντικά. Για να διοικηθεί ένας οργανισμός απαιτείται ηγέτης με όραμα, που θα επιτύχει συνεργασία ομάδας με κοινή αποστολή και στόχους χρησιμοποιώντας κατάλληλα μέσα».

«Αν αυτές οι δύο αρχές δεν συνεργάζονται, δεν πρόκειται να γίνει τίποτα σωστά».

«Για να ασκήσεις διοίκηση, θα πρέπει να είσαι σωστός ηγέτης, να έχεις καινοτόμες ιδέες».

«Κύριος στόχος και των δύο είναι η σωστή λειτουργία του νοσοκομείου».

Ωστόσο, ακόμη και οι ερωτώμενοι που διαφοροποιούνται, ουσιαστικά «δείχνουν» την ιδανικότητα αυτής της σχέσης, καθώς και την αναγκαιότητα της ύπαρξης ηγετών στο χώρο της διοίκησης. Αναφέρουν ενδεικτικά:

«Αυτά που θα προτείνει ο ηγέτης, μπορεί ο manager να μην μπορεί να τα εφαρμόσει (λόγοι οικονομικοί). Μπορεί να είσαι βέβαια και τα δύο, να είσαι ικανός, να ανταπεξέλθεις στις απαιτήσεις».

«Όχι απαραίτητα. Αν ο ηγέτης μπορεί να ασκήσει διοίκηση θα ήταν ότι καλύτερο».

- *«Μπορεί ένα διοικητικό στέλεχος να ασκεί ταυτόχρονα management και ηγεσία;»*

Και εδώ οι ερωτώμενοι φαίνεται να συμφωνούν στο ότι ένα διοικητικό στέλεχος είναι σε θέση να ασκήσει management και ηγεσία ταυτόχρονα. Ωστόσο, όλοι αναφέρουν ότι για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις.

«Ναι φυσικά μπορεί, φτάνει να έχει τις ικανότητες να το κάνει, τις κατάλληλες γνώσεις και μόρφωση».

«Μπορεί υπό περιορισμούς. Μπορεί ως manager να έχει συγκεκριμένο budget και να έχει να υλοποιήσεις στόχους αλλά να μην μπορεί να το πράξεις».

«Ναι, εάν είναι άξιος με εμπειρία στην διοίκηση και στο management».

Για έναν διευθυντή συμμετέχοντα, η ταυτόχρονη άσκηση management και ηγεσίας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να είναι αποτελεσματική η διοίκηση, ενώ ο μοναδικός συμμετέχων που διαφωνεί υποστηρίζει με σαφήνεια ότι: «Δεν μπορεί ηγεσία και management να συμβαδίσει. Ή το ένα ή το άλλο».

- *«Ποιες πρέπει να είναι κατά τη γνώμη σας, οι πέντε (5) πιο σημαντικές ενέργειες και δράσεις της Διοίκησης του νοσοκομείου;»*

Στην πολύ σημαντική ερώτηση σχετικά με την σημαντικότητα ενεργειών και δράσεων της διοίκησης του νοσοκομείου, το ανθρώπινο δυναμικό τοποθετείται ξεκάθαρα. Για τα ανώτερα στελέχη του οργανισμού, η ενθάρρυνση της ομαδικής εργασίας αποτελεί την σημαντικότερη ενέργεια της διοίκησης του νοσοκομείου, ενώ ακολουθούν ο συντονισμός όλων των διοικητικών λειτουργιών, ο προγραμματισμός για την επίτευξη των στόχων, ο έλεγχος και ο γενικός συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, χαμηλά στις εκτιμήσεις τους φαίνεται να είναι οι ενέργειες και δράσεις που σχετίζονται με την διεύθυνση του οργανισμού, τη διάδοση του σκοπού και της αποστολής του νοσοκομείου, καθώς και ο σχεδιασμός.

Σημειώνεται πως στο σύνολο των διευθυντών, οι περισσότεροι (πάνω από τους μισούς) επέλεξαν ως πιο σημαντικές ενέργειες και δράσεις της διοίκησης την ενθάρρυνση της ομαδικής εργασίας και τον έλεγχο, ενώ αντίστοιχα στους προϊστάμενους τμημάτων άπαντες επέλεξαν την εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, την έρευνα και ανάπτυξη και την οικονομική διαχείριση.

- «Με ποιους τρόπους και μέσα από ποια συγκεκριμένα συμπτώματα θα μπορούσατε να διαπιστώσετε την ύπαρξη μιας σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο;»

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων εστιάζουν στην αποδοτικότητα, στην αποχή από την εργασία, στην συμπεριφορά και την επικοινωνία. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο προκαλούν πολλαπλά προβλήματα, επηρεάζοντας την απόδοση του εργαζόμενου αλλά και συνολικά, λειτουργώντας ως ανασταλτικός παράγοντας επίτευξης των στόχων.

Ενδεικτικά υποστηρίζουν:

«Να μην επιτυγχάνονται οι εργασιακοί στόχοι, να μην υπάρχει προγραμματισμός και συντονισμένες εργασίες, αδικαιολόγητες απουσίες».

«Αποχή από τον εργασιακό χώρο, μειωμένη αποδοτικότητα, εκτεταμένες αντιρρήσεις».

«Μη λεκτική επικοινωνία, αποφυγή προσέλευσης στον εργασιακό χώρο, αποφυγή επαγγελματικών διαδικασιών, ανάρμοστη συμπεριφορά»

«Από την απόδοση του τμήματος, από τα παράπονα των εργαζομένων, όταν δεν επιτυγχάνεται ο στόχος που έχει ανατεθεί».

Ένας διευθυντής υποστηρίζει μια εντελώς διαφορετική άποψη, εστιάζοντας στο «πού» εντοπίζονται αυτές οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο. Συγκεκριμένα, καταγράφει μία ολόκληρη έκθεση στην οποία αναφέρει την ύπαρξη ποικίλων συγκρούσεων, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα αιτιολογικούς παράγοντες συγκρούσεων από ολόκληρο το εργασιακό περιβάλλον.

Ενδεικτικά σημεία της αναφοράς του είναι τα παρακάτω:

«Μέσα σε ένα εργασιακό χώρο είναι δυνατό να διαπιστωθούν πολλών ειδών συγκρούσεις. Για παράδειγμα μπορεί να υπάρχει σύγκρουση μεταξύ διαφορετικών κλάδων, υπαλλήλων του ίδιου κλάδου, μεταξύ υγειονομικού προσωπικού και ασθενή ή οικογένειας του ασθενή, μεταξύ υπαλλήλων και οργανισμού. Σημεία που οδηγούν στην ύπαρξη σύγκρουσης είναι μείωση της παραγωγικότητας, ύπαρξη λαθών, ιατρογενείς παθήσεις, επιπλοκές, καθυστερημένη ανάρρωση, αύξηση κόστους φροντίδας, αποτυχία επικοινωνίας, τραυματισμοί προσωπικού, απουσιασμός, επαγγελματική εξουθένωση, μείωση ικανοποίησης από την εργασία, απομάκρυνση από τη διοίκηση, συμπεριφορές υπαλλήλων ανάρμοστες, π.χ. να βρίζουν, να μιλούν για αφόρητες συνθήκες εργασίας».

6.2.3 Συμμετοχή στη δομή και την οργάνωση του νοσοκομείου

Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι απόψεις του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου σχετικά με την συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού στη δομή και οργάνωση του νοσοκομείου. Οι ερωτήσεις αφορούν τον καθορισμό αρμοδιοτήτων των εργαζομένων, την ιεραρχική και οργανωτική δομή του οργανισμού, την επικοινωνία της διοίκησης με τους εργαζομένους, καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών.

- *«Πιστεύετε πως είναι απόλυτα ξεκάθαρες οι αρμοδιότητες του κάθε εργαζομένου, ανεξαρτήτως τμήματος στο οποίο εργάζεται;»*

Όλοι ανεξαρτήτως οι ερωτώμενοι συμφωνούν στο ότι οι αρμοδιότητες του κάθε εργαζόμενου δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρες. Οι λόγοι γι' αυτό εντοπίζονται στην έλλειψη προσωπικού και καθηκοντολογίου, ενώ οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι αποτελεί λόγο σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο.

Ενδεικτικά οι συμμετέχοντες αναφέρουν:

«Υπάρχουν εργαζόμενοι που υπερβαίνουν τις αρμοδιότητές τους λόγω έλλειψης προσωπικού και καθηκοντολογίου».

«Οι αρμοδιότητες δεν είναι πάντα ξεκάθαρες, γιατί το προσωπικό δεν επαρκεί, οπότε όλοι κάνουν ότι περνάει από το χέρι τους για να γίνει σωστά η δουλειά».

«Δεν υπάρχει πλάνο αρμοδιοτήτων του κάθε εργαζόμενου και υπάρχει αντιπαλότητα μεταξύ των εργαζομένων, που οφείλονται στην έλλειψη προσωπικού».

Μία διευθύντρια ερωτώμενη αναφέρεται στην πολυπλοκότητα του ρόλου των νοσηλευτών, υποστηρίζοντας ότι:

«Οι αρμοδιότητες δεν είναι ξεκάθαρες γιατί είναι συγκεχυμένος ο ρόλος που πρέπει να αναλάβουν λόγω της πολυπλοκότητας του ρόλου των νοσηλευτών».

- *«Με βάση τη διοικητική οργάνωση του νοσοκομείου στο οποίο εργάζεστε, είναι αντιληπτή και γνωστή σε όλους τους ενδιαφερόμενους η ιεραρχική και οργανωτική δομή του οργανισμού;»*

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί πως στο νοσοκομείο δεν είναι ξεκάθαρα αντιληπτή και γνωστή σε όλους τους ενδιαφερόμενους, η ιεραρχική και οργανωτική δομή του οργανισμού, και αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη κατάλληλης ενημέρωσης, αλλά και στον καταμερισμό ευθυνών.

Οι διευθυντές αναφέρουν ενδεικτικά:

«Δεν είναι αντιληπτή και γνωστή, θα έπρεπε να υπάρχει ενημέρωση του οργανογράμματος με την πρόσληψη των υπαλλήλων, διότι σε όλα τα νοσοκομεία δεν ακολουθείται η ίδια δομή».

«Δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση. Ο καθένας μπορεί να ενημερωθεί, όμως δεν υπάρχει υποχρεωτική ενημέρωση από τη διοίκηση».

«Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι οι οποίοι έρχονται μονάχα για να έρθουν, όχι για να προσφέρουν».

Ωστόσο, δύο συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι είναι αντιληπτή και γνωστή σε όλους τους ενδιαφερόμενους η ιεραρχική και οργανωτική δομή του οργανισμού.

Ένας διευθυντής αναφέρει:

«Είναι γνωστή η οργανωτική δομή του οργανισμού γιατί δεν είναι κάτι κρυφό. Στους νεοδιοριζόμενους υπαλλήλους γίνονται τα κατάλληλα σεμινάρια».

- *«Με ποιον τρόπο επικοινωνεί η διοίκηση του νοσοκομείου με όλους τους εργαζομένους, ανεξαρτήτου τμήματος;»*

Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι δηλώνουν πως η διοίκηση του νοσοκομείου επικοινωνεί με τους εργαζομένους μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων και ανακοινώσεων, ενώ κάποιες φορές αυτό γίνεται δια μέσω εκτάκτων συναντήσεων. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, η διοίκηση δεν φαίνεται να εφαρμόζει προγραμματισμένες συναντήσεις ή συναντήσεις στο χώρο εργασίας των ατόμων, καθώς και προσωπικές συζητήσεις.

- «Θεωρείτε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα στο νοσοκομείο;»

Στην συγκεκριμένη ερώτηση οι απόψεις των ερωτηθέντων δίστανται. Ναι μεν οι περισσότεροι (4 άτομα) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για το νοσοκομείο, αλλά υπάρχουν και αυτοί που δηλώνουν ότι κάτι τέτοιο δεν γίνεται, λόγω ελλείψεων σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό. Ωστόσο, όλοι οι ερωτώμενοι συμφωνούν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών «πρέπει» να αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για τον νοσοκομείο.

Υποστηρίζουν ενδεικτικά:

«Πιστεύω ότι η ποιότητα των υπηρεσιών πρέπει και οφείλει να είναι υψηλή έτσι ώστε να παρέχεται η ανώτατη φροντίδα υγείας στον ασθενή».

«Πιστεύω πως πρώτη είναι η ποιότητα των υπηρεσιών, γιατί ο σκοπός μας είναι η ασφάλεια και η νοσηλευτική φροντίδα του παιδιατρικού ασθενή».

Μάλιστα ένας διευθυντής, συμπεριλαμβάνει και την έννοια και φιλοσοφία της ΔΟΠ σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αναφέροντας χαρακτηριστικά: «Αναμφισβήτητα η ποιότητα αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα. Μέσω της μέτρησής της με δείκτες μπορεί να υπάρξει συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τελικά μέσω ΔΟΠ ένας οργανισμός μπορεί να επιβιώσει».

Κάποιες από τις απαντήσεις των ερωτώμενων που δεν φαίνεται να συμφωνούν είναι οι εξής:

«Όχι δεν είναι η πρώτη. Υπάρχουν ελλείψεις σε εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό καθώς επίσης κακής ποιότητας υλικό».

«Θα έπρεπε να είναι πρώτη, όμως δεν είναι. Πρώτα κοιτάνε το κόστος, έτσι τα υλικά είναι δευτερεύοντα και η παροχή υπηρεσιών επίσης».

6.2.4 Γενική αξιολόγηση

Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι απόψεις του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου σχετικά με την άσκηση της Διοίκησης, κάτω από το πρίσμα γενικής αξιολόγησης. Οι ερωτήσεις αφορούν το στυλ που προσδιορίζει το μοντέλο άσκησης της διοίκησης, τον βαθμό ικανοποίησης από τον τρόπο που ασκείται στο νοσοκομείο, την ανάπτυξη συστήματος κανόνων, τις διαδικασίες συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με την εκπαίδευση του προσωπικού, καθώς τεχνικές αποφυγής συγκρούσεων εντός του εργασιακού χώρου.

- *«Ποιο στυλ θα επιλέγατε για να προσδιορίσετε το μοντέλο άσκησης της Διοίκησης;»*

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι αντιλαμβάνονται την άσκηση της διοίκησης ως συμμετοχική ή αυταρχική. Συγκεκριμένα, τρία άτομα (διευθυντές) επέλεξαν πως το μοντέλο άσκησης της διοίκησης είναι συμμετοχικό και αντίστοιχα ο ίδιος αριθμός (διευθυντές) ότι είναι αυταρχικό, ενώ μόλις ένα άτομο επέλεξε πως το μοντέλο είναι δημοκρατικό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο προϊστάμενοι τμημάτων αντιλαμβάνονται την άσκηση της διοίκησης περισσότερο ως συμμετοχική.

- *«Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο άσκησης της Διοίκησης στο νοσοκομείο;»*

Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι δηλώνουν πως δεν είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο άσκησης της διοίκησης στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, οι λόγοι γι' αυτό αφορούν στην έλλειψη επικοινωνίας, συντονισμού και συμμετοχικότητας.

Αναφέρουν ενδεικτικά:

«Όχι δεν είμαι ικανοποιημένη, θα ήθελα να άλλαζαν οι συμπεριφορές των ανθρώπων, η επικοινωνία, να μπορούσαν οι στόχοι και οι σκοποί να επιτευχθούν άμεσα και στο 100%, να γινόταν αξιολόγηση του έργου (ενώ δεν γίνεται) που πράττεται στο νοσοκομείο».

«Όχι θα ήθελα περισσότερη επικοινωνία των εργαζομένων με την διοίκηση, για την καλύτερευση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών χρειάζεται διάλογος».

«Εν μέρει, θα μπορούσαν να γίνουν πολλά για να βελτιωθεί ο τρόπος διοίκησης».

«Σχετικά ικανοποιημένος. Για να υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση και αποτελεσματικότητα θα έπρεπε να είναι πιο συμμετοχική και να δίνει μεγαλύτερη αυτονομία. Επίσης να υπάρχει το όραμα περασμένο σε όλους τους υπαλλήλους και να έχουν τεθεί κοινοί στόχοι».

- *«Θεωρείτε πως στο νοσοκομείο υπάρχει αναπτυγμένο ένα σύστημα κανόνων που να προσδιορίζει ξεκάθαρα τα όρια πράξεων και τις υπευθυνότητες του κάθε εργαζόμενου;»*

Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι δηλώνουν ότι δεν υπάρχει αναπτυγμένο ένα σύστημα κανόνων που να προσδιορίζει ξεκάθαρα τα όρια πράξεων καθώς επίσης και τις υπευθυνότητες του κάθε εργαζόμενου. Κάποιοι κάνουν αναφορά σε έλλειψη προσωπικού και πολιτικής γενικότερα, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη οργανογράμματος.

«Οι αρμοδιότητες δεν προσδιορίζονται ξεκάθαρα σε κάθε εργαζόμενο, λόγω έλλειψης προσωπικού. Ο νοσηλευτής ανά πάσα στιγμή αναλαμβάνει αρμοδιότητες οι οποίες δεν ανήκουν σε αυτόν».

«Δεν υπάρχουν σαφή όρια. Λόγω έλλειψης προσωπικού κάποιοι κάνουν δουλείες άλλων, κάτι το οποίο δημιουργεί συγκρούσεις».

«Όχι δεν υπάρχει, απουσιάζει το καθηκοντολόγιο».

«Όχι, υπεισέρχεται ο ένας μέσα στον άλλον γιατί δεν ξέρει ο καθένας τις αρμοδιότητές τους. Θα έπρεπε να υπάρχει οργανόγραμμα υπηρεσιών, με αποτέλεσμα η δουλειά να μην είναι αποτελεσματική και επίπονη».

«Όχι, δεν υπάρχει. Βέβαια στους διάφορους κλάδους άλλοι έχουν καθηκοντολόγιο, άλλοι επαγγελματικές υποχρεώσεις κλπ. Όμως στον συγκεκριμένο φορέα δεν υπάρχει πολιτική ξεκάθαρη που προσδιορίζει τον κάθε εργαζόμενο».

Μία διευθύντρια, αν και δεν τοποθετείται καθαρά, φαίνεται να διαφωνεί αναφέροντας:

«Έχει καταρτιστεί καθηκοντολόγιο για την αρμοδιότητα του κάθε νοσηλευτή».

- *«Ποιες από τις παρακάτω διαδικασίες συνεχιζόμενης κατάρτισης εφαρμόζονται στο νοσοκομείο σχετικά με την εκπαίδευση του προσωπικού;»*

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων υποστηρίζει πως στο νοσοκομείο ακολουθούνται διαδικασίες συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με την εκπαίδευση του προσωπικού, δια μέσω σεμιναρίων, εκπαίδευσης των εργαζομένων, καθώς και συνεχής ενημέρωσης σε θέματα ασφάλειας και υγιεινής. Αντίθετα, δεν φαίνεται να ακολουθούνται πρακτικές κατάρτισης που να ενισχύουν την συμμετοχή σε έρευνες, σε ομαδικές εργασίες για τη βελτίωση του συνεργατικού πνεύματος και σε προτάσεις βελτίωσης γενικότερα.

Σημειώνεται πως και οι δύο προϊστάμενοι τμήματος επέλεξαν την εκπαίδευση και την κατάρτιση του προσωπικού μέσω της παρακολούθησης σεμιναρίων.

- *«Η διοίκηση του νοσοκομείου εφαρμόζει κάποιες τεχνικές για την αποφυγή συγκρούσεων εντός του εργασιακού χώρου (π.χ. ανάθεση ρεαλιστικών στόχων, δίκαιο/αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών, τακτικές συναντήσεις με το προσωπικό);»*

Όλοι οι ερωτώμενοι αναφέρουν πως η διοίκηση του νοσοκομείου δεν εφαρμόζει τεχνικές αποφυγής συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο. Επιπλέον, κάποιοι υποστηρίζουν πως ευθύνεται η ίδια για τη δημιουργία αυτών. Σε κάθε περίπτωση, εντοπίζονται αρνητικές τοποθετήσεις, με κάποιες προβλέψεις για μελλοντική εφαρμογή τέτοιων τεχνικών.

Χαρακτηριστικές είναι οι απαντήσεις των διευθυντών:

«Όχι με αποτέλεσμα να υπάρχουν ενδονοσοκομειακές συγκρούσεις».

«Όχι δεν εφαρμόζει σε γενική κλίμακα τέτοιου είδους τεχνικές. Ίσως μεμονωμένα να εφαρμόζονται σε κάποια τμήματα. Για να εφαρμοστεί όμως από την διοίκηση του νοσοκομείου απαιτείται αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας».

«Η διοίκηση εφαρμόζει σε χαμηλή κλίμακα τις συγκρούσεις εντός του νοσοκομείου λόγω του χαμηλού προϋπολογισμού και της έλλειψης προσωπικού. Εντούτοις η πόρτα της διοίκησης παραμένει ανοιχτή σε οποιαδήποτε παράπονα ως μια τακτική εκτόνωσης».

«Προς το παρόν όχι, αλλά υπάρχει προγραμματισμός για σχεδιασμό τέτοιου πρωτοκόλλου».

«Ίσα ίσα που δημιουργεί προϋποθέσεις για να υπάρχουν συγκρούσεις. Η διοίκηση δεν αναθέτει συγκεκριμένα καθήκοντα στο προσωπικό και δε δημιουργεί προϋποθέσεις για τη σωστή συνεργασία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν τριβές και κακή επικοινωνία ανάμεσα στους εργαζομένους».

Στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται και οι απαντήσεις των προϊστάμενων τμήματος:

«Όχι και κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία εφημερίας κινδυνεύει η σωματική μας ακεραιότητα».

Η διοίκηση περιορίζεται μόνο στην ανάθεση στόχων, αλλά τίποτα άλλο πέρα από εκεί. Όλα τα υπόλοιπα απουσιάζουν».

6.3. Χρήστες των υπηρεσιών

6.3.1 Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου είναι τρία (3) άτομα. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται τα δημογραφικά τους στοιχεία:

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Χαρακτηριστικά του δείγματος (N=3)

		N (%)
Φύλο	Άνδρας	1 (33,3)
	Γυναίκα	2 (66,7)
Ηλικία (έτη)	31-40	2 (66,7)
	41-50	1 (33,3)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	1 (33,3)
	Έγγαμος/η	2 (66,6)
Μορφωτικό επίπεδο	Βασική Εκπαίδευση	1 (33,3)
	Πτυχίο Τ.Ε.Ι.	1 (33,3)
	Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	1 (33,3)
Συγγενική σχέση με συνοδευόμενο ασθενή	Πατέρας	1 (33,3)
	Μητέρα	2 (66,7)
Κλινική νοσηλείας νοσηλευόμενου ασθενή	A' Παιδιατρική	1 (33,3)
	B' Παιδιατρική	2 (66,7)
	B' Χειρουργική	2 (66,7)
	Πανεπιστημιακή κλινική	2 (66,7)
	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	1 (33,3)
	ΜΕΘ Παίδων	2 (66,6)
Χρήση υπηρεσιών νοσοκομείου στο παρελθόν	Ναι	1 (33,3)
	Όχι	2 (66,6)

Ερωτήθηκαν τρεις (3) συνοδοί ασθενών στο νοσοκομείο, δύο γυναίκες (66,7%) και ένας άνδρας (33,3%). Η ηλικία τους είναι κάτω των 50 ετών, με τους δύο είναι μεταξύ 31-40 ετών (66,7%) και έγγαμοι (66,7%). Ο ένας από αυτούς έχει βασική εκπαίδευση (33,3%), ενώ οι υπόλοιποι δύο δηλώνουν κάτοχος πτυχίου Τ.Ε.Ι (33,3%) και μεταπτυχιακού-διδακτορικού διπλώματος (33,3%). Οι δύο από αυτούς είναι η μητέρα του παιδιού (66,7%) και ο άλλος συνοδός ο πατέρας (33,3%).

Η κατανομή των συνοδευόμενων στις κλινικές είναι η εξής: Β' Παιδιατρική κλινική (66,7%), Β' Χειρουργική κλινική (66,7%), Πανεπιστημιακή κλινική (66,7%), ΜΕΘ Παίδων (66,7%), Α' Παιδιατρική κλινική (33,3%), Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (33,3%). Δύο στους τρεις συνοδούς (66,7%) δεν έχει χρησιμοποιήσει στο παρελθόν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

6.3.2 Διαδικασίες εισαγωγής

Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου σχετικά με τις διαδικασίες εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο. Οι ερωτήσεις της ενότητας αφορούν τις διαδικασίες ενημέρωσης, την ταχύτητα εξυπηρέτησης των χρηστών, καθώς και τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού προς τους χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

- *«Πώς κρίνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου αναφορικά με τον τομέα της ενημέρωσης (π.χ. χώρος υποδοχής, ύπαρξη σημείων ενημέρωσης, δυνατότητα επικοινωνίας με κάποιο στέλεχος του νοσοκομείου);»*

Δύο στους τρεις συνοδούς ασθενών δεν έχουν καλές εντυπώσεις από την ενημέρωση για τις διαδικασίες εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Ενδεικτικά αναφέρουν:

«Η ενημέρωση ήταν φτωχή. Δεν υπάρχουν σημεία στα οποία να απευθυνθείς άμεσα».

«Πολύ λίγη ενημέρωση».

Ένας συνοδός φαίνεται να διαφοροποιείται, αν και δεν αξιολογεί την ενημέρωση για τις διαδικασίες εισαγωγής αναφέροντας ότι:

«Θεωρώ ότι υπάρχουν σημεία ενημέρωσης»

- *«Ποιες είναι οι εντυπώσεις σας από την ταχύτητα εξυπηρέτησης στη διαδικασία εισαγωγής (π.χ. χρόνο εισαγωγής, ενημέρωση για το χρόνο αναμονής, προβλήματα καθυστέρησης);»*

Αναφορικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, όλοι οι συνοδοί έχουν πολύ καλές εντυπώσεις.

«Η ταχύτητα ήταν άμεση».

«Δεν είχα πρόβλημα γιατί το παιδί μου μετέβη κατευθείαν στο νοσοκομείο από τη γέννησή του».

«Με τη διαδικασία εισαγωγής δεν υπάρχει πρόβλημα, στο εξιτήριο όμως η διαδικασία είναι πολύ αργή».

- *«Είστε ικανοποιημένοι από τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού στη διαδικασία εισαγωγής; Ποια η άποψή σας;»*

Όλοι οι συνοδοί έμειναν ικανοποιημένοι από τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού. Ωστόσο, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, διαφαίνεται ότι η αξιολόγησή τους εξαρτάται σημαντικά από την ταχύτητα εξυπηρέτησης.

Ενδεικτικά αναφέρουν:

«Ναι είμαι ευχαριστημένος. Δεν είχα μεγάλη αναμονή. Δόθηκε προτεραιότητα».

«Η μεταφορά ήταν άμεση».

«Ναι είμαι πολύ ικανοποιημένη, είναι εξαιρετικά».

6.3.3 Προσφερόμενες υπηρεσίες

Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες στον ασθενή. Οι ερωτήσεις αφορούν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου (ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, διοικητικές υπηρεσίες).

- *«Ποιο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά θεωρείτε περισσότερο σημαντικό, αναφορικά με την ιατρική φροντίδα;»*

Όλοι οι ερωτώμενοι συνοδοί αξιολογούν την ιατρική φροντίδα στη διάσταση αντιμετώπισης της ασθένειας. Θεωρούν την ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού (επιστημονικές γνώσεις, εμπειρία και επαγγελματική ευσυνειδησία) ως το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό ιατρικής φροντίδας, για την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Οι απαντήσεις τους δεν περιλάμβαναν επιλογές σχετικά με την επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού, τις συνθήκες μεταχείρισης των ασθενών από το προσωπικό, καθώς και την ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών.

- *«Όταν ακούτε την έννοια 'Νοσηλευτική Φροντίδα', ποιο χαρακτηριστικό σας έρχεται στο μυαλό;»*

Η περιποίηση/φροντίδα και η κατανόηση/προθυμία αποτελούν τις επιλογές των συνοδών στη συγκεκριμένη ερώτηση. Συγκεκριμένα, δύο στους τρεις συνοδούς επέλεξε την περιποίηση/φροντίδα και ο υπόλοιπος ένας την κατανόηση/προθυμία. Αντίθετα, δεν επιλέχθηκαν η συμπεριφορά/ευγένεια και η άμεση εξυπηρέτηση.

- *«Πως αξιολογείτε την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο, σχετικά με την ενημέρωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας;»*

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων συνοδών δεν είναι ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα στα πλαίσια της ενημέρωσης για την ασθένεια. Παρατηρούν ελλείψεις, ενώ αναφέρουν προβλήματα συμπεριφοράς και συντονισμού. Σε κάθε περίπτωση, η αντιμετώπιση της ασθένειας αξιολογείται υψηλότερα από τους συνοδούς σε σχέση με την ενημέρωση.

«Την χαρακτηρίζω ελλιπή. Έχω πρόβλημα με το συντονισμό των γιατρών. Δεν αναλαμβάνουν σφαιρικά το παιδί έτσι ώστε να το βοηθήσουν»

«Θα προτιμούσα να είναι πιο φιλικοί, πιο προσιτοί, θα ήθελα πιο συχνή ενημέρωση».

Ένας συνοδός δηλώνει ικανοποιημένος από την αντιμετώπιση της ασθένειας, την οποία αξιολογεί υψηλότερα σε σχέση με την ενημέρωση:

«Θα ήθελα να αφιερώνεται περισσότερος χρόνος. Η ενημέρωση ήταν όρθια και πολλές φορές μπροστά στο παιδί. Η αντιμετώπιση της ασθένειας ήταν ικανοποιητική».

- *«Είστε ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο;»*

Οι ερωτώμενοι συνοδοί αξιολογούν θετικά τη νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο. Όπως φαίνεται και από τις απαντήσεις τους, δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα, εστιάζοντας στον ασθενή «παιδί» και στην ικανοποίηση των ιδιαίτερων αναγκών του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ενδεικτικά αναφέρουν:

«Ναι είμαι πολύ ικανοποιημένος. Φρόντισαν πολύ την κόρη μου. Έλαβε σωστή φροντίδα. Είχαν επαγγελματική κατάρτιση, ότι θέλαμε μας το παρείχαν. Ενδιαφέρονται συνέχεια για εμάς».

«Σε ένα βαθμό είμαι ικανοποιημένη. Το νοσοκομείο έχει να κάνει με παιδιά. Οι συνθήκες δεν είναι κατάλληλες. Θα πρέπει να υπάρχει ευαισθησία όσον αφορά τα παιδιά, θέλει ιδιαίτερους χειρισμούς στα παιδιά. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να προσεγγίζει με ευγένεια και κατανόηση. Πρέπει να καλύψει τα κενά του νοσοκομείου».

- *«Ποιες είναι οι εντυπώσεις σας από την ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου;»*

Σε γενικές γραμμές, οι εντυπώσεις από τις διοικητικές υπηρεσίες δεν είναι καλές, όπως φαίνεται από τις απαντήσεις των ερωτώμενων συνοδών. Παρατηρούνται προβλήματα που σχετίζονται με έλλειψη προσωπικού, ή ελλείψεις γενικότερα, οι οποίες περιορίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών.

«Παρατηρώ μια ανεπάρκεια όσον αφορά στο προσωπικό. Έχω αναγκαστεί να πάω εγώ ο ίδιος τις αιματολογικές εξετάσεις του παιδιού μου εκτός νοσοκομείου, ενώ δεν είναι δική μου δουλειά, Η διοίκηση θα έπρεπε να το φροντίσει αυτό.»

«Δεν έχω απευθυνθεί ποτέ στη διοίκηση. Θα μπορούσαν οι υπηρεσίες να είναι ανώτερου επιπέδου, αλλά οι ελλείψεις είναι πολλές».

Αντίστοιχα μία ερωτώμενη συνοδός, αναφέρεται στις διαστάσεις της κατανόησης και εξυπηρέτησης υποστηρίζοντας ότι:

«Απευθύνθηκα στη διοίκηση και σε δύο ημέρες είχε βρεθεί μόνωση για τη νοσηλεία του παιδιού μου».

6.3.4 Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών

Στην παρούσα ενότητα επιχειρείται η γενική αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου από τους συνόδους των ασθενών. Οι ερωτήσεις αφορούν τις προσδοκώμενες υπηρεσίες και τις υπηρεσίες που τελικά έλαβε ο χρήστης από το νοσοκομείο, την αξιολόγηση των υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου, καθώς και την καταγραφή των προβλημάτων/ελλείψεων που παρατηρούνται ή εντοπίζονται σε αυτό. Επίσης, οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση εάν θα συστήνανε το νοσοκομείο σε κάποιον δικό τους άνθρωπο με παρόμοιο πρόβλημα υγείας.

- *«Με βάση τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, προσπαθήστε να συγκρίνετε τις προσδοκώμενες υπηρεσίες (πως περιμένατε να είναι) και τις υπηρεσίες που τελικά λάβατε»*

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων συνοδών έμειναν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου από αυτό που προσδοκούσαν.

«Θα περίμενα καλύτερες συνθήκες διαμονής και καθαριότητας».

«Θα έπρεπε να υπήρχε η κατάλληλη κλινική ανάλογα με το περιστατικό. Να υπάρχει ξεχωριστή αίθουσα αναμονής έξω από την κλινική. Να υπήρχε χώρος για παιχνίδι για τα παιδιά. Να υπήρχε χώρος για τους γονείς όταν νοσηλεύονται τα παιδιά τους.

Να υπήρχε προσωπικό που να απασχολούν τα παιδιά, παιχνίδι, κλόουν, χειροτεχνία, κ.ά.».

Αντίθετα, μία συνοδός υποστηρίζει:

«Δεν περίμενα κάτι καλύτερο. Για αυτά που περίμενα είμαι ικανοποιημένη. Θα έπρεπε όμως το ιατρικό προσωπικό να είναι πιο εκπαιδευμένο σε εξειδικευμένες περιπτώσεις».

- *«Πως αξιολογείτε τις υποδομές του νοσοκομείου; Θεωρείτε πως υπάρχει κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή (π.χ. επάρκεια κλινών, σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κ.ά);»*

Όλοι οι ερωτώμενοι συνοδοί αξιολογούν πολύ χαμηλά τις υποδομές του νοσοκομείου, παρατηρώντας σοβαρότατες ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, αλλά και στο κτιριακό συγκρότημα.

Είναι χαρακτηριστικές όλες οι απαντήσεις τους:

«Όχι δεν θεωρώ πως υπάρχει. Στους τοίχους φαίνονται οι σοβάδες, καλώδια κρέμονται, τα μπάνια δεν είναι ανακαινισμένα. Δεν υπάρχει μαγνητικός τομογράφος, για αγγειογραφία πήγαμε σε άλλο νοσοκομείο, δεν γίνονται όλες οι αιματολογικές εξετάσεις εδώ».

«Όχι βέβαια, οι συνθήκες είναι απαράδεκτες. Δεν υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός για ένα παιδί, για τις βασικές καθημερινές ανάγκες. Λίγα κρεβάτια. Δεν υπάρχει χώρος για να ξεκουράζεται ο γονέας. Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός είναι ανεπαρκής, πολύ χαμηλό επίπεδο όσον αφορά το υλικό».

«Πιστεύω πως δεν υπάρχει υποδομή. Είναι όλα παλιά, δεν υπάρχουν υλικά για την περιποίηση του παιδιού. Νομίζω πως τα κρεβάτια δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες. Όλη η Ελλάδα έρχεται εδώ. Όλα τα ακτινολογικά μηχανήματα είναι παλιά και έτσι πάνε πίσω όλα τα παιδιά».

- *«Πως αξιολογείτε το ανθρώπινο δυναμικό (προσωπικό) του νοσοκομείου;»*

Σε γενικές γραμμές, οι ερωτώμενοι συνοδοί αξιολογούν θετικά το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου, ειδικότερα τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Παρατηρούν κάποια προβλήματα σε θέματα καθαριότητας και υγιεινής, συμπεριφοράς των ιατρών, ωστόσο αναγνωρίζουν τις προσπάθειες του προσωπικού του νοσοκομείου, με βάση τα δεδομένα που επικρατούν.

«Είναι όλοι ευγενικοί και επαγγελματίες. Προσφέρουν όσο περισσότερο μπορούν με βάση τις συνθήκες και την έλλειψη προσωπικού».

«Το προσωπικό είναι αξιόλογο. Κάνουν προσπάθειες με βάση τις συνθήκες εργασίας».

Μία συνοδός, δεν δείχνει να είναι ικανοποιημένη αναφέροντας ενδεικτικά:

«Μια μέτρια κατάσταση. Στο θέμα της υγιεινής θα μπορούσε το συνεργείο καθαρισμού να κάνει πιο εντατική δουλειά. Όσον αφορά στο ακτινολογικό π.χ. η αναμονή είναι πολύ μεγάλη. Το νοσηλευτικό προσωπικό με βάση τα δεδομένα κάνει καλή δουλειά. Οι ιατροί είναι έτσι και έτσι. Πολλές φορές δεν συμπεριφέρονται καλά».

- *«Ποια είναι τα προβλήματα ή οι ελλείψεις που παρατηρήσατε (εντοπίσατε) στο νοσοκομείο;»*

Όλοι οι ερωτώμενοι συνοδοί κάνουν λόγο για την έλλειψη προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού), ενώ εστιάζουν στην ακατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή (π.χ. παλιός ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, ελλείψεις ιατρικού υλικού και φαρμάκων).

«Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, παλιά μηχανήματα, υλικό για τα παιδιά. Δεν υπάρχουν αναλώσιμα υλικά, η ποιότητά τους είναι απαράδεκτη. Οι γάζες είναι χάλια».

«Όχι αρκετό ανθρώπινο προσωπικό, λιγότερο από τις απαιτήσεις του νοσοκομείου. Το υλικό είναι άθλιο. Έλλειψη παροχής φαρμάκων. Το παιδί μου έχει χρειαστεί να τρυπηθεί πολλές φορές γιατί τα υλικά δεν είναι καλά».

«Υλικοτεχνική υποδομή (μαξιλάρια, πετσέτες), έλλειψη προσωπικού στις βάρδιες, ιατρικός εξοπλισμός, μέριμνα για τους συνοδούς (κάποιο κρεβάτι για διανυκτέρευση)».

- *«Θα συστήνατε το νοσοκομείο σε κάποιο φίλο ή γνωστό με παρόμοιο πρόβλημα;»*

Όλοι οι ερωτώμενοι θα πρότειναν το νοσοκομείο σε κάποιο φίλο ή γνωστό με παρόμοιο πρόβλημα ανεπιφύλακτα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο της ευρύτερης ανάπτυξης και της προσπάθειας να εκσυγχρονιστεί ο χώρος της δημόσιας διοίκησης, πραγματοποιήθηκαν αρκετές αλλαγές και στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι αλλαγές έχουν προχωρήσει σταδιακά από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, καθώς οι διοικήσεις των νοσοκομείων εμφάνισαν ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Η σημασία και η αναγκαιότητα της ΔΟΠ στις μονάδες υγείας δεν επιδέχεται καμία αμφισβήτηση. Η προσέγγιση της διοίκησης ποιότητας προσφέρει μια σημαντική βοήθεια στους διοικούντες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι βρίσκονται αντιμέτωποι με το καθήκον αύξησης της αποδοτικότητας αλλά και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Η πιθανή αξία των προγραμμάτων ΔΟΠ στις μονάδες υγείας, ειδικότερα τα νοσοκομεία, είναι πολύ σημαντική. Η σημασία της αναφέρεται στην ικανοποίηση των εργαζομένων, στις αντιλήψεις για το οργανωτικό κλίμα του οργανισμού και στις γενικές απόψεις αναφορικά με την κατάσταση του χώρου εργασίας. Συνεπώς αποδεικνύεται τόσο η σημαντικότητα του ανθρώπινου δυναμικού όσο και η κριτική άποψη του χρήστη των υπηρεσιών, ως οι βασικότεροι συντελεστές παραγωγής μιας σύγχρονης νοσοκομειακής μονάδας.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την διερεύνηση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού». Τα αποτελέσματα της έρευνας στηρίζονται αποκλειστικά στην καταγραφή και αξιολόγηση των απόψεων του ανθρώπινου δυναμικού και των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου, σε μια προσπάθεια ανάδειξης χρήσιμων στοιχείων που σχετίζονται με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου αλλά και των σημείων εκείνων που χρήζουν ιδιαίτερη προσοχή και βελτίωση.

7.1 Ανθρώπινο δυναμικό

7.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου που συμμετέχει στην έρευνα, αποτελείται από διευθυντές και προϊσταμένους. Πρόκειται για στελέχη μεγάλα σε ηλικία (άνω των 50 ετών), αλλά πολύ έμπειρα με έτη προϋπηρεσίας (ΜΟ=31,86 έτη) καθώς και αρκετά υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

7.1.2 Management

Το ζήτημα της αποτελεσματικής διοίκησης-ηγεσίας αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα το οποίο απασχολεί όλους εκείνους που επιδιώκουν την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την προσωπική βελτίωση και την κοινωνική πρόοδο. Η σύνδεση της άσκησης της διοίκησης με την άσκηση της ηγεσίας αποτελεί διαρκές ζητούμενο, το οποίο σύμφωνα με την έρευνα, προϋποθέτει την αφομοίωση των χαρακτηριστικών του ηγέτη, από τα πρόσωπα που ασκούν τη διοίκηση στον οργανισμό. Η διοίκηση είναι μια μορφή ηγεσίας που πρέπει να διέπεται από τους κανόνες του σωστού ηγέτη και θα πρέπει να συνδέεται με την ηγεσία σε μια συνεργασία αγαστή. Η έρευνα αναδεικνύει την αναγκαιότητα της ύπαρξης ηγετών στο χώρο της διοίκησης, καθώς όπως υποστηρίζεται για να ασκήσεις διοίκηση, θα πρέπει να είσαι σωστός ηγέτης, να έχεις καινοτόμες ιδέες.

Η έρευνα διαπιστώνει ότι ένα διοικητικό στέλεχος είναι σε θέση να ασκήσει management και ηγεσία. Οι διαφορές μεταξύ των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών ενός manager και ενός ηγέτη, καθιστούν δύσκολη την συνύπαρξη διοίκησης και ηγεσίας ταυτόχρονα από ένα διοικητικό στέλεχος. Ωστόσο με την ικανότητα, τις κατάλληλες γνώσεις, εμπειρία και μόρφωση, ένα διοικητικό στέλεχος θα μπορούσε να συνδυάσει management και ηγεσία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι κύριες ενέργειες και δράσεις της διοίκησης του νοσοκομείου πρέπει να είναι αναμφίβολα η ενθάρρυνση της ομαδικής εργασίας, ο συντονισμός και ο έλεγχος όλων των διοικητικών λειτουργιών, ο προγραμματισμός για την επίτευξη των στόχων και ο γενικός συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να διαπιστωθεί μια σύγκρουση στον εργασιακό χώρο είναι πολλοί. Τα στελέχη του νοσοκομείου σημειώνουν την μειωμένη αποδοτικότητα, την αποχή από την εργασία, την ανάρμοστη συμπεριφορά και την έλλειψη επικοινωνίας. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο προκαλούν πολλαπλά προβλήματα, επηρεάζοντας την απόδοση του εργαζόμενου αλλά και συνολικά, λειτουργώντας ως ανασταλτικός παράγοντας επίτευξης των στόχων του οργανισμού.

7.1.3 Συμμετοχή στη δομή και την οργάνωση του νοσοκομείου

Στα δημόσια νοσοκομεία, όπου τα άτομα που συμμετέχουν στη διοίκηση προέρχονται από πολλούς και διαφορετικούς χώρους, είναι δυνατόν μην διακρίνονται για την αντικειμενικότητά τους, με αποτέλεσμα , η οργανωτική δομή του οργανισμού να μην είναι ξεκάθαρη σε ορισμένες περιπτώσεις. Δυστυχώς, όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα της έρευνας, το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου θεωρεί πως στο χώρο εργασίας του δεν είναι ξεκάθαρες οι αρμοδιότητες του κάθε εργαζόμενου με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση των αρμοδιοτήτων και των πράξεων του κάθε ατόμου. Κάθε είδους οργανισμός αποτελείται από άτομα, η συμπεριφορά των οποίων καθορίζει σε πολύ σημαντικό βαθμό, την αποτελεσματική λειτουργία του.

Την ίδια στιγμή, η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί πως στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται, δεν είναι ξεκάθαρα αντιληπτή και γνωστή σε όλους τους ενδιαφερόμενους, η ιεραρχική και οργανωτική δομή του οργανισμού και αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη κατάλληλης ενημέρωσης, αλλά και στον καταμερισμό ευθυνών. Παρόλα αυτά, υπάρχει ένα ποσοστό του δείγματος που αναφέρει πως η ιεραρχική και οργανωτική δομή του οργανισμού είναι αντιληπτή και γνωστή σε όλους τους ενδιαφερόμενους και γίνονται τα κατάλληλα σεμινάρια στους νεοδιοριζόμενους υπαλλήλους.

Στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, στις περιπτώσεις όπου υφίσταται και πραγματοποιείται επικοινωνία από την πλευρά της διοίκησης προς όλους τους ενδιαφερομένους, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει πως αυτό γίνεται μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων και ανακοινώσεων, ενώ κάποιες φορές με έκτακτες συναντήσεις, όταν κρίνεται απαραίτητο. Δυστυχώς, δεν φαίνεται να πραγματοποιούνται

προγραμματισμένες συναντήσεις ή συστηματικές συναντήσεις στο χώρο εργασίας των ατόμων καθώς επίσης και προσωπικές συζητήσεις.

Η ποιότητα των υπηρεσιών πρέπει να αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για το νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων θεωρεί ότι η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για το νοσοκομείο, και όταν αυτό δε συμβαίνει, οφείλεται στις ελλείψεις σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό. Το κόστος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα και η εφαρμογή της ΔΟΠ μπορεί να βοηθήσει έναν οργανισμό να επιβιώσει.

7.1.4 Γενική αξιολόγηση

Το στυλ με το οποίο επιλέγεται να ασκηθεί η διοίκηση είναι από αυταρχικό έως συμμετοχικό και λιγότερο δημοκρατικό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η άσκηση της διοίκησης γίνεται αντιληπτή είτε ως «προσωποκεντρική» και «σκληρή» που παίρνει τις ευθύνες επάνω της, είτε ως «εξουσιοδοτική» που θέλει να δώσει αρμοδιότητες και ακολουθεί μια κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Την ίδια στιγμή, όλοι οι ερωτώμενοι φαίνεται να μην είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο άσκησης της διοίκησης στο νοσοκομείο, ο οποίος παρουσιάζει σοβαρές ελλείψεις που σχετίζονται με την επικοινωνία, τον συντονισμό και την συμμετοχικότητα. Είναι ξεκάθαρο πως πολλά από τα σημαντικότερα προβλήματα στην άσκηση της διοίκησης έχουν άμεση σχέση με τον ανθρώπινο παράγοντα, ο οποίος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που επηρεάζουν την αποτελεσματική διοίκηση.

Το σταθερό σύστημα των κανόνων θεωρείται ως αποτελεσματική αρχή των νοσοκομειακών μονάδων ως οργανισμών. Οι κανόνες του νοσοκομείου είναι οι οδηγοί ή τα επίσημα όρια για τις πράξεις που πραγματοποιούνται εντός του χώρου του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δεν φαίνεται να υπάρχει αναπτυγμένο ένα σύστημα κανόνων που να προσδιορίζει τα όρια πράξεων και τις υπευθυνότητες του κάθε εργαζόμενου. Ο σημαντικότερος λόγος για αυτό είναι η ανεπαρκής στελέχωση και η έλλειψη προσωπικού, πρόβλημα το οποίο χαρακτηρίζεται ως το πιο σημαντικό για τη διοίκηση των νοσοκομείων.

Ωστόσο πέρα από αυτά, το κύριο χαρακτηριστικό του κάθε οργανισμού είναι πως αποτελείται από άτομα, προδιαγράφοντας και εδώ την πολύ μεγάλη σημασία του ανθρώπινου παράγοντα, στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, όλοι οι οργανισμοί οφείλουν και πρέπει να προβούν στην ανάπτυξη μίας συστηματικής δομής η οποία να προσδιορίζει τους επίσημους ρόλους, καθώς και να περιορίζει την συμπεριφορά των μελών της.

Παράλληλα, παρουσιάζονται περιπτώσεις στις οποίες ακόμα και αν ο εργαζόμενος διαθέτει το κατάλληλο εκπαιδευτικό υπόβαθρο, δεν εμφανίζει το παραμικρό ίχνος εμπειρίας, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει στις δύσκολες διοικητικές συνθήκες μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου λοιπόν, να αντιληφθούμε τον τρόπο με τον οποίο καταρτίζεται το προσωπικό στον τομέα της υγείας, προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε τους τρόπους και τα μέσα, με τα οποία εκπαιδεύονται.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων υποστηρίζει πως στο νοσοκομείο ακολουθούνται διαδικασίες συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με την εκπαίδευση του προσωπικού. Οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου, φαίνεται να εκπαιδεύονται και να καταρτίζονται μέσα από την παρακολούθηση σεμιναρίων, εκπαίδευσης, καθώς και συνεχούς ενημέρωσης σε θέματα ασφάλειας και υγιεινής. Αντίθετα, δεν φαίνεται να ακολουθούνται πρακτικές κατάρτισης που να ενισχύουν την συμμετοχή σε έρευνες, σε ομαδικές εργασίες για τη βελτίωση του συνεργατικού πνεύματος και σε προτάσεις βελτίωσης γενικότερα.

Αναφορικά με τις τεχνικές αποφυγής συγκρούσεων εντός του εργασιακού χώρου, αυτές δείχνουν να μην εφαρμόζονται από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Μάλιστα, για κάποιους, η ίδια η διοίκηση είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο. Η διοίκηση δεν αναθέτει συγκεκριμένα καθήκοντα στο προσωπικό και δεν δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για τη σωστή συνεργασία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν τριβές και κακή επικοινωνία ανάμεσα στους εργαζομένους. Συνεπώς, για να εφαρμοστούν τέτοιου είδους τεχνικές, απαιτείται αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας του νοσοκομείου.

7.2 Χρήστες των υπηρεσιών

7.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου που συμμετέχουν στην έρευνα, αποτελείται από τους συνοδούς των ασθενών (παιδιών ή εφήβων). Πρόκειται για τους γονείς των παιδιών που νοσηλεύονται (πατέρας ή μητέρα), είναι σχετικά νέοι σε ηλικία (κάτω των 50 ετών), ενώ το μορφωτικό τους επίπεδο κυμαίνεται από μέση έως ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση.

7.2.2 Διαδικασίες εισαγωγής

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί πάντα μια κρίσιμη διαδικασία για τον ασθενή και τους οικείους του, πολύ δε περισσότερο όταν αυτός ο ασθενής είναι παιδί ή έφηβος. Η αξιολόγηση των διαδικασιών εισαγωγής είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν την πρώτη εικόνα που λαμβάνει ο χρήστης των υπηρεσιών για το νοσοκομείο. Πιθανές καθυστερήσεις σε αυτές διαδικασίες αγχώνουν τον ασθενή ή προκαλούν ενδεχομένως τον εκνευρισμό των συνοδών, με αποτέλεσμα την ύπαρξη σημαντικών δυσκολιών στη συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Αντίθετα ένα περιβάλλον που αγκαλιάζει με ζεστασιά τον νεοεισερχόμενο στο νοσοκομείο, αναμφίβολα προδιαθέτει θετικά τους χρήστες για την περαιτέρω συνεργασία. Στη δημιουργία αυτού του περιβάλλοντος θετική συμβολή είναι η ικανότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου αναφορικά με την άμεση υποδοχή του χρήστη των υπηρεσιών του, χωρίς να αναγκάζεται να σπαταλά χρόνο προσπαθώντας να «βρει» την κατάλληλη υπηρεσία. Επίσης, η συνολική στάση του συνοδού και του ασθενή στις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου, καθορίζεται καίρια από την συμπεριφορά των στελεχών υποδοχής.

Η παρούσα έρευνα αξιολόγησε τρεις διαστάσεις που συνιστούν τις διαδικασίες εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο: τις διαδικασίες ενημέρωσης, την ταχύτητα εξυπηρέτησης των χρηστών, καθώς και τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού προς τους χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Η πλειοψηφία των συνοδών που αξιολόγησαν την ενημέρωση για τις διαδικασίες εισαγωγής δεν έχουν καλές εντυπώσεις. Το συγκεκριμένο εύρημα αποτελεί ένδειξη ότι υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης των υπηρεσιών στον τομέα αυτό. Χρήσιμοι παράγοντες στον τομέα της ενημέρωσης σχετίζονται με το κατά πόσο ο συνοδός στο χώρο υποδοχής είναι γνώστης από την πρώτη στιγμή των διαδικασιών που θα πρέπει να ακολουθήσει, την δυνατότητα επικοινωνίας του συνοδού με κάποιο στέλεχος του νοσοκομείου για την διευκόλυνσή του, καθώς και η ύπαρξη σημείων ενημέρωσης που φαίνονται να υπάρχουν στο νοσοκομείο για την εξυπηρέτηση των χρηστών.

Αναφορικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, όλοι οι συνοδοί έχουν πολύ καλές εντυπώσεις, ωστόσο εκτιμάται ότι χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια από την πλευρά του νοσοκομείου προκειμένου να μειωθεί ο χρόνος αναμονής για την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Για τη βελτίωση αυτής της εικόνας του νοσοκομείου, βασικά βήματα αποτελούν η καταγραφή των διαδικασιών και του χρόνου εισαγωγής, η αναζήτηση των αιτιών που δημιουργούν προβλήματα στην καθυστέρηση και τρόπων που θα επιλύσουν το κάθε πρόβλημα ξεχωριστά, καθώς πιθανόν και η ενίσχυση της ενημέρωσης των συνοδών σχετικά με το χρόνο αναμονής.

Η συμπεριφορά των στελεχών αποδεικνύεται ότι αποτελεί ένα από τα δυνατότερα σημεία του νοσοκομείου αναφορικά με τις διαδικασίες εισαγωγής. Όλοι οι συνοδοί έμειναν ικανοποιημένοι από τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού, γεγονός που δείχνει ότι το προσωπικό καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες για την εξυπηρέτηση των ασθενών, χωρίς όμως να παραγνωρίζονται τα περιθώρια βελτίωσης που υπάρχουν (π.χ. ταχύτητα εξυπηρέτησης).

7.2.3 Προσφερόμενες υπηρεσίες

Το νοσοκομειακό προϊόν είναι δυνατόν να περιγραφεί ως το αποτέλεσμα μιας πολυπαραγοντικής διαδικασίας, το κάθε στάδιο της οποίας συνεισφέρει στο πλαίσιο του καθορισμού και της αξιολόγησης της αποδοτικότητας. Σύμφωνα με τον Breyer (1987), αυτοί οι δείκτες της ενδονοσοκομειακής δραστηριότητας κατηγοριοποιούνται συνήθως σε σχέση με το στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας του οποίου το αποτέλεσμα μετράται (Πολύζος, 1999). Η παραγωγική χρήση των πόρων του νοσοκομείου αυξάνει

την αποδοτικότητα των υπηρεσιών, διασφαλίζοντας την άριστη επίπτωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Στο τελικό νοσοκομειακό αποτέλεσμα (outcome) περιλαμβάνεται η βελτίωση ή τουλάχιστον η διατήρηση του επιπέδου υγείας του νοσηλευομένου, καθώς και η δυνατότητα ικανοποίησης της ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες, στοιχεία που σε ένα μέρος αποδίδονται από τους δείκτες χρησιμοποίησης του νοσοκομείου αλλά και από τις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ασθενή (outcome evaluation). Στο πλαίσιο αυτό ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν συγκεκριμένες διαστάσεις των υπηρεσιών του νοσοκομείου, όπως της ιατρικής φροντίδας, της νοσηλευτικής φροντίδας και των διοικητικών υπηρεσιών.

Η έρευνα αξιολογεί την ιατρική φροντίδα στις διαστάσεις της ενημέρωσης και της αντιμετώπισης της ασθένειας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, παρατηρείται ότι η αντιμετώπιση της ασθένειας αξιολογείται υψηλότερα από τους συνοδούς σε σχέση με την ενημέρωση. Η ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού (επιστημονικές γνώσεις, εμπειρία και επαγγελματική ευσυνειδησία) θεωρείται ως το περισσότερο σημαντικό χαρακτηριστικό της ιατρικής φροντίδας, για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Αντίστοιχα στον τομέα της ενημέρωσης παρατηρούνται ελλείψεις, ενώ αναφέρονται προβλήματα συμπεριφοράς και συντονισμού.

Το αποτέλεσμα αυτό θα πρέπει να οδηγήσει τη διοίκηση του νοσοκομείου σε πολιτικές ενίσχυσης του τομέα της ενημέρωσης των ασθενών για την πορεία της νόσου αλλά και για τη ζωή του ασθενούς μετά τη χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Η μετα-νοσοκομειακή φροντίδα σε συνεργασία με τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί έναν τομέα στον οποίο το νοσοκομείο θα ήταν πολύ χρήσιμο να επικεντρώσει την αναπτυξιακή πολιτική του. Η ανάγκη των συνοδών των ασθενών για αντιληπτές οδηγίες σχετικά με τον τρόπο διαβίωσης μετά τη θεραπεία αλλά και αναλυτική ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας εμφανίζεται αυξημένη.

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τις διαστάσεις της περιποίησης/φροντίδας, της άμεσης εξυπηρέτησης, της συμπεριφοράς/ευγένειας και τη κατανόησης/προθυμίας. Μέσα από αυτές τις διαστάσεις, η παροχή ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας που προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενή, αξιολογείται υποκειμενικά από τον ασθενή σύμφωνα και με τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης και δεοντολογίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η περιποίηση/φροντίδα και η κατανόηση/προθυμία αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο, η οποία αξιολογείται θετικά από τους χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά περιθώρια βελτίωσης τα οποία ενδεχομένως να σχετίζονται με την ανάγκη πρόσληψης επιπλέον προσωπικού (νοσηλευτές) που θα βελτιώσει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου θα πρέπει να συνδυαστεί με την ικανοποίηση του προσωπικού, καθώς οι νοσηλευτές είναι αυτοί που βρίσκονται σε συνεχή και καθημερινή επαφή με τους ασθενείς με αποτέλεσμα τυχόν μη ικανοποίησή τους από τον εργασιακό τους χώρο έχει άμεσο αντίκτυπο στον ασθενή.

Αναφορικά με τις διοικητικές υπηρεσίες, οι εντυπώσεις σε γενικές γραμμές δεν είναι καλές, καθώς παρατηρούνται προβλήματα που σχετίζονται με έλλειψη προσωπικού, ή ελλείψεις γενικότερα, οι οποίες περιορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών.

7.2.4 Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου και κατά συνέπεια η συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου βασίζεται στις απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών από τις προσδοκώμενες υπηρεσίες και τις υπηρεσίες που τελικά έλαβε από το νοσοκομείο, τις υποδομές του νοσοκομείου, το ανθρώπινο δυναμικό (προσωπικό), καθώς και τα προβλήματα ή ελλείψεις που παρατηρούνται ή εντοπίζονται στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι συνοδοί έμειναν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου από αυτό που προσδοκούσαν. Αξιολογώντας τις υπηρεσίες του νοσοκομείου προ και μετά τη χρήση, η τελική εικόνα που παραμένει στον χρήστη είναι χειρότερη από την αναμενόμενη. Το συγκεκριμένο εύρημα δείχνει την ύπαρξη κάποιου ελλείμματος στην προσέγγιση των χρηστών του νοσοκομείου κατά την είσοδό τους σε αυτό, αλλά και στην πολιτική επικοινωνίας του νοσοκομείου στην κοινωνία γενικότερα. Αυτό που φαίνεται κυρίαρχο στην αντίληψη των ασθενών αφορά τον τρόπο προσέγγισης του ασθενούς, καθώς οι περισσότεροι χρήστες επιθυμούν αναλυτική ενημέρωση των βασικών σημείων για τα προβλήματά τους. Η ικανοποίηση του

ασθενούς συνδέεται άμεσα από το «πώς» ο χρήστης των υπηρεσιών θα αντιληφθεί το ενδιαφέρον που «δείχνει» το σύστημα περίθαλψης σχετικά με τα προβλήματά του.

Η τελική εικόνα του νοσοκομείου προς τους χρήστες μάλλον επηρεάζεται και από τη χαμηλή αξιολόγηση των χρηστών των υπηρεσιών για τις υποδομές του νοσοκομείου, παρατηρώντας σοβαρότατες ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, αλλά και στο κτιριακό συγκρότημα. Αντίθετα το ανθρώπινο δυναμικό (προσωπικό) του νοσοκομείου αξιολογείται θετικά από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που βελτιώνει τελικά τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου. Όπως προκύπτει από την έρευνα, οι υποδομές του νοσοκομείου αποτελούν το αδύνατο σημείο στη διαμόρφωση της τελικής εικόνας από τους συνοδούς, ενώ αντίθετα το ανθρώπινο δυναμικό ειδικά στις νοσηλευτικές υπηρεσίες αποτελεί ένα από τα δυνατά σημεία του νοσοκομείου.

Τελικά εκτιμάται, ότι οι χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου μένουν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Για το λόγο αυτό όλοι οι ερωτώμενοι θα πρότειναν το νοσοκομείο σε κάποιο φίλο ή γνωστό με παρόμοιο πρόβλημα.

Συγκριτική παρουσίαση μελετών

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι καμία από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί έως τώρα (στον διεθνή αλλά και στον Ελλαδικό χώρο), δεν έχει αναδείξει την πλήρη ανταπόκριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσηλευτικών μονάδων στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών (Headley & Miller, 1993; Youssef et al., 1995; Tomes & Chee Peng, 1995; Lam, 1997; Iyer & Muncy, 2004; Λαζάρου, 2005; Karassavidou et al., 2009; Papanikolaou & Zygiaris, 2012; Ιωσηφίδου 2012). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων, οι προσδοκίες κυμαίνονταν σε πολύ υψηλά επίπεδα, ενώ το γενικό χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων δεν είναι μεγάλο, γεγονός το οποίο δεν συμβαδίζει απόλυτα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Από την άλλη, εξετάζοντας έρευνες που σχετίζονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσω της ικανοποίησης των ασθενών, διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματά τους συμφωνούν με τα αντίστοιχα της έρευνας, καθώς το ποσοστό ικανοποίησής τους κυμαίνεται σε μέτρια έως αρκετά υψηλά επίπεδα κατά μέσο όρο (Κυριόπουλος και συν., 1993; Μερκούρης, 1996; Σουλιώτης και συν., 2002; Ραφτόπουλος, 2002; Σουλιώτης και συν., 2003; Πολύζος και συν., 2005; Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008; Αλετράς και συν., 2009; Νικολάου, 2011).

Συγκεντρωτικά, τα προβλήματα ποιότητας που φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ελλάδα αναφέρονται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού, στους μεγάλους χρόνους αναμονής, στην έλλειψη υλικοτεχνικού υλικού και σύγχρονου εξοπλισμού, στην ταχύτητα εξυπηρέτησης, στην συμπεριφορά του προσωπικού υγείας, στην ελλιπή ενημέρωση και πληροφόρηση των ασθενών, καθώς και στην καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου.

Για τον λόγο αυτό, οι διοικήσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να εστιάσουν και να αναπτύξουν τις ανάλογες στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε διαστάσεις αξιοπιστίας και ανταπόκρισης, προκειμένου να υπάρξει ουσιαστικό αποτέλεσμα στη βελτίωση της ποιότητας.

Λαμβάνοντας υπόψη την συγκριτική παρουσίαση των μελετών που προηγήθηκε, η εξαγωγή ορισμένων βασικών συμπερασμάτων αναφορικά με την ποιότητα των μονάδων υγείας στην Ελλάδα, καθώς και των προβλημάτων ποιότητας και ελλείψεων που εντοπίζονται, κρίνεται απαραίτητη. Παρά το γεγονός ότι τα στοιχεία ανά μονάδα υγείας και ανά περιοχή διαφέρουν λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν, παρατηρείται ότι σε γενικά πλαίσια τα σημαντικότερα σημεία είναι κοινά.

Τα προβλήματα ποιότητας που εντοπίζονται πηγάζουν κυρίως από την παλαιότητα των υποδομών των περισσότερων ιδρυμάτων της χώρας, την ελλιπή και προβληματική χρηματοδότησή τους, τους κρατικούς μηχανισμούς προσλήψεων προσωπικού υγείας καθώς και προμηθειών, αλλά και την ελλιπή παρακίνηση και εκπαίδευση του προσωπικού υγείας. Βεβαίως σε όλα αυτά, καταλυτική υπήρξε η οικονομική ύφεση της χώρας, από το 2008 έως και σήμερα, και οτιδήποτε αυτή συνεπάγεται.

Περιορισμοί της έρευνας

Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να τονιστούν ορισμένοι περιορισμοί που διέπουν την παρούσα έρευνα, και οι οποίοι αφορούν τη μεθοδολογία και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε.

Στις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν η ερευνήτρια χρησιμοποίησε ένα τυποποιημένο «πρωτόκολλο» συνέντευξης με συγκεκριμένες ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αφορούσαν αποκλειστικά σε ορισμένους μόνο τομείς του υπό διερεύνηση θέματος, με αποτέλεσμα οι ερωτώμενοι ίσως να υφίστανται έναν περιορισμό έκφρασης των απόψεων και στάσεών τους.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας, δεν αποτέλεσε ήδη υπάρχουσα σταθμισμένη κλίμακα, αλλά δημιουργήθηκε, βασισμένο σε βιβλιογραφική ανασκόπηση και σε εργαλεία άλλων μελετητών και προσαρμόστηκε σύμφωνα με το σκοπό της παρούσας μελέτης με βάση την εμπειρία του μελετητή.

Παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο δείγμα δεν εξυπηρετεί ούτε τους στόχους αλλά ούτε τους σκοπούς μιας ποιοτικής έρευνας, τα αποτελέσματα που προέκυψαν δεν χρήζουν γενίκευσης στο σύνολο των νοσοκομείων. Πιθανότητα, μια μεθοδολογία η οποία θα συνδύαζε ποιοτική αλλά και ποσοτική συλλογή στοιχείων, να ανέδειχνε επιπλέον τομείς σχετικούς με τη θεματολογία της παρούσας μελέτης.

Συμπεράσματα

Το υγειονομικό σύστημα της χώρας, τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς ωστόσο να θεωρείται ως ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις των τελευταίων ετών, ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας, χρηματοδότησης και αποτελεσματικότητας, ανισοτήτων πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών, ανύπαρκτης δημόσιας υγείας, παρουσιάζοντας πληθωρισμό ιατρών και μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό.

Τα νοσοκομεία ως πολυσύνθετοι και πολύπλοκοι οργανισμοί, λειτουργούν μέσα σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στο οποίο πρέπει κάθε φορά να προσαρμόζονται, προκειμένου να ανταποκρίνονται στην απαίτηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η διάκρισή τους με βάση τη νομική τους μορφή κατέχει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο λειτουργίας τους, στη θέσπιση των σκοπών που δικαιολογούν την ύπαρξή τους, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο ασκείται το management. Αναφορικά με τους σκοπούς που διέπουν τη λειτουργία τους, οι στόχοι των δημόσιων νοσοκομείων είναι πιο ακαθόριστοι σε σχέση με τα ιδιωτικά, σχετίζονται γενικά με την ισότητα και τη δικαιοσύνη στη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ υφίστανται κρατικούς ελέγχους που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε πολιτικές δυνάμεις.

Στα δημόσια νοσοκομεία, η σημασία της ΔΟΠ και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σχετίζεται με τη βέλτιστη ανταπόκριση στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των πολιτών/πελατών, καθώς και στην ορθολογικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων προκειμένου να επιτευχθεί αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και συνεπώς μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία ειδικότερα σε περιόδους ύφεσης είναι μείζονος σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία της κάθε μονάδας, δεδομένης της αναγκαστικής περικοπής των δαπανών υγείας.

Συμπερασματικά, η ποιότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου αποδείχθηκε να αποκλίνει από τις προσδοκίες των ασθενών. Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου είναι χαμηλότερη της προσδοκώμενης ποιότητας που ταιριάζει σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Ωστόσο, τα προβλήματα και οι ελλείψεις ποιότητας που διαγνώστηκαν από την έρευνα δύναται να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει αυτά που πηγάζουν από την πολιτική και τις αποφάσεις του κράτους σχετικά με τη δημόσια υγεία, ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει αυτά τα οποία εξαρτώνται από τη λειτουργία της διοίκησης του νοσοκομείου και αποτελούν ευθύνη της.

Η έλλειψη προσωπικού υγείας αφορά το σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας ως απόρροια της εκάστοτε πολιτικής προσλήψεων του κρατικού μηχανισμού, η οποία τα τελευταία χρόνια πάγωσε τις διαδικασίες αυτές εξαιτίας των προσπαθειών μείωσης των δημόσιων δαπανών και των δαπανών υγείας. Επιπλέον, οι σημαντικές ελλείψεις ποιότητας που παρατηρήθηκαν και στην υλικοτεχνική υποδομή, αποτελούν φαινόμενο που εμφανίζεται επίσης στο σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων ως αποτέλεσμα της χρηματοδότησης του κράτους, καθώς και της ακολουθούμενης πολιτικής προμηθειών των αρμόδιων κεντρικών αρχών για τα δημόσια νοσοκομεία και τη δημόσια υγεία γενικότερα.

Η εξέταση των προβλημάτων και των ελλείψεων που προκύπτουν από τους κεντρικούς μηχανισμούς και τις αρχές για τη δημόσια υγεία, δεν είναι αντικείμενο της παρούσας μελέτης για περαιτέρω ανάλυση, ωστόσο αποτελεί αφορμή ως πρόταση για διενέργεια μελλοντικών ερευνών οι οποίες θα αναφέρονται στη διαμόρφωση της κατάλληλης πολιτικής και στρατηγικής για ρυθμίσεις των θεμάτων που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, στο βαθμό αυτονομίας και ευελιξίας τους, στις προσλήψεις και στη γενικότερη διαχείριση του προσωπικού υγείας, στη λειτουργία προμηθειών αναλώσιμων υλικών αλλά και εξοπλισμού, προκειμένου να συμβαδίζουν με τη ακολουθούμενη γενικότερη κυβερνητική πολιτική η οποία έχει ως κύριο άξονα την εξοικονόμηση και τον εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών και δη των δαπανών υγείας, αλλά ταυτόχρονα στη διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία.

Αντίθετα, τα προβλήματα που πηγάζουν από τη λειτουργία της διοίκησης του νοσοκομείου αφορούν κυρίως την ανταποκρισιμότητα, την αποδοτικότητα και την συμπεριφορά του ανθρώπινου δυναμικού, που αποτελεί το πλέον πολύτιμο κεφάλαιο κάθε οργανισμού υγείας, πόσο μάλλον ενός νοσοκομείου το οποίο χαρακτηρίζεται ως εντάσεως εργασίας, με αποτέλεσμα η συμβολή του προσωπικού στην επίτευξη των στόχων του να είναι καθοριστική. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, κρίνονται ως αναγκαίες προτάσεις στα πλαίσια παροχής ισχυρών κινήτρων και υποκίνησης.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι διατάξεις του δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Ν.2683/1999) που ρυθμίζουν τις σχέσεις εργασίας του προσωπικού, σχετίζονται με μια σειρά γεγονότων όπως αυτά του προκαθορισμένου βασικού μισθού, της μονιμότητας, των ασφαλιστικών καλύψεων, του τυπικού χαρακτήρα των διάφορων επιδομάτων και των εκθέσεων αξιολόγησης, του δυσκίνητου συστήματος προαγωγών, της μη ενεργοποίησης στην πράξη των διατάξεων περί «ηθικών αμοιβών» και της εφαρμογής των πειθαρχικών ποινών σε ελάχιστες περιπτώσεις. Ως απόρροια των παραπάνω, παρατηρείται η μη αξιοποίηση και προβολή των ικανότερων, δημιουργώντας αισθήματα απογοήτευσης, δυσαρέσκειας και αδικίας, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν στη μειωμένη αποδοτικότητα και σε φαινόμενα άσχημης συμπεριφοράς προς συναδέλφους αλλά και ασθενείς. Είναι σαφές λοιπόν ότι εντός αυτών των πλαισίων ο περιορισμός στη λειτουργία της διοίκησης είναι δεδομένος, ενώ παράλληλα παρατηρείται και περιορισμός υποκινητικής πολιτικής και εφαρμογής κινήτρων από την πλευρά της.

Η διοίκηση θα πρέπει να εντοπίσει τις κατάλληλες τεχνικές και μεθόδους, οι οποίες πρακτικά είναι εφικτό να εφαρμοστούν στα πλαίσια αφενός του βαθμού ελευθερίας και αυτονομίας σχετικά με τη λήψη αποφάσεων και αφετέρου της πολιτικής του εξορθολογισμού και της μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας. Συνεπώς, θα πρέπει πρωτίστως να προβεί στον εντοπισμό των αναγκών του προσωπικού υγείας αλλά και των λόγων για τους οποίους αυτές οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται. Λαμβάνοντας υπόψη τα συγκεκριμένα στάδια, η διοίκηση θα είναι έτοιμη να προβεί στην ανάπτυξη και εφαρμογή των κατάλληλων συστημάτων υποκίνησης του προσωπικού υγείας του νοσοκομείου.

Προτάσεις

Οι προτάσεις της παρούσας μελέτης αφορούν στη δόμηση ενός σχεδίου παρεμβατικών μέτρων στα πλαίσια παροχής κινήτρων και υποκίνησης:

- Δημιουργία ομάδων εργασίας με σκοπό να ενισχυθεί η ομαδικότητα και η συνεργασία (κυρίως σε διατμηματικό επίπεδο). Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ο συνδυασμός των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των εμπειριών πολλών ατόμων, υπάρχει κοινή δέσμευση για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται τόνωση του ηθικού και της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων, καθώς εμφανίζεται αλληλοϋποστήριξη και αναγνώριση στους κόλπους της ομάδας.
- Οργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων για την σύναψη των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ του προσωπικού υγείας, καθώς και για την επιβράβευση (με διάφορα μη χρηματικά βραβεία) των εργαζομένων που επιδεικνύουν ιδιαίτερο έργο.
- Χρήση επαινετικών επιστολών από την διοίκηση για την καλή απόδοση κατά την υλοποίηση μιας επίπονης εργασίας.
- Εφαρμογή συμμετοχικού τρόπου διοίκησης καθιερώνοντας τακτικές συγκεντρώσεις με σκοπό τον προγραμματισμό στόχων από κοινού.
- Εφαρμογή κύκλων ποιότητας, δηλαδή δημιουργίας ομάδων από λίγα άτομα που συναντώνται εθελοντικά με απώτερο σκοπό τον εντοπισμό των προβλημάτων σχετικά με την εργασία τους, την ανακάλυψη των αιτιών, την ανάπτυξη λύσεων και καινοτομιών.
- Εφαρμογή κινήτρων εμπλουτισμού της εργασίας που στοχεύουν στην πρόοδο και στην ανάπτυξη του ατόμου.
- Οργάνωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε θέματα που σχετίζονται όχι μόνο με το αντικείμενο του προσωπικού υγείας, αλλά και επί θεμάτων που αφορούν την σχέση προσωπικού-ασθενή, την μεταξύ τους επικοινωνία, την συμπεριφορά του προσωπικού κ.ά.

Για την επιτυχή εφαρμογή των παραπάνω προτάσεων, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί, πρωτίστως η αλλαγή κουλτούρας και νοοτροπίας του νοσοκομείου ως οργανισμός και ακολούθως η δέσμευση και η ενεργός συμμετοχή της διοίκησης, προκειμένου να δώσει πρώτη το παράδειγμα και να καθοδηγήσει και το υπόλοιπο προσωπικό, όπως ορίζουν και οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Η συνεχής παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας εστιασμένη στον ασθενή/χρήστη καθίσταται απαραίτητη, σύμφωνα με τις αρχές της ΔΟΠ. Προτείνεται η ανάπτυξη ενός τρόπου διοίκησης που θα στηρίζεται σε διεργασίες, προκειμένου να επιτυγχάνεται η διαρκής βελτίωση της λειτουργίας του νοσοκομείου, μέσα από την παρακολούθηση και την ανάλυση μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Η έρευνα των αντιλήψεων του ανθρώπινου δυναμικού και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο, προσανατολίζει τη διοίκησή του έτσι ώστε να βελτιώσει τα σημεία εκείνα που αναδείχθηκαν μέσα από αυτή, προκειμένου τελικά να βελτιωθεί στο σύνολό η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας

Με το σύστημα ΔΟΠ το νοσοκομείο επιτυγχάνει:

- Την προσαρμογή της πολιτικής και τη στρατηγικής του νοσοκομείου στις τωρινές αλλά και τις προβλεπόμενες μελλοντικές ανάγκες
- Τη διοίκηση βάση πραγματικών γεγονότων και καταγεγραμμένων διεργασιών
- Τη συνεχή βελτίωση με βάση μετρήσιμα αποτελέσματα
- Την επικέντρωση των προσπαθειών των εργαζομένων του νοσοκομείου στις απαιτήσεις και προσδοκίες των ασθενών
- Τη συνεχή ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου
- Την αποτελεσματικότητα στην επίτευξη του κοινωνικού έργου

ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αβραμίδης, Η., Καλυβά, Ε. (2006). *Μέθοδοι Έρευνας στην Ειδική Αγωγή: Θεωρία και Εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση

Αδαμαντίδου, Τ. (2004). *Παράγοντες που Προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας*. Επιθεώρηση Εργασίας, Τεύχος 89, σελ.29-34

Αλεξανδράκη, Α.Β. (2003). *Ανάλυση και αξιολόγηση της διοικητικής εφαρμογής στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας*. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πειραιάς

Αλεξιάδης, Α., Σιγάλας, Ι. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Τόμος Δ', Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα

Αλετράς, Β., Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ., Νιάκας, Δ. (2009). *Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών του ιδιοτήτων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 26, τεύχος 1, σελ. 79-89

Αποστόλου, Α. (2002). *Κόστος ποιότητας: μια ποιοτική και ποσοτική προσέγγιση*. Διδακτορική Διατριβή, Πολυτεχνείο Κρήτης, Τμήμα Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης, Χανιά

Βαρουφάκης, Γ. (1997). *Αρχαία Ελλάδα και Ποιότητα*, Εκδόσεις Αίολος

Βαστάρδη, Μ. (2005). *Ποσοτικές μέθοδοι ποιότητας υπηρεσιών υγείας*. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πειραιάς

Δερβιτσιώτης, Κ. (2001). *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα

Δερβιτσιώτης, Κ. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Εκδόσεις Οικονομική Βιβλιοθήκη, 2η έκδοση, Αθήνα

Δίκαιος, Κ. Κουτουζής, Μ. Πολύζος, Ν. Σιγάλας, Ι. Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα

Ζαβλανός, Μ. (2006). *Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα*. Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα

Θεοδώρου, Μ. (1992). *Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας*. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τόμος 3, Τεύχος 1, σελ. 41-47

Θεοδώρου, Μ. Μητροσύλης, Μ. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Τόμος Γ, Νομικό Πλαίσιο του Υγειονομικού Τομέα. ΕΑΠ, Πάτρα

Ιωσηφίδου, Σ. (2012). *Οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων σε αυτούς υπηρεσιών υγείας και ο ρόλος τους στη διαμόρφωση στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών*. Η περίπτωση των ασθενών των Εξωτερικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης. Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία, τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα

Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική

Κέφης, Β. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας: Θεωρία και Πρότυπα*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα

Κωσταγιόλας, Π. Καϊτελίδου, Δ. Χατζοπούλου, Μ. (2007). *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα

Κυριαζή, Ν. (1999). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κυριόπουλος, Ι., Δράκου, Ι., Κτένας, Ε., Γεωργούση, Ε. (1993). *Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα*. Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 4, τεύχος 5, σελ. 44-64

Λαζάρου, Π. (2005). *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα

Λιαμαρκόπουλος, Λ. (2003). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα

Λιαμαρκόπουλος, Λ. (2003). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Εκδόσεις Λιαμαρκόπουλος, 1η έκδοση, Αθήνα-Πάτρα

Λιαρόπουλος, Λ., Καϊτελίδου, Δ., Σίσκου, Ο. (2006). *Ο τομέας Υγείας στην Ελλάδα την Τελευταία Εικοσαετία*. Κεφάλαιο στο: Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντι-Δελιβάνη, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Θεσσαλονίκη

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Λογοθέτης, Ν. (1993). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*. Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα

Μακρυδημήτρης, Α., Υφαντόπουλος, Ι. (2004). *Έρευνα για τη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και του παιδιατρικού νοσοκομείου Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού*. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Παιδιατρικό Νοσοκομείο Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού, Αθήνα

Μαλλιαρού, Μ. Σαράφης, Π. (2012). *Οικονομική Κρίση. Ο Τρόπος Επίδρασης στην Υγεία των Πολιτών και στα Συστήματα Υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού – Τριμηνιαίο Επιστημονικό Ηλεκτρονικό Περιοδικό του Τμήματος Νοσηλευτική Α'. Τεχνολογικό Ίδρυμα Αθηνών, Τόμος 11ος, Τεύχος 1ο, σελ. 202-212

Μαντζούκας, Σ. (2007). *Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση*. Ανασκόπηση, Νοσηλευτική 46(1):88-98

Μερκούρης, Α. (1996). *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Μπέκας, Π. (2005). *Διερεύνηση επιπτώσεων εφαρμογής Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας κατά ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 στον ελληνικό δημόσιο τομέα της Υγείας*. Τελική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Αθήνα

Μπίτζιου, Ξ. (2012). *Μελέτη της άσκησης της ηγεσίας και της διευθυντικής στη διοίκηση της υγείας*. Διπλωματική Διατριβή, Master of Science in Health Management, Uninettuno University

Μπόχωρης, Γ. (2003). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και διαχείριση περιβάλλοντος*. Τόμος Α΄, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα

Νιάκης, Δ. (1993). *Management στις Υπηρεσίες Υγείας και η Εξασφάλιση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών*. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, σελ. 3-12

Νικολάου, Ε. (2011). *Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας*. Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία, τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Νόμος 2889/2001. «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Άλλες Διατάξεις». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, τεύχος Α΄, ΦΕΚ 37, σελ. 1079-1106

Νόμος 2920/2001. «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και Άλλες Διατάξεις». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Α΄, ΦΕΚ 131, σελ. 2117-2118

Νόμος 3172/2003. «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Άλλες Διατάξεις». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, τεύχος Α΄, ΦΕΚ 197, σελ. 3811-3834

Νόμος 3329/2005. «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Άλλες Διατάξεις». Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Α΄, Αρ. Φύλλου 81, σελ. 883-909

Οικονομοπούλου, Χ., Αναγνώστου-Κακκαρά, Ε., Λιαρόπουλος, Λ. (1999). *Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές Προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί*. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Τόμος 44, Τεύχος 1, 61-69

Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008). *Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 25, τεύχος 1, σελ. 73-82

Παπαδοπούλου, Σ. (2013). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις μονάδες υγείας και διάγνωση προβλημάτων ποιότητας: Η περίπτωση του Γ.Ν. Παπαγεωργίου*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Θεσσαλονίκη

Παπακωστίδης, Α. Τσουκαλάς, Ν. (2012). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η Αξιολόγηση της*. Αρχαία Ελληνική Ιατρική, Τόμος 29, Τεύχος 4, σελ. 480-488

Παπανικολάου, Β. (2007). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*. Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ, Αθήνα, σελ.30-36

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι. (2005). *Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε Νοσοκομεία στην Αττική*. Αρχαία Ελληνική Ιατρική, τόμος 22, τεύχος 3, σελ. 284-295

Ραφτόπουλος, Β. (2002). *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ραφτόπουλος, Β., Οικονομοπούλου, Χ. (2003). *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Δελτίον Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Τόμος 48, Τεύχος 2, σελ. 84-94

Σαραφίδης, Π. Σταφυλής, Π. (2005). *Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα Πριν και Μετά το Νόμο 2889/2001*. Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 16, Τεύχος 92, σελ.27-32

Σκιττίδης, Φ. (2000). *Οργάνωση και Διοίκηση Παραγωγής*. Εκδόσεις Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα

Σούλης, Σ. (1998). *Οικονομική της Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ, Αθήνα

Σουλιώτης Κ., Δουλγεράς Α., Κοντός Δ., Οικονόμου Χ. (2002). *Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών*. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόμος 14, τεύχος 3, σελ. 114-118

Σουλιώτης, Κ., Παπανικολάου, Β., Κυριόπουλος, Γ. (2003). *Κριτική ανασκόπηση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα Θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο*. Νοσοκομειακά χρονικά, τόμος 22, τεύχος 4, σελ. 253-260

Σπανός, Ν. (1993). *Ολική Ποιότητα*. Εκδόσεις Γαλαίος, Αθήνα

Τούντας, Γ. (2003). *Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 20, Τεύχος 5, σελ. 532-546

Τούντας Γ. και συνεργάτες. (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: 1996-2006*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα

Τσιόρτας, Γ. (2002). *Βελτίωση Ποιότητας*. Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Β. Μπένου, Αθήνα

Τσουγκα, Μ. (2004). *Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 86, σελ 41-44

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012*. Αθήνα

Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 38880/10-12-2012 (2012). *(Οργανισμός Γ.Ν.Π.Α. «ΠΑΝ. ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»*, Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Δεύτερο, Αρ. Φύλλου 1147, σελ. 18835-18845

Φ.90380/25916/3294. (2011) *Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)*. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Τεύχος Δεύτερο, Αρ. Φύλλου 2456, σελ. 35013-35048

James, P. (1998). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, μια εισαγωγή*. Μετάφραση ομάδα μεταφραστών, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

Ξενογλώσση βιβλιογραφία

Andreassen, T.W. (2000). *Antecedents to satisfaction with service recovery*. European Journal of Marketing, Vol. 34, No. 1-2, p.p. 156-175

Bajpai, A.K., Willey, P.C.T. (1989). *Questions About Quality Costs*. International Journal of Quality and Reliability Management, Vol. 6, No. 6, p.p. 9-17

Berkley, B.J., Gupta, A. (1994). *Improving service quality with information technology*. International Journal of Information Management, Vol. 14, pp. 109-121

Boje, D.M., Winsor R.D. (1993). *The resurrection of Taylorism: Total Quality Management's hidden agenda*. Journal of Organizational Change Management, Vol.6, No. 4, pp.57-70

Brink, J.P., Wood, J.M. (1998). *Advanced design in nursing research*. 2nd ed, London, Sage Publ

Broderick, A.J., Vachirapornpuk, S. (2002). *Service quality in internet banking: the importance of customer role*. Marketing Intelligence & Planning, Vol. 20, No. 6, pp. 327-335

Brogowicz, A.A., Delene, L.M., Lyth, D.M. (1990). *A synthesized service quality model with managerial implications*. International Journal of Service Industry Management, Vol. 1, No. 1, pp. 27-44

Bryde, D. J. (1993). *Techniques underpinning modern project management with TQM principles*. The TQM Magazine, Vol. 9, No. 3, pp. 231-238

Bull, A. (1994). *Specifying Quality in Health Care*. Journal of Management in Medicine, MCB University Press, Vol. 8, No 2, pp. 5-8

Capodagli, B., Jackson, L. (1998). *The Disney Way; harnessing the Management Secrets of Disney in your company*. MrGraw-Hill, New York

Chase, R., Aquilano, N. (2004). *Production and Operation Management*. IRWIN, London

- Cronin, J.J., Taylor, S.A. (1992). *Measuring service quality: a reexamination and extension*. Journal of Marketing, Vol. 6, July, pp. 55-68
- Crosby, P. (1979). *Quality is free*. McGraw-Hill, New York
- Dabholkar, P.A. (1996). *Consumer evaluations of new technology-based self-service operations: an investigation of alternative models*. International Journal of Research in Marketing, Vol. 13, No. 1, pp. 29-51
- Dabholkar, P.A., Shepherd, C.D., Thorpe, D.I. (2000). *A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study*. Journal of Retailing, Vol. 76, No. 2, pp. 131-139
- Dale, B.G., McQuater, R. (1998). *Managing Business Improvement and Quality: Implementing Key Tools and Techniques*. Blachwell Business, Oxford
- Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center of Advanced Engineering Study, Cambridge, Massachusetts
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment Health Administration Press, Ann Arbor, Vol. 27, pp. 79-85*
- Donabedian, A. (1990). *The Seven Pillars of Quality Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Vol. 114, No 11, pp. 1115-1118*
- Evans, J., Lindsay, W. (1999). *The Management and Control of Quality*. South-Western College Publishing, 4th edition, Cincinnati
- Feigenbaum, A. (1983). *Total Quality Control*. 3d Edition, McGraw-Hill, New York
- Fotopoulos, C.B., Psomas, E.L. (2009). *The impact of "soft" and "hard" TQM elements on quality management results*. International Journal of Quality and Reliability Management, Vol. 26, No. 2, pp. 150-163
- Frost, F.A., Kumar, M. (2000). *INTSERVQUAL: an internal adaptation of the GAP model in a large service organization*. Journal of Services Marketing, Vol. 14, No. 5, pp. 358-77

- Fryer, J.K. Anthony, J. Douglas, A. (2007). *Critical Success Factors of Continuous Improvement in the public Sector*. A Literature Review and Some Key Findings. The TQM Magazine, Vol. 19, No 5, pp. 497-517
- Gavin, D.A. (1984). *What does product quality mean?* Sloan Management Review
- Geraedts, H., Montenarie, R., Rijk, P. (2001). *The benefits of total quality management*. Computerized Medical Imaging and Graphics, Vol. 25, p.p. 217-220
- Gronroos, C. (1984). *A service quality model and its marketing implications*. European Journal of Marketing, Vol. 18, No. 4, p.p. 36-44
- Gummesson, E. (1991). *Truths and myths in service quality*. Journal for Quality and participation, Vol. 14, No. 4, p.p. 28-33
- Harteloh, P. (2004). *Understanding the quality concept in health care*. Accred, Quality Assurance, Vol. 9, pp.92-95
- Haywood-Farmer, J. (1988). *A conceptual model of service quality*. International Journal of Operations & Production Management. Vol. 8, No. 6, pp. 19-29
- Headley, D.E., Miller, S.J. (1993). *Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior*. Journal of Health Care Marketing, Vol.13, No. 4, p.p. 32-41
- Hendricks, K., Singhal, V. (1997). *Does implementing an effective TQM program actually improve operating performance? Empirical evidence from firms that have won quality awards*. Management Science, Vol. 43, No. 9, pp. 1258-1274
- Huberman, M.A., Miles, B.M. (1998). *Data management and analysis method*. In: Denzin KN, Lincoln SY (eds) *Collecting and interpreting qualitative materials*, Thousand Oaks, Sage Publ:179–210
- International Organization for Standardization (ISO). (1992). *ISO 9000 International Standards for Quality Management*. 2nd Edition, ISO, Geneva
- Iyer, R., Muncy, J.A. (2004). *Who do you trust?* Marketing Health Services, Vol. 24, No. 2, pp. 26-30

- Joel, E.R. (1999). *Total Quality Management: Text Cases and Readings*. 3d Edition, CRC Press LLC, United States of America
- Juran, J. (1973). *Managerial Breakthrough: A new concept of the manager's job*. McGraw-Hill, New York
- Juran, J.M. (1968). *The Quality Trilogy: A Universal Approach to Managing Quality*. Quality Progress
- Juran, J.M. (1973). *Quality Planning and Analysis*, McGraw-Hill Publishing Company, LTT, New Delhi
- Karassavidou, E., Glaveli, N., Papadopoulos, C. (2009). *Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients*. *Measuring Business Excellence*, Vol.13, No.1, pp.34-46
- Klefsjo, B. (2002). *Total Quality Management*. *Encyclopedia of Information Systems*, Elsevier, Vol. 4, pp. 455-478
- Knowles, G. (2011). *Managing Quality in the 21st Century: Principles and Practice*. Bookboon.com
- Lai, K.H. (2003). *Market orientation in quality-oriented organizations and its impact on their performance*. *International Journal of Production Economics*, Vol.84, No.1, pp. 17-34
- Lam, S.S.K.(1997). *SERVQUAL: a tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong*, *Total Quality Management*, Vol.8, No.4, pp.145-152
- Lewis, R.C., Boom, B.H. (1983). *The marketing aspects of quality. Emerging perspectives of service marketing*, American Marketing Association, p.p. 99-107
- Macdonald, J. (1996). *TQM-does it always work? Some reasons for disappointment*. *Managing Service Quality*, Vol. 6, No. 5, pp.5-9
- May, A.K. (1994). *Interview techniques in qualitative research: concerns and challenges*. In: Morse MJ (ed) *Critical issues in qualitative research methods*, Newbury Park, Sage Publ, 1994:188–201

- McBride, P., Wilson, G., Bell, D. (1998). *Managing Quality*. The Institute of Management
- McQuater, R.E., Scurr, C.H., Dale, B.G., Hillman, P.G. (1995). *Using quality tools and techniques successfully*. The TQM Magazine, Vol. 7, No. 6, pp. 37-42
- Mattsson, J. (1992). *A service quality model based on ideal value standard*. International Journal of Service Industry Management, Vol. 3, No. 3, pp. 18-33
- Morse, M.J. (2003). *Qual Health Res*. 13:891-892
- Morse, M.J., Field, A.P. (1996). *Nursing research: The application of qualitative approach*. London, Chapman & Hall
- Oh, H. (1999). *Service quality, customer satisfaction and customer value: a holistic perspective*. International Journal of Hospitality Management, Vol. 18, pp. 67-82
- Ovretviet, J. (2003). *The Quality of Health Purchasing*. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol.16, No.3, pp.116-127
- Papanikolaou, V., Zygiaris, S. (2012). *Service quality perceptions in primary health centers in Greece*. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for future Research*. American Marketing Assotiation, The journal of Marketing, Vol. 49, No. 4, pp. 41-50
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1988). *SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. J Retailing, Vol. 64, p.p. 12-40
- Philip, G., Hazlett, S.A. (1997). *The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model*. International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 14, No. 3, pp. 260-286
- Polit, F.D., Hungler, P.B. (1999). *Nursing research: Principles and methods, Philadelphia*. Lippincott

- Reeves, C. Bednar, D. (1994). *Defining Quality Alternatives and Implications*. Academy of Management review, Vol. 19, No 3, pp. 419-445
- Santos, J. (2003). *E-service quality: a model of virtual service quality dimensions*. Managing Service Quality, Vol. 13, No. 3, pp. 233-246
- Schmele, S.A. (1996). *Quality Management in Nursing and Healthcare*. Delmar Publishers, New York
- Seth, N. Deshmukh, S.G. Vrat, P. (2005). *Service Quality Models: A Review*. International Journal of Quality & Reliability Management. Vol. 22, No 9, pp. 913-949
- Soteriou, A.C., Stavrinides, Y. (2000). *An internal customer service quality data envelope analysis model for bank branches*. International Journal of Bank Marketing, Vol. 18, No. 5, pp. 246-252
- Sousa, R., Voss, C.A. (2002). *Quality Management re-visited: A reflective review and agenda for future research*. Journal of Operation Management, Vol.20, No.1, pp 91-109
- Spector, B., Beer, M. (1994). *Beyond TQM programs*. Journal of Organizational Change Management, Vol. 7, No. 2, pp. 63-70
- Spreng, R.A., Mackoy, R.D. (1996). *An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction*. Journal of retailing, Vol. 72, pp. 201-214
- Stamatis, D.H. (1996). *Total Quality Management in Health Care: Implementation Strategies for Optimum Results*. Times Mirror, USA
- Sweeney, J.C., Soutar, G.N., Johnson, L.W. (1997). *Retail service quality and perceived value*. Journal of Consumer Services, Vol. 4, No. 1, pp. 39-48
- Tari, J.J., Sabater, V. (2003). *Quality tools and techniques: Are they necessary for quality management?* International Journal of Production Economics, Vol. 92, No. 4, pp. 267-280
- Taylor, W.A., Wright, G.H. (2003). *A longitudinal study of TQM implementation: factors influencing success and failure*. Omega International Journal of Management Science, Vol.31, No. 2, pp. 97-111

- Teas, K.R. (1993). *Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality*. Journal of Marketing, Vol. 57, pp. 18-34
- Theodorakioglou, Y., Tsiotras G. (2000). *The Need for the Introduction of Quality Management into Greek Healthcare*. Total Quality Management Journal, Vol 11, No.8
- Thompson, A. (1993). *Inpatients' Options of the Quality of Acute Hospital Care: Discrimination as the Key to Measurement Validity*. In: Fitzpatrick, R. Hopkins, A. Measurement of Patients' Satisfaction with their Care. Royal College of Physicians of London
- Thompson, C. (1999). *Qualitative research into nursing decision making: Factors for consideration in theoretical sampling*. Qual Health Res 1999, 9:815–828
- Tobin, L. M. (1990). *The New Quality Landscape: Total Quality Management*. Journal of System Management, Vol. 41, no. 11, pp.10-14
- Tomes, A., Chee Peng, S. (1995). *Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire*. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 8, No. 3, pp. 25-33
- Wellington, J. (2000). *Educational Research. Contemporary issues and Practical Approaches*. London: Continuum
- Wensing, M. Grol, R. Smits, A. (1994). *Quality Judgments by Patients on General Practice Care: A Literature Analysis*. Social Science and Medicine. Vol. 38, pp. 45-53
- W.H.O. (1993). *Continuous Quality Development. A Proposal National Policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Wilkinson, A., Redman, T., Snape, E., Marchington, M. (1998). *Managing with Total Quality Management: Theory and Practice*. MacMillan, London
- Witcher, B. J. (1990). *Total Marketing: Total Quality and the Marketing Concept*. Quarterly Review of Marketing, Vol. 15, No. 2, pp. 1-6
- Youssef, F., Nel, D., Boraird, T. (1995). *Service quality in NHS hospitals*. Journal of Management in Medicine, Vol. 9, No. 1, p.p. 66-74

Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perception and Expectations*. The Free Press, New York

Zhang, Z. (2000). *Developing a model for quality management methods and evaluation their effects on business performance*. Total Quality Management, Vol.41, No.1-3, pp. 419-427

Zhu, F.X., Wymer, W.J., Chen, I. (2002). *IT-based services and service quality in consumer banking*. International Journal of Service Industry Management, Vol.13, No.1, pp. 69-90

Παράρτημα

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

Μαλακέλλη Καλλιόπη
Νοσηλεύτρια ΤΕ
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Χίου 6
Γλυκά νερά Αττικής, ΤΚ 15 354
Τηλ. 6937 942736

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ
& ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ

ΘΕΜΑ: “Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας”

Αξιότιμα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου,

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα: *«Η αντίχρεωση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών του Management ολικής ποιότητας σε δημόσιο νοσοκομείο: Η περίπτωση του νοσοκομείου Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού»*.

Επιβλέπων καθηγητής είναι η κ. Γείτονα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και μέλη της επιτροπής είναι η κ. Μπρίνια Βασιλική, Καθηγήτρια στο Τμήμα Marketing και Επικοινωνίας του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών και ο κ. Σπυριδάκης Εμμανουήλ, Αναπληρωτής Καθηγητής στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με γνωστικό αντικείμενο «Κοινωνική Ανθρωπολογία των Εργασιακών Σχέσεων».

Για τη συλλογή των δεδομένων της διπλωματικής μου εργασίας θα χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια που απευθύνονται στο ανθρώπινο δυναμικό και στους χρήστες υπηρεσιών του νοσοκομείου σας. Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συλλογή δεδομένων για τη διεξαγωγή της μελέτης στο χώρο του νοσοκομείου σας.

Επισημαίνω ότι για την συγκεκριμένη μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση τόσο για το νοσοκομείο όσο και για τους συμμετέχοντες. Διαβεβαιώνεται ότι θα διασφαλισθεί η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών δεδομένων των ατόμων που θα δεχθούν να συμμετέχουν στην έρευνα, καθώς και ότι θα τηρηθούν οι γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας όπως αρμόζει.

Επισυνάπτω σύντομο πρωτόκολλο της μελέτης το οποίο περιλαμβάνει την μεθοδολογία της έρευνας (σκοπός, επιμέρους στόχοι, ερευνητικά ερωτήματα, μέθοδος-εργαλείο συλλογής δεδομένων, συμμετέχοντες, χρονοδιάγραμμα και θέματα δεοντολογίας).

Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες, παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε με την αιτούσα Μαλακέλλη Καλλιόπη (210 6619304, 6937 942736).

Με εκτίμηση

Μαλακέλλη Καλλιόπη
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ποιότητας έχει προκαλέσει πολλές διαμάχες στην προσπάθεια κατανόησης και αποσαφήνισης ποικίλων φαινομένων, με αποτέλεσμα την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες (Οικονομοπούλου και συν., 1999; Οικονομοπούλου, 1991; Onstveit, 1990; Black, 1990). Ωστόσο, ο ευρύτερα χρησιμοποιημένος ορισμός είναι ο εξής: «η ποιότητα να ικανοποιεί ή να υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lindsay, 2002). Ο Donabedian, ως πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας, καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης και όρισε την ποιότητα ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, σκεπτόμενοι όλα τα οφέλη και τις απώλειες που πρόκειται να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης» (Harteloh, 2004; Θεοδωρακιάδου & Τσιότρας, 2000). Σήμερα, αν και η συμβολή του Donabedian στη βελτίωση της ποιότητας είναι υψηλή, ο κλασικός ορισμός του τείνει να θεωρηθεί στατικός, και όπως και στο τομέα των επιχειρήσεων κατευθύνεται προς μια συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Μεταξύ των διαφορετικών ποιοτικών προσεγγίσεων, έχει παρατηρηθεί μια σαφής προτίμηση, σε καθολικό επίπεδο, για υιοθέτηση των αρχών διασφάλισης της ποιότητας στο τομέα της υγείας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας - ΔΟΠ (Total Quality Management - TQM) έχει θεωρηθεί ως το πλέον ελπιδοφόρο βήμα για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης (Οικονομοπούλου et al., 1995). Ακολουθώντας τα θεαματικά αποτελέσματά της χρήσης της ΔΟΠ στις επιχειρήσεις, η φιλοσοφία της έχει βαθμιαία περάσει στον τομέα της υγείας (Short & Rahim, 1995). Ωστόσο, λόγω της έντονης κρίσης που παρουσιάζεται στον συγκεκριμένο τομέα, έχει παρατηρηθεί ότι η φιλοσοφία της ΔΟΠ έχει εφαρμοστεί σε μικρό βαθμό στον χώρο των νοσοκομείων συγκριτικά με αυτόν των επιχειρήσεων.

Ο δημόσιος τομέας αποτελεί αδιαμφισβήτητη τη διάσταση εκείνη που απαιτεί την ύπαρξη δομών και μηχανισμών που να εξασφαλίζουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών. Η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας καθίσταται επιτακτικότερη στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στα δημόσια νοσοκομεία εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας, το οποίο εντάσσεται κατά βάση στα δημόσια αγαθά (Δίκαιος και συν., 1999). Συνεπώς, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα αποτελεί παγκοσμίως κυρίαρχο ζήτημα, καθώς πρόκειται για ένα θέμα με πολλές διαστάσεις όπως δεοντολογικές, επιστημονικές, οικονομικές, τεχνικές και διαχειριστικές, το οποίο απασχολεί τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας, τις διοικήσεις των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων, τους ακαδημαϊκούς, τις κυβερνήσεις καθώς και τους πολίτες και την κοινωνία γενικότερα.

Επιπλέον, το θέμα της ΔΟΠ στα δημόσια νοσοκομεία διατηρεί έντονο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον εξαιτίας των πολλών ιδιαιτεροτήτων τους συγκριτικά με τους υπόλοιπους οργανισμούς και επιχειρήσεις, οι οποίες προκύπτουν τόσο από το είδος και τη δραστηριότητά τους, όσο και από τη νομική τους μορφή (Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου). Οι ιδιαιτερότητες αυτές συνοψίζονται στον τρόπο οργάνωσης, δομής διοίκησης και λειτουργίας, στην αυξημένη κρατική παρέμβαση, στην αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος τις αποφάσεις σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στην ένταση της εργασίας ως κύριο χαρακτηριστικό των μονάδων υγείας, στο ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τη μεγάλη ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας, στο διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στον τομέα της υγείας, στην κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας, στο συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην έντονη και καθολική απαίτηση της κοινωνίας για ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Δίκαιος και συν. 1999, Λιαρόπουλος, 2007).

Στη σημερινή εποχή, τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν μια διπλή πρόκληση: την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για παροχή ολοένα και πιο ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών, καθώς και τη μείωση του διαρκώς αυξανόμενου κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας. Σημείο κλειδί για την επιτυχή αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων αποτελεί η ΔΟΠ και η υιοθέτηση των αρχών, των τεχνικών και των μεθόδων (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999), καθώς μπορεί να λειτουργήσει ως: (α) εργαλείο για την εφαρμογή ορθολογικών διαδικασιών, με την αποδοχή και την υποστήριξη τόσο της διοίκησης όσο και των εργαζομένων, διασφαλίζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την

ικανοποίηση των χρηστών, (β) μέσο για την εφαρμογή αποτελεσματικότερης διαχείρισης ώστε παράλληλα με την ικανοποίηση των χρηστών να διασφαλίζεται η άριστη δυνατή αξιοποίηση των πόρων με έλεγχο του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας και (γ) εχέγγυο καλής λειτουργίας προς το κοινωνικό σύνολο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την πολιτεία (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003). Εξάλλου, λαμβάνοντας υπόψη τη θεωρία σχετικά με το κόστος της ποιότητας, η καλή ποιότητα έχει άμεση επίδραση στο κόστος, ή με άλλα λόγια η καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του κόστους, ενώ αντίθετα η κακή ποιότητα κοστίζει ακριβά.

Τα νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετους και πολύπλοκους οργανισμούς, που λειτουργούν σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον στο οποίο πρέπει κάθε φορά να προσαρμόζονται, προκειμένου να ανταποκρίνονται στην απαίτηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η διάκριση των οργανισμών αυτών, με βάση τη νομική τους μορφή κατέχει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο λειτουργίας τους, στη θέσπιση των σκοπών με τους οποίους δικαιολογούν την ύπαρξή τους και στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η άσκηση του management. Αναφορικά με τους σκοπούς που διέπουν τη λειτουργία τους, οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν ως μοναδικό στόχο τη μεγιστοποίηση των κερδών μέσω της αύξησης των πωλήσεων, στην οποία κυρίαρχο ρόλο έχει η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ώστε να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες και απαιτήσεις του πελάτη, λειτουργώντας στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς όντας ελεγχόμενη από τις δυνάμεις αυτής. Αντίθετα, οι στόχοι των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πιο ακαθόριστοι και αναφέρονται γενικά στην ισότητα και τη δικαιοσύνη στη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ υφίσταται κρατικός έλεγχος που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε πολιτικές δυνάμεις.

Ως συνέπεια των παραπάνω, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας εξυπηρετεί με διαφορετικό τρόπο την κάθε είδους μονάδα υγείας, ενώ διαφαίνεται να είναι κρίσιμης και επιτακτικής σημασίας και στις δύο περιπτώσεις. Στις ιδιωτικές μονάδες υγείας, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας δεν παρουσιάζει ουσιαστικά διαφορές με αυτή που ασκείται σε κάθε είδους ιδιωτική εταιρεία παροχής υπηρεσιών εκμεταλλευόμενη όλα εκείνα τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από την δομή, το καθεστώς λειτουργίας και γενικά όλους τους κανόνες που διέπουν την έννοια της ελεύθερης αγοράς. Αντίθετα, η άσκηση της ΔΟΠ και η συνεχής επιδίωξη της βελτίωσης της ποιότητας στις δημόσιες μονάδες υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον λόγω

του ιδιαίτερου καθεστώτος στο οποίο λειτουργούν και το οποίο θέτει αρκετά εμπόδια και δυσκολίες για την αποτελεσματική άσκησή της.

Η σημασία της ΔΟΠ και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στις δημόσιες μονάδες υγείας, εκτός των άλλων, αναφέρεται κυρίως στη βέλτιστη ανταπόκριση στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των πολιτών-πελατών, καθώς και στην ορθολογικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων προκειμένου να επιτευχθεί αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και κατά επέκταση μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία ειδικά σε περιόδους ύφεσης είναι κρίσιμης σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία της εκάστοτε μονάδας, καθώς υφίσταται εκ των πραγμάτων η αναγκαστική περικοπή των δαπανών υγείας. Με άλλα λόγια τα κίνητρα που ωθούν τους δημόσιους οργανισμούς υγείας και ειδικότερα τα δημόσια νοσοκομεία (που αποτελούν το μεγαλύτερο υποσύστημα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας) στην εφαρμογή της ΔΟΠ μπορούν να καταγραφούν ως το αποτέλεσμα της πίεσης των πολιτών-ασθενών, μια ευκαιρία μείωσης των δαπανών υγείας ή μια απαίτηση από τις αυξανόμενες πιέσεις του προϋπολογισμού, ανάγκη για αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των δημοσίων υπαλλήλων που απασχολούνται στους οργανισμούς αυτούς, το ενδιαφέρον των τοπικών αρχών αλλά και της εκάστοτε κυβέρνησης για αποτελεσματικότερη διοίκηση, καθώς και η πορεία των διεθνών τάσεων που αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση.

Ωστόσο, παρά όλους αυτούς τους παράγοντες που καθιστούν την εφαρμογή της ΔΟΠ αναγκαία, παρατηρείται ο ρυθμός καθιέρωσης των πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας να είναι αργός έως και ανύπαρκτος σε ορισμένες περιπτώσεις. Αυτό οφείλεται τόσο σε παράγοντες που απορρέουν από το καθεστώς λειτουργίας των δημοσίων μονάδων υγείας όσο και σε παράγοντες που σχετίζονται με την ΔΟΠ ως οργανωσιακή αλλαγή. Από τη μια, τα εμπόδια και οι δυσκολίες που εμφανίζονται λόγω της νομικής μορφής των οργανισμών αυτών και του καθεστώτος λειτουργίας τους, αναφέρονται στην έλλειψη ελευθερίας να ενεργούν αυθαίρετα, στην αυξημένη γραφειοκρατία, στο ότι παραδοσιακά οι αποφάσεις των διοικούντων βασίζονταν στην ανάλογη νομοθεσία, στους περιορισμένους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, ειδικά σε περιόδους ύφεσης όπως αυτή που διανύεται από το 2008 έως και σήμερα, καθώς και στη δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία του προσωπικού αλλά και των ανώτερων και ανώτατων στελεχών από τη άποψη ότι έχουν την πολιτική στήριξη. Από την άλλη, η άσκηση της ΔΟΠ προϋποθέτει τη μετάβαση από μια κατάσταση πραγμάτων σε μια άλλη και επομένως αποτελεί μια οργανωσιακή αλλαγή που απαιτεί την προσαρμογή και την επανατοποθέτηση ενός ατόμου ή μιας ομάδας σε ένα νέο περιβάλλον, γεγονός που οδηγεί σε

ποικίλες αντιδράσεις, προβλήματα και εμπόδια για την αποτελεσματική άσκησή της. Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στην έλλειψη της εκπαίδευσης, στην αδυναμία για ομαδική συνεργασία, στην έλλειψη πίστης στην αξία της διαδικασίας, στην έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση αλλά και από τους ειδικούς, στα αντικρουόμενα συμφέροντα, στην έλλειψη συμμετοχής του προσωπικού, στην έλλειψη ηγεσίας, στην έλλειψη των διαδικασιών υποκίνησης του προσωπικού κ.α.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, η βιβλιογραφία καταγράφει μια λίστα σημαντικών παραγόντων επιτυχούς άσκησης ΔΟΠ σε δημόσιους οργανισμούς όπως τα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν ώστε να ξεπεραστούν οι τυχόν δυσκολίες και προβλήματα και τελικά να προκύψει μια επιτυχημένη εφαρμογή της ΔΟΠ. Έτσι, σύμφωνα με τον Fryer et al. (2007) οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στη δέσμευση της ηγεσίας, στην ικανότητα διοίκησης των πελατών, των προμηθευτών και των διαδικασιών, στην ομαδική εργασία, στην επικοινωνία, στη συνεχή αποτίμηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση της ποιότητας, στην συνεχιζόμενη κατάρτιση και εκπαίδευση, στην ενδυνάμωση των εργαζομένων, στην ύπαρξη σκοπών και αντικειμενικών στόχων, στην αναγνώριση και το σύστημα ανταμοιβών, στην αποτελεσματική χρήση της τεχνολογίας, στην αλλαγή κουλτούρας, στη συνειδητοποίηση της κοινωνικής ευθύνης, στην αναγνώριση του ρόλου του τμήματος ποιότητας, καθώς και στην κατανόηση των αρχών και της φιλοσοφίας της ΔΟΠ.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού.

Ειδικότερα, οι στόχοι που η έρευνα αποσκοπεί να επιτύχει είναι:

- Η διερεύνηση της διοικητικής εφαρμογής στο νοσοκομείο
- Η αναγνώριση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας του δημόσιου νοσοκομείου
- Η καταγραφή του ρόλου της διοίκησης και της ηγεσίας στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος και των σχέσεων
- Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου
- Η διάγνωση των προβλημάτων ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου και στις παρεχόμενες υπηρεσίες που παρέχονται από αυτό

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται με βάση τους παραπάνω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης και είναι τα εξής:

- α) Ποιες θεωρούνται ως οι πιο σημαντικές ενέργειες και δράσεις της διοίκησης του νοσοκομείου;
- β) Ποια είναι η συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού στη δομή και οργάνωση του νοσοκομείου;
- γ) Ποιο είναι το στυλ που προσδιορίζει το μοντέλο άσκησης της διοίκησης στο δημόσιο νοσοκομείο και ποιος ο βαθμός ικανοποίησης και οι απόψεις σχετικά με αυτό;
- δ) Ποιες είναι οι αντιλήψεις και το μέτρο σύνδεσης ανάμεσα στο μανατζμεντ και στην ηγεσία;
- ε) Πώς επικοινωνεί η διοίκηση του νοσοκομείου με τους εργαζομένους;
- στ) Ποια είναι η κατάσταση του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου αναφορικά με την ανανέωση των γνώσεων και τη βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του;
- ζ) Ποια είναι τα βασικά προαπαιτούμενα ενός μοντέλου επιτυχούς διοίκησης;
- η) Ποιες είναι οι απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου;
- θ) Πώς λαμβάνουν οι χρήστες τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου και πώς τις αξιολογούν;
- ι) Ποια είναι τα προβλήματα ποιότητας που τυχόν υφίστανται στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου και στις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχονται από αυτό;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι ποιοτική και στόχος της είναι να διερευνήσει συγκεκριμένα ερωτήματα. Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας με τη χρήση της συνέντευξης ως εργαλείο συλλογής πληροφοριών θεωρήθηκε η καταλληλότερη, δεδομένου ότι η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί», ερωτήματα που απασχολούν και τη συγκεκριμένη έρευνα (Ιωσηφίδης, 2003). Επίσης, η μελέτη βάθους που συνεπάγεται η ποιοτική έρευνα οδηγεί στη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλαπλές πτυχές των υπό έρευνα περιπτώσεων, διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό και τη διαδικασία ανάπτυξης και αποσαφήνισης εννοιολογικών κατηγοριών (Κυριαζή, 1999). Στόχος της ποιοτικής διερεύνησης δεν αποτελεί απλά η περιγραφή μιας στάσης ή μιας συμπεριφοράς, αλλά η ολιστική κατανόηση. Η ποιοτική έρευνα διερευνά την εμπειρία των ατόμων και τα υποκειμενικά νοήματα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο (context) στο οποίο εγγράφεται. Χαρακτηριστικά της ποιοτικής προσέγγισης είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, η ανάλυση λόγου ή/και κειμένων.

Η συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε να γίνει με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου και με την τεχνική της προσωπικής ημι-δομημένης συνέντευξης (face to face interview). Η συνέντευξη αποτελεί βασικό εργαλείο ποιοτικής έρευνας, το οποίο παρέχει στον ερευνητή πολλές δυνατότητες διερεύνησης των θεμάτων που τον απασχολούν. Επιπλέον, μπορεί να εμβαθύνει και να φθάσει σε σημεία, στα οποία άλλα εργαλεία είναι δύσκολο να προσεγγίσουν, αποτελώντας εκείνο το εργαλείο, το οποίο επιτρέπει στον ερευνητή να διερευνήσει σκέψεις, αξίες, προκαταλήψεις, στάσεις, συναισθήματα, εμπειρίες, απόψεις και αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων ελεύθερα και σε βάθος (Αβραμίδης & Καλυβά, 2006; Ιωσηφίδης, 2003; Wellington, 2000). Η ποιοτική ημι-δομημένη συνέντευξη είναι ένα ευέλικτο και δυναμικό εργαλείο, το οποίο είναι μη κατευθυντικό, μη αυστηρά δομημένο και τυποποιημένο, με ερωτήσεις που επιδέχονται ανοιχτού τύπου απαντήσεις. Η συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο έχει σαν στόχο ο ερευνητής να κατανοήσει την προοπτική και στάση του ερωτώμενου για το προς διερεύνηση θέμα και να ακούσει τις εμπειρίες του μέσα από τα δικά του λόγια.

Η επιλογή του δείγματος της μελέτης θα πραγματοποιηθεί με σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling), καθώς θα πρέπει να αποτελείται από άτομα τα οποία έχουν κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση και διαθέτουν εμπειρία προκειμένου να μπορούν να αποδώσουν σε βάθος απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερευνητή. Για την ποιοτική έρευνα το δείγμα θα αποτελείται από διευθυντές, προϊστάμενους και συνοδούς ασθενών, δε χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο (εκτιμάται να είναι μεταξύ 7-10 ατόμων), ωστόσο πρέπει να είναι κατάλληλο, να διαθέτει τη γνώση και τη θέληση για τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι συνεντεύξεις θα πραγματοποιηθούν εντός του νοσοκομείου κατόπιν προσυμφωνημένου και προκαθορισμένου ραντεβού με τους συνεντευξιζόμενους.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθούν δύο ερωτηματολόγια, με ερωτήσεις ανοιχτού (open ended questions) αλλά και κλειστού τύπου (closed ended questions). Το πρώτο ερωτηματολόγιο θα απευθύνεται στο ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου (διευθυντές/ προϊστάμενους), ενώ το δεύτερο ερωτηματολόγιο θα απευθύνεται στους χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Δεδομένου ότι το νοσοκομείο είναι παιδιατρικό και συνεπώς είναι αδύνατο να αποτυπωθεί η γνώμη των ασθενών σε μια έρευνα πεδίου, το ερωτηματολόγιο θα απευθύνεται προς τους συνοδούς των ασθενών.

Ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από είκοσι (20) ερωτήσεις, οι οποίες είναι χωρισμένες σε τέσσερις (4) ενότητες:

1. Δημογραφικά Στοιχεία (7 ερωτήσεις)
2. Management (4 ερωτήσεις)
3. Συμμετοχή στη δομή και την οργάνωση του νοσοκομείου (4 ερωτήσεις)
4. Γενική αξιολόγηση (5 ερωτήσεις)

Χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από είκοσι μία (21) ερωτήσεις, οι οποίες είναι χωρισμένες σε τέσσερις (4) ενότητες:

1. Δημογραφικά Στοιχεία (8 ερωτήσεις)
2. Διαδικασίες εισαγωγής (3 ερωτήσεις)
3. Προσφερόμενες υπηρεσίες (5 ερωτήσεις)
4. Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών (5 ερωτήσεις)

Η δημιουργία των ερωτηματολογίων έγινε από τη βασική ερευνήτρια, υπό την επίβλεψη του επόπτη της εργασίας, και στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και σε ερωτήσεις από εργαλεία προηγούμενων ερευνών, ποιοτικών και ποσοτικών (Παπαδοπούλου, 2013; Μπίτζιου, 2012; Μπέκας, 2005; Βαστάρδη, 2005; Μακρυδημήτρης & Υφαντόπουλος, 2004; Αλεξανδράκη, 2003).

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων θα συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ερευνητή, στο πλαίσιο των συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες. Οι ερωτήσεις που υποβάλλονται στους ερωτώμενους ζητούν την ελεύθερη και απρόσκοπτη έκφραση της γνώμης τους. Για τη συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου απαιτείται χρόνος μίας (1) ώρας, κατά προσέγγιση. Τα ερωτηματολόγια παρουσιάζονται στο *Παράρτημα* του Πρωτοκόλλου.

Συμμετέχοντες - Χρονοδιάγραμμα

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού με τη συμμετοχή ατόμων που αποτελούν ανθρώπινο δυναμικό και χρήστες των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο θα κατατεθεί προς έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και αφού γίνει δεκτό το αίτημα και χορηγηθεί η άδεια, θα πραγματοποιηθεί έρευνα πεδίου για χρονικό διάστημα δεκαπέντε (15) ημερών.

Η συλλογή των δεδομένων αναμένεται να ξεκινήσει στις αρχές Απριλίου του 2016 και να ολοκληρωθεί έως τα μέσα του ίδιου μηνός.

ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Δεν θα γίνει καμία αναφορά στα άτομα που θα συμμετάσχουν στην έρευνα σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή της παρουσίας της. Η συμμετοχή θα είναι εθελοντική και δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων.

Η συμμετοχή των εργαζομένων στη μελέτη θα γίνει μετά από την προφορική και εξατομικευμένη ενημέρωση. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση θα δίδεται μέσω της υπογραφής του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου.

Θα τηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, ενώ τα τελικά αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στην ακαδημαϊκή κοινότητα, για επιστημονικούς λόγους.

Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΓΕΙΤΟΝΑ ΜΑΡΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Black, N. (1990). *Quality assurance of medical care*. Journal of Public Health Medicine, 12, pp. 97-104
- Evans, R.J. & Lindsay, M.W. (2002). *The Management and Control of Quality*. 5th South-Western, New York
- Fryer, J.K., Anthony, J., Douglas, A. (2007). *Critical Success Factors of Continuous Improvement in the public Sector. A Literature Review and Some Key Findings*. The TQM Magazine, vol. 19, no 5, p.p. 497-517
- Harteloh, P. (2004). *Understanding the quality concept in health care*. Accred. Quality Assurance, Vol. 9, pp.92-95
- Onretveit, J. (1990). *What is quality in health services?* Health Services Management, 86, pp. 131-133
- Theodorakiogloy, Y., Tsiotras, G. (2000). *The need for the introduction of quality management into the Greek Healthcare*. Total quality management, Vol., 11, No 8, pp. 1153-1165
- Wellington, J. (2000). *Educational Research. Contemporary issues and Practical Approaches*. London: Continuum
- Αβραμίδης, Η., Καλυβά, Ε. (2006). *Μέθοδοι Έρευνας στην Ειδική Αγωγή: Θεωρία και Εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση
- Αλεξανδράκη, Α.Β. (2003). *Ανάλυση και αξιολόγηση της διοικητικής εφαρμογής στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας*. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πειραιάς
- Αλεξιάδης, Α., Σιγάλας, Ι. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοκτησίες και Προκλήσεις: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Τόμος Δ', Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα
- Βαστάρδη, Μ. (2005). *Ποσοτικές μέθοδοι ποιότητας υπηρεσιών υγείας*. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πειραιάς
- Δίκαιος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα

- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική
- Κυριαζή, Ν. (1999). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Μακρυδημήτρης, Α., Υφαντόπουλος, Ι. (2004). *Έρευνα για τη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και του παιδιατρικού νοσοκομείου Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού*. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Παιδιατρικό Νοσοκομείο Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού, Αθήνα
- Μπέκας, Π. (2005). *Διερεύνηση επιπτώσεων εφαρμογής Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας κατά ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 στον ελληνικό δημόσιο τομέα της Υγείας*. Τελική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Αθήνα
- Μπίτζιου, Ξ. (2012). *Μελέτη της άσκησης της ηγεσίας και της διευθυντικής στη διοίκηση της υγείας*. Διπλωματική Διατριβή, Master of Science in Health Management, Uninettuno University
- Οικονομοπούλου, Χ. (1991). *Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας στα Ελληνικά Νοσοκομεία*. Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος, pp. 29-34
- Οικονομοπούλου, Χ., Αναγνώστου-Κακαρά, Ε., Λιαρόπουλος, Λ. (1999). *Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί*. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Vol 44 N.1, pp.61-69
- Οικονομοπούλου, Χ., Πολύζος, Ν., Μεράκου, Κ., Σούλης, Σ. (1995). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα*. Επιθεώρηση Υγείας, 6(1) 32
- Παπαδοπούλου, Σ. (2013). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις μονάδες υγείας και διάγνωση προβλημάτων ποιότητας: Η περίπτωση του Γ.Ν. Παπαγεωργίου*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Θεσσαλονίκη

Ραφτόπουλος, Β., Οικονομοπούλου, Χ. (2003). *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, Τόμος 48, Τεύχος 2, σελ. 84-94

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

**Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΤΟΥ MANAGEMENT ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ**

ΑΘΗΝΑ 2016

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____

2. ΦΥΛΟ

Άνδρας

Γυναίκα

3. ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)

20 έως 30

31 έως 40

41 έως 50

51 έως 60

άνω των 60

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Βασική Εκπαίδευση

Πτυχίο Α.Ε.Ι.

Πτυχίο Τ.Ε.Ι.

Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ

Διευθυντής

Προϊστάμενος Τμήματος

7. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ _____

B. MANAGEMENT

8. Για την επιτυχία ενός οργανισμού η άσκηση της Διοίκησης πρέπει να συνδέεται άμεσα με την άσκηση της Ηγεσίας;

9. Μπορεί ένα διοικητικό στέλεχος να ασκεί ταυτόχρονα management και ηγεσία;

10. Ποιες πρέπει να είναι κατά τη γνώμη σας, οι πέντε (5) πιο σημαντικές ενέργειες και δράσεις της Διοίκησης του νοσοκομείου:

- | | |
|--|--------------------------|
| Συντονισμός όλων των διοικητικών λειτουργιών | <input type="checkbox"/> |
| Διεύθυνση του οργανισμού | <input type="checkbox"/> |
| Προγραμματισμός για την επίτευξη των στόχων | <input type="checkbox"/> |
| Έλεγχος | <input type="checkbox"/> |
| Αξιολόγηση | <input type="checkbox"/> |
| Ενθάρρυνση της ομαδικής εργασίας | <input type="checkbox"/> |
| Εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού | <input type="checkbox"/> |
| Διάδοση του σκοπού και της αποστολής του νοσοκομείου | <input type="checkbox"/> |
| Σχεδιασμός | <input type="checkbox"/> |
| Έρευνα και ανάπτυξη | <input type="checkbox"/> |
| Γενικός συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας | <input type="checkbox"/> |
| Οικονομική διαχείριση | <input type="checkbox"/> |

11. Με ποιους τρόπους και μέσα από ποια συγκεκριμένα συμπτώματα θα μπορούσατε να διαπιστώσετε την ύπαρξη μιας σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο;

Γ. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

12. Πιστεύετε πως είναι απόλυτα ξεκάθαρες οι αρμοδιότητες του κάθε εργαζομένου, ανεξαρτήτως τμήματος στο οποίο εργάζεται;

13. Με βάση τη διοικητική οργάνωση του νοσοκομείου στο οποίο εργάζεστε, είναι αντιληπτή και γνωστή σε όλους τους ενδιαφερόμενους η ιεραρχική και οργανωτική δομή του οργανισμού;

14. Με ποιον τρόπο επικοινωνεί η διοίκηση του νοσοκομείου με όλους τους εργαζομένους, ανεξαρτήτως τμήματος;

- Με προγραμματισμένες συναντήσεις
- Με έκτακτες συναντήσεις, όταν κρίνεται απαραίτητο
- Με συστηματικές συναντήσεις στο χώρο εργασίας τους
- Με προσωπικές συζητήσεις
- Με ενημερωτικά φυλλάδια και ανακοινώσεις

15. Θεωρείτε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για το νοσοκομείο;

Δ. ΓΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

16. Ποιο στυλ θα επιλέγατε για να προσδιορίσετε το μοντέλο άσκησης της Διοίκησης;

Δημοκρατικό

Συμμετοχικό

Αυταρχικό

17. Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο άσκησης της Διοίκησης στο νοσοκομείο;

18. Θεωρείτε πως στο νοσοκομείο υπάρχει αναπτυγμένο ένα σύστημα κανόνων που να προσδιορίζει ξεκάθαρα τα όρια πράξεων και τις υπευθυνότητες του κάθε εργαζομένου;

19. Ποιες από τις παρακάτω διαδικασίες συνεχιζόμενης κατάρτισης εφαρμόζονται στο νοσοκομείο σχετικά με την εκπαίδευση του προσωπικού;

Συμμετοχή σε έρευνες

Παρακολούθηση σεμιναρίων

Συμμετοχή σε συνέδρια, με πρωτοβουλία και χρηματοδότηση της διοίκησης

Εκπαίδευση των εργαζομένων

Συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες για τη βελτίωση του συνεργατικού πνεύματος

Συμμετοχή των εργαζομένων σε προτάσεις βελτίωσης

Συνεχής ενημέρωση σε θέματα ασφάλειας και υγιεινής

Τίποτα από τα παραπάνω

20. Η διοίκηση του νοσοκομείου εφαρμόζει κάποιες τεχνικές για την αποφυγή συγκρούσεων εντός του εργασιακού χώρου (π.χ. ανάθεση ρεαλιστικών στόχων, δίκαιο/αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών, τακτικές συναντήσεις με το προσωπικό);

Υπογραφή

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

**Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΤΟΥ MANAGEMENT ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ**

ΑΘΗΝΑ 2016

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

2. ΦΥΛΟ

Άνδρας

Γυναίκα

3. ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)

18 έως 30

31 έως 40

41 έως 50

51 έως 60

άνω των 60

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Βασική Εκπαίδευση

Πτυχίο Α.Ε.Ι.

Πτυχίο Τ.Ε.Ι.

Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό

6. ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Πατέρας

Μητέρα

Παππούς/γιαγιά

Θείος/Θεία

Άλλο

7. ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Α' Παιδιατρική

Πανεπιστημιακή κλινική

Β' Παιδιατρική

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Α' Χειρουργική

ΜΕΘ Παιδων

Β' Χειρουργική

Άλλες κλινικές

8. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Ναι

Όχι

B. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

9. Πώς κρίνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου αναφορικά με τον τομέα της ενημέρωσης (π.χ. χώρος υποδοχής, ύπαρξη σημείων ενημέρωσης, δυνατότητα επικοινωνίας με κάποιο στέλεχος του νοσοκομείου);

10. Ποιες είναι οι εντυπώσεις σας από την ταχύτητα εξυπηρέτησης στη διαδικασία εισαγωγής (π.χ. χρόνο εισαγωγής, ενημέρωση για το χρόνο αναμονής, προβλήματα καθυστέρησης);

11. Είστε ικανοποιημένοι από τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού στη διαδικασία εισαγωγής; Ποια η άποψή σας;

Γ. ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

12. Ποιο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά θεωρείτε περισσότερο σημαντικό, αναφορικά με την ιατρική φροντίδα;

Την ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού (επιστημονικές γνώσεις, εμπειρία και επαγγελματική ευσυνειδησία) για την αντιμετώπιση της ασθένειας

Η επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού

Οι συνθήκες μεταχείρισης των ασθενών από το προσωπικό (φιλική συμπεριφορά, ευγένεια, κατανόηση)

Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών

13. Όταν ακούτε την έννοια «Νοσηλευτική Φροντίδα», ποιο χαρακτηριστικό σας έρχεται στο μυαλό;

Περιποίηση/Φροντίδα Συμπεριφορά/Ευγένεια

Άμεση Εξυπηρέτηση Κατανόηση/Προθυμία

14. Πως αξιολογείτε την ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο, σχετικά με την ενημέρωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας;

15. Είστε ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο;

16. Ποιες είναι οι εντυπώσεις σας από την ποιότητα των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου;

Δ. ΓΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

17. Με βάση τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, προσπαθήστε να συγκρίνετε τις προσδοκώμενες υπηρεσίες (πως περιμένατε να είναι) και τις υπηρεσίες που τελικά λάβατε.

18. Πως αξιολογείτε τις υποδομές του νοσοκομείου; Θεωρείτε πως υπάρχει κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή (π.χ. επάρκεια κλινών, σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κ.ά);

19. Πως αξιολογείτε το ανθρώπινο δυναμικό (προσωπικό) του νοσοκομείου;

20. Ποια είναι τα προβλήματα ή οι ελλείψεις που παρατηρήσατε (εντοπίσατε) στο νοσοκομείο;

21. Θα συστήνατε το νοσοκομείο σε κάποιο φίλο ή γνωστό με παρόμοιο πρόβλημα;

Ναι

Όχι

Ίσως

Υπογραφή