



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών
και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων



European
University Cyprus
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

με θέμα:

**«Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας μέσω της Ικανοποίησης των Ασθενών:
Η περίπτωση των Εσωτερικών και Εξωτερικών Ασθενών του
Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου
– Ο Άγιος Σάββας»**



Λιανού Μάρθα ΔΜΥ-26

Επιβλέπων: Dr Δρόσος Δημήτριος

Πειραιάς, Μάρτιος 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΙΤΛΟΣ		
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ		2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ		5
ABSTRACT		7
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ		9
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ		10
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ		11
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ		12
Α' ΜΕΡΟΣ		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Η έννοια της ποιότητας		
1.1	Ορισμός της έννοιας Ποιότητα	14
1.2	Ορισμός της έννοιας Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	14
1.3	Πλεονεκτήματα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	15
1.4	Μειονεκτήματα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	16
1.5	Εργαλεία και προσεγγίσεις που σχετίζονται με την Ποιότητα	17
1.5.1	Edward Deming	17
1.5.2	Joseph Juran	18
1.5.3	Philip Crosby	20
1.5.4	Kaoru Ishikawa	21
1.5.4.1	Τα Εργαλεία Ποιότητας του Ishikawa	22
1.6	Το Τρίπτυχο Donabedian	25
1.7	Εισαγωγή στα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας	26
1.7.1	Ορισμός	26
1.7.2	Ιστορική επισκόπηση	27
1.7.3	Δομή και ανάλυση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας	29
1.7.4	Προϋποθέσεις και πλεονεκτήματα στην εγκατάσταση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας	31
1.7.5	Πιστοποίηση: στάδια, χρόνος, κόστος	32
1.7.6	Η έννοια της Διαπίστευσης	34
1.7.7	Συστήματα ποιότητας	34
1.7.8	Συστήματα διαχείρισης ποιότητας στο χώρο της υγείας	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας		
2.1	Ορισμός της έννοιας ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	38
2.2	Θεωρητικές προσεγγίσεις της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	38
2.3	Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	39

2.4	Πλεονεκτήματα Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	40
2.5	Μειονεκτήματα Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	41
2.6	Στόχοι ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	42
2.7	Χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	43
2.8	Κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	44
2.9	Μέτρηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	45
2.10	Αξιολόγηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Η έννοια της Ικανοποίησης Ασθενούς		
3.1	Ορισμός της έννοιας Ικανοποίηση Ασθενούς	48
3.2	Διαστάσεις Ικανοποίησης Ασθενούς	48
3.3	Παράγοντες ικανοποίησης Ασθενούς	50
3.4	Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή	50
3.5	Μοντέλο SERVQUAL	51
3.6	Οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Η Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα		
4.1	Υπηρεσίες Βελτίωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα	53
4.2	Έλεγχος και Επιθεώρηση της Πορείας Βελτίωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο Έρευνες Σχετικά με την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας		
5.1	Έρευνες σχετικά με την Ικανοποίηση Ασθενών στην Ελλάδα	55
5.2	Έρευνες σχετικά με την Ικανοποίηση Ασθενών στο Εξωτερικό	63
Β' ΜΕΡΟΣ		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο Μεθοδολογία Έρευνας		
6.1	Σκοπός της Έρευνας	69
6.2	Πεδίο Εφαρμογής της Έρευνας	70
6.3	Δείγμα	70
6.4	Ερευνητικό εργαλείο	70
6.5	Διαδικασία υλοποίησης έρευνας	71
6.6	Καταχώρηση και Επεξεργασία δεδομένων	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο Αποτελέσματα		
7.1	Εξωτερικοί Ασθενείς	73
7.1.1	Δημογραφικά Ερωτήσεις	73
7.1.2	Συνολική Ικανοποίηση	74
7.1.3	Μελλοντική Επίσκεψη	79
7.1.4	Σύσταση σε τρίτους	80
7.2	Εσωτερικοί Ασθενείς	80

7.2.1	Δημογραφικά Ερωτήσεις	80
7.2.2	Συνολική Ικανοποίηση	82
7.2.3	Μελλοντική Επίσκεψη	87
7.2.4	Σύσταση σε τρίτους	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο Συμπεράσματα – Συζήτηση – Προτάσεις – Περιορισμοί της Έρευνας		
8.1	Συμπεράσματα	89
8.2	Συζήτηση	90
8.3	Προτάσεις	94
8.4	Περιορισμοί της Έρευνας	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ		98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1		
Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης των Εξωτερικών ασθενών		111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1Ι		
Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης των Εσωτερικών ασθενών		117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1ΙΙ		
Η μεθοδολογία MUSA (MULTicriteria Satisfaction Analysis)		123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1V		
Το Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – Ο Άγιος Σάββας		138
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V		
Υπόλοιπα Διαγράμματα Έρευνας		143

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο μεγάλος όγκος της βιβλιογραφίας και οι αναρίθμητες μελέτες πάνω στην ικανοποίηση ασθενών αποδεικνύουν τη σημαντικότητα μελέτης αυτής της έννοιας ώστε να διαπιστωθεί αν ικανοποιούνται και σε ποιο βαθμό οι ασθενείς.

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται την ικανοποίηση των Εξωτερικών και Εσωτερικών ασθενών ενός δημόσιου νοσοκομείου από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, επιχειρώντας να καταγράψει το βαθμό ικανοποίησής τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο, θα αναφερθεί η έννοια της Ποιότητας, η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από την εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, κάποιες θεωρητικές προσεγγίσεις από τους λεγόμενους «gurus» της ποιότητας. Ακόμη θα γίνει αναφορά στα συστήματα διαχείρισης ποιότητας μέσα από ορισμούς, ιστορική αναδρομή, δομή, πλεονεκτήματα από την χρήση τους και πιστοποίηση. Τέλος, θα γίνει αναφορά σε κάποια Συστήματα Ποιότητας στο χώρο της Υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά στην έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, σε κάποιες θεωρητικές προσεγγίσεις, στους παράγοντες που την επηρεάζουν, στα οφέλη, στους στόχους, στα χαρακτηριστικά, στις διαστάσεις και στο κόστος.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί ο ορισμός της ικανοποίησης ασθενούς, οι διαστάσεις και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Επιπροσθέτως, θα αναφερθεί η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενή και θα αναλυθεί το Μοντέλο SERVQUAL του Parasuraman.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα παρουσιαστεί η Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα μέσω των υπηρεσιών βελτίωσης Υγείας στην Ελλάδα καθώς και ο έλεγχος και Επιθεώρηση της Πορείας Βελτίωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα δοθεί αναφορά σχετικά με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό με θέμα την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Στο έκτο κεφάλαιο θα αναλυθεί ο σκοπός της έρευνας, Το που θα πραγματοποιηθεί η έρευνα, το υλικό και η μέθοδος, το δείγμα, το ερευνητικό

εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί, η διαδικασία υλοποίησης καθώς και ποιο στατιστικό πακέτο θα χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Στο έβδομο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε τόσο στα Εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου όσο και στους θαλάμους των ασθενών.

Στο όγδοο κεφάλαιο θα καταγραφούν τα συμπεράσματα της έρευνας, η σύγκριση τους με την βιβλιογραφία καθώς και οι προτάσεις που τυχόν υπάρχουν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Στη συνέχεια, ακολουθεί η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση αυτής της Διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, θα ακολουθήσει το παράρτημα που θα τοποθετηθούν τα δύο ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας, η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε καθώς και λίγα λόγια για το νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα, Ολική Ποιότητα, Συστήματα Ποιότητας, Ικανοποίηση Ασθενών, MUSA (MULTicriteria Satisfaction Analysis),

ABSTRACT

The big volume of literature and the innumerable studies on patient satisfaction demonstrate the importance of studying this concept to see if patients are satisfied and to what extent.

This diploma thesis deals with the satisfaction of the external and internal patients of public hospital from the provided services of health, attempting it records their degree of satisfaction.

In the first chapter, will be reported the significance of Quality, the significance of Administration of Total Quality, the advantages and the disadvantages from the application of Administration of Total Quality, certain theoretical approaches from said "gurus " of quality. Still will become report in the systems of management of quality through definitions, historical retrospection, structure, advantages from their use and certification. Finally, will become report in certain Systems of Quality in the space of Health.

In the second chapter, will become report in the significance of quality in the services of health, in certain theoretical approaches, in the factors that him influence, in the profits, in the objectives, in the characteristics, in dimensions and in the cost.

In the third chapter will be presented the definition of satisfaction of patient, the dimensions and the factors that him influence. Besides, will be reported the measurement of satisfaction patient and will be analyzed Model SERVQUAL of Parasuraman.

In the fourth chapter, the Quality of Health Services in Greece will be presented through Healthcare Services in Greece as well as the Audit and Inspection of the Improvement of Health Services in Greece.

In the fifth chapter there will be a report on research carried out in Greece and abroad on the satisfaction of patients from the health care provided.

In the sixth chapter we will analyze the purpose of the research, the research, the material and the method, the sample, the research tool to be used, the implementation process as well as which statistical package will be used for the analysis of the results.

The seventh chapter will present the results of the research conducted both in the hospital's outpatient clinics and in the patients' wards.

In the eighth chapter will be recorded the conclusions of research, their comparison with the bibliography as well as the proposals that by any chance exist for the improvement of services of health.

Then, follows the bibliography that was used for the development of this this diploma thesis.

Finally, it will follow the annex that will be placed the two questionnaires that were shared at the duration of research, the methodology that was used and a few words about the hospital under investigation.

Key -Words: Quality, Total Quality, Systems of Quality, Patients Satisfaction, MUSA (MULTicriteria Satisfaction Analysis),

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛ.
Σχήμα 1.1	Κύκλος Deming	18
Σχήμα 1.2	Η τριλογία ποιότητας του juran	19
Σχήμα 1.3	Διάγραμμα ψαροκόκαλο (Fishbone Diagram)	21
Σχήμα 1.4	Διάγραμμα Διασποράς ή Διασκόρπισης	25
Σχήμα 1.5	Δομή Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας	31

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 7.1	Φύλο Εξωτερικών Ασθενών	73
Διάγραμμα 7.2	Ηλικία Εξωτερικών Ασθενών	73
Διάγραμμα 7.3	Οικογενειακή κατάσταση Εξωτερικών Ασθενών	74
Διάγραμμα 7.4	Εκπαίδευση Εξωτερικών Ασθενών	74
Διάγραμμα 7.5	Συχνότητες Ικανοποίησης Εξωτερικών Ιατρείων	75
Διάγραμμα 7.6	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Εξωτερικών Ιατρείων	75
Διάγραμμα 7.7	Συχνότητες Ικανοποίησης Υποδομών	75
Διάγραμμα 7.8	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υποδομών	76
Διάγραμμα 7.9	Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού	76
Διάγραμμα 7.10	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού	77
Διάγραμμα 7.11	Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού	77
Διάγραμμα 7.12	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού	78
Διάγραμμα 7.13	Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού	78
Διάγραμμα 7.14	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού	79
Διάγραμμα 7.15	Μελλοντική Επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία	79
Διάγραμμα 7.16	Σύσταση σε τρίτους	80
Διάγραμμα 7.17	Φύλο Εσωτερικών Ασθενών	80
Διάγραμμα 7.18	Ηλικία Εσωτερικών Ασθενών	81
Διάγραμμα 7.19	Οικογενειακή Κατάσταση Εσωτερικών Ασθενών	81
Διάγραμμα 7.20	Εκπαίδευση Εσωτερικών Ασθενών	82
Διάγραμμα 7.21	Ποιος συμπληρώνει το Ερωτηματολόγιο	82
Διάγραμμα 7.22	Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλεία	83
Διάγραμμα 7.23	Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Της Νοσηλείας	83
Διάγραμμα 7.24	Συχνότητες Ικανοποίησης Υποδομών Νοσοκομείου	84
Διάγραμμα 7.25	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υποδομών του Νοσοκομείου	84
Διάγραμμα 7.26	Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού	85
Διάγραμμα 7.27	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού	85
Διάγραμμα 7.28	Συχνότητες Ικανοποίησης των Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού	86
Διάγραμμα 7.29	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού	86
Διάγραμμα 7.30	Συχνότητες Ικανοποίησης των Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού	87
Διάγραμμα 7.31	Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού	87
Διάγραμμα 7.32	Μελλοντική Νοσηλεία στα Εσωτερικά Ιατρεία	88
Διάγραμμα 7.33	Σύσταση σε τρίτους	88

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛ.
Πίνακας 1.1	Βασικά Σύμβολα Ενός Διαγράμματος Ροής	22

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί Διπλωματική Εργασία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου και το Τμήμα Επιστημών Υγείας.

Εκφράζω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή της Διπλωματικής μου Εργασίας κ. Δημήτριο Δρόσο, καθηγητή του Α.Ε.Ι Πειραιά Τ.Τ. για την ανάθεση της Διπλωματικής Εργασίας και την καθοδήγηση του στα πλαίσια της εκπόνησης της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο - «Ο Άγιος Σάββας» για την άδεια που μου παρείχε να πραγματοποιήσω το ερευνητικό μέρος της Διπλωματικής μου Εργασίας. Θερμές ευχαριστίες στην κ. Μπαρμπαλιά Αικατερίνη, Προϊσταμένη των Εξωτερικών Ιατρείων, την κ. Ακαρέπη Βασιλική, Διευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και τις προϊσταμένες όλων των τμημάτων του νοσοκομείου για την αμέριστη βοήθειά τους στην πραγματοποίηση της έρευνάς μου.

Ακόμη ευχαριστώ τους επισκέπτες των Εξωτερικών Ιατρείων, τους νοσηλευόμενους ασθενείς και τους συγγενείς τους που έλαβαν μέρος στο ερευνητικό μέρος για τον χρόνο που διέθεσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου στους γονείς μου, Κωνσταντίνο και Δέσπω, και στον αδελφό μου Βασίλη, για την υλική και ηθική υποστήριξη και συμπαράσταση που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της Διπλωματικής μου Εργασίας.

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο Η έννοια της ποιότητας

1.1 Ορισμός της έννοιας Ποιότητα

Η ποιότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη και πολυσύνθετη έννοια, η οποία περιλαμβάνει πολλούς και διαφορετικούς τομείς της ζωής και της καθημερινότητας των ανθρώπων.

Σύμφωνα με τον International Organization for Standardization η ποιότητα είναι το σημείο εκείνο που αλληλοσυμπληρώνονται οι ανάγκες και οι προσδοκίες των αγοραστών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας (ΕΛΟΤ EN ISO 8402,1994).

Σύμφωνα με τον Crosby (1979) η Ποιότητα είναι η Συμμόρφωση των ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας σε αυτό που ζητάει ο πελάτης.

Ο Feigenbaum (1951) αναφέρει ότι η ποιότητα είναι οι συνολικές ιδιότητες ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που σχετίζονται με το μάρκετινγκ, την τεχνολογία, τη κατασκευή, και τη συντήρηση και εξαιτίας αυτών ικανοποιείται ή όχι ο πελάτης.

Η Ποιότητα οριζόμενη από το Kanou (1984) είναι ένα μοντέλο με δύο διαστάσεις. Η μια διάσταση είναι αντίστοιχη με την καταλληλότητα για χρήση, ενώ η άλλη αναφέρεται στις προσδοκίες του Πελάτη.

Ο Genichi Taguchi (1986) ορίζει την ποιότητα με αρνητικό τρόπο ως την απώλεια που μεταβιβάζεται στην κοινωνία από τη στιγμή που της αποστέλλεται το προϊόν.

Όπως προκύπτει λοιπόν από τους παραπάνω ορισμούς η έννοια της ποιότητας είναι καθαρά υποκειμενική και ο κάθε άνθρωπος-πελάτης-αγοραστής την αντιλαμβάνεται διαφορετικά ανάλογα με τα βιώματα, την κοινωνική θέση, την οικονομική κατάσταση, την ηλικία του κ.λ.π..

1.2 Ορισμός της έννοιας Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) είναι μια δομημένη προσπάθεια να επαναπροσδιορίσει κάποιος την συμπεριφορά ενός οργανισμού, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει πρακτικές, ώστε οι εργαζόμενοι θα είναι σε θέση να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και να βρίσκουν λύσεις σε προβλήματα για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των πελατών τους (Καμπουρίδης, 2001).

Σύμφωνα με τον Δερβιτσιώτη (1993), είναι μια φιλοσοφία που επιχειρεί να δημιουργήσει δέσμευση σε ολόκληρη την επιχείρηση, μέσω της συμμετοχής, για την

αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας με απώτερο στόχο τη μόνιμη ικανοποίηση των πελατών και την ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων και του κόστους, απαιτείται δε να εξισορροπήσει τις διαδικασίες, την τεχνολογία, τους εργαζομένους, την εργασία και τις δομές (Δερβιτσιώτη Ν, 1993).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί στρατηγική προσέγγιση της ανώτατης διοίκησης με στόχο την εκπαίδευση σε νέες τεχνικές, διαρκή εκπαίδευση των εργαζομένων και συνεχή βελτίωση προϊόντων και υπηρεσιών (Οικονομοπούλου κ.α., 2005).

Ο Τσιότρας (2002), αναφέρει ότι είναι ένας τρόπος διοίκησης με σκοπό την αποτελεσματική ανάπτυξη μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού και την αύξηση της ανταγωνιστικότητάς της. Αποσκοπεί στη συνεχή ικανοποίηση του πελάτη, τη μείωση του κόστους και την συμμετοχή αλόων των εργαζομένων.

Από όλα τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας χρησιμοποιείται από την εκάστοτε επιχείρηση ώστε να πετύχει τη συνεχή ικανοποίηση του πελάτη μέσα από την συνεχή βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών της.

1.3 Πλεονεκτήματα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η διαχείριση της ποιότητας θετικά και μόνο θετικά μπορεί να συμβάλλει σε μια επιχείρηση.

- Βελτίωση της γνώσης της ποιότητας στον οργανισμό της επιχείρησης δηλαδή κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά το σύστημα διαχείρισης ποιότητας που χρησιμοποιεί η επιχείρηση ώστε να μειωθούν τα λάθη άρα να μειωθεί και το κόστος.
- Καθορίζονται ξεκάθαρα αρμοδιότητες και ευθύνες για να ξέρει ο κάθε εργαζόμενος τι πρέπει να κάνει ώστε να μειωθεί ο χρόνος παραγωγής. Ακόμη, οι εργαζόμενοι συμμετέχουν περισσότερο στην επίτευξη των στόχων της ποιότητας με αποτέλεσμα να αισθάνονται περισσότερο χρήσιμοι και να ανυψώνεται το ηθικό τους και να αυξάνεται η παραγωγικότητά τους (Τσιότρας, 2002).
- Βελτίωση της εικόνας της επιχείρησης γιατί αν αυτό δεν γίνει τότε πλήττεται η αξιοπιστία της με αποτέλεσμα να χάνεται ένα μέρος της αγοράς με πολύ μεγάλο κόστος.

- Τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να έχει η επιχείρηση από την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Τα οικονομικά οφέλη μπορεί να είναι κέρδη, μείωση κόστους(Τσιότρας, 2002).
- Βοηθά στο να δει η επιχείρηση τις ανάγκες της αγοράς και να τις ικανοποιήσει με τον βέλτιστο τρόπο (Τσιότρας, 2002).
- Βελτίωση της παραγωγικότητας της επιχείρησης και μείωση του κόστους με αποτέλεσμα τη κέρδος.
- Βοηθά στην επικοινωνία. Η μη επικοινωνία δεν βοηθάει στην οργάνωση και αυτό οδηγεί σε χαμηλή παραγωγικότητα, κακή ποιότητα και διπλή δουλειά.
- Συμβάλλει στον έλεγχο και στη συνεχή βελτίωση(Τσιότρας, 2002).

Από τα παραπάνω πλεονεκτήματα αποσαφηνίζεται ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας φέρνει κέρδη στην επιχείρηση (Καμπουρίδης, 2001).

1.4 Μειονεκτήματα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Εκτός από πλεονεκτήματα η εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας μπορεί να έχει και μειονεκτήματα.

- Είναι σημαντική αύξηση λειτουργικών δαπανών για τις μικρές επιχειρήσεις. Λέγοντας αυτό εννοούμε ότι οι μικρές επιχειρήσεις για να εγκαταστήσουν ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας θα πρέπει να δαπανήσουν κάποια χρήματα που μπορεί να μην διαθέτουν τη στιγμή εκείνη.
- Επίσης, χρειάζεται αρκετός χρόνος και υπομονή για να αναπτύξει μια επιχείρηση μια καλή στρατηγική ποιότητας.
- Επιπρόσθετα, το πρότυπο είναι εστιασμένο μόνο στην παραγωγική διαδικασία και δεν είναι πάντοτε στους πελάτες και στην αγορά.
- Τέλος, μια κακή στρατηγική ποιότητας οδηγεί την επιχείρηση σε αποτυχία και μη συμμόρφωση στις απαιτήσεις του προτύπου με αποτέλεσμα να χάνει την εμπιστοσύνη και την αξιοπιστία των πελατών και των εργαζομένων της.

(Καμπουρίδης, 2001)

1.5 Εργαλεία και προσεγγίσεις που σχετίζονται με την Ποιότητα

Σε αυτή την ενότητα γίνεται αναφορά στους σημαντικότερους ανθρώπους που ασχολήθηκαν με την ποιότητα και την βελτίωσή της. Η ποιότητα είναι πολύ σημαντική για έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση άρα το ίδιο σημαντικό είναι και αυτοί που μιλούν γι' αυτή. οι θεωρητικοί της ποιότητας ονομάζονται αλλιώς και «gurus».

1.5.1 Edward Deming

Ο Deming, Αμερικανός στατιστικολόγος, πήγε στην Ιαπωνία μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο για να οργανώσει την Ιαπωνική βιομηχανία. Ο Deming είναι γνωστός για τα 14 σημεία του και για τον κύκλο Deming.

Οι 14 αρχές είναι:

1. Να δημιουργηθούν σταθεροί στόχοι για να βελτιωθούν προϊόντα και υπηρεσίες με στόχο να αναπτύξει μια επιχείρηση την ανταγωνιστικότητά της σε μακροχρόνιο και όχι σε βραχυχρόνιο επίπεδο.
2. Να υιοθετηθεί μια νέα φιλοσοφία από την επιχείρηση και να μην γίνονται δεκτά σφάλματα
3. Η ποιότητα πρέπει να συνδέεται με την παραγωγή
4. Να καταργηθεί η φιλοσοφία να επιλέγονται προμηθευτές με γνώμονα την τιμή.
5. Να υπάρχει κατά σταθερό τρόπο και συνεχόμενη βελτίωση στα συστήματα παραγωγής για να βελτιωθεί η ποιότητα και η παραγωγικότητα με στόχο τη μείωση του κόστους.
6. Να εκπαιδευτούν όλοι οι εργαζόμενοι σε θέματα ποιότητας
7. Να υπάρχει ένας αποτελεσματικός ηγέτης και να παρέχονται στους υπαλλήλους όλες οι τεχνικές και τα εργαλεία για να κάνουν όσο καλύτερα μπορούν την δουλειά τους.
8. Να απομακρυνθεί ο φόβος που πιθανόν να έχουν οι υπάλληλοι. Να μην τιμωρούνται για θέματα που αφορούν τα συστήματα ποιότητας.
9. Να καταργηθούν τα εμπόδια ανάμεσα στα τμήματα μιας εταιρίας
10. Να καταργηθούν προγράμματα που δεν παρέχουν καλύτερες συνθήκες ποιότητας.
11. Να καταργηθούν αυθαίρετοι στόχοι παραγωγής.

12. Να απομακρύνονται οι λόγοι που ένας εργαζόμενος δεν είναι ευχαριστημένος με την εργασία του.
13. Να ενθαρρύνεται η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε κάθε εργαζόμενο.
14. Να συμμετέχουν όλοι (Deming, 1986 & Cohen, 2011).

Ο κύκλος του Deming

Ο κύκλος του Deming ονομάζεται PDCA (Plan-Do-Check-Act). Είναι ένα εργαλείο που χρησιμεύει στο να βελτιώσει πολλές δραστηριότητες ποιότητας και προγράμματα εκπαίδευσης. Όπως παρατηρούμε στο Σχήμα 1.1 τα στάδια είναι (Deming 1993, Ζαβλανός 2006, Δερβιτσιώτης 1999):

Plan: Εδώ καθορίζονται οι στόχοι και οι διαδικασίες μιας επιχείρησης με σκοπό τα αποτελέσματα να είναι σύμφωνα με τις αποδόσεις. Επίσης προσδιορίζονται οι στόχοι και οι διαδικασίες ώστε να βγουν αποτελέσματα που να συμφωνούν με τις αποδόσεις.

Do: Εδώ εφαρμόζονται οι νέες διαδικασίες.

Check: Εδώ γίνεται έλεγχος των αποτελεσμάτων με τις αποδόσεις για τυχόν διαφορές.

Act: Σε αυτό το στάδιο γίνεται η ανάλυση των τυχόν διαφορών που θα προκύψουν



Σχήμα 1.1 : Κύκλος Deming(Taking the First Step with PDCA. 2009)

1.5.2 Joseph Juran

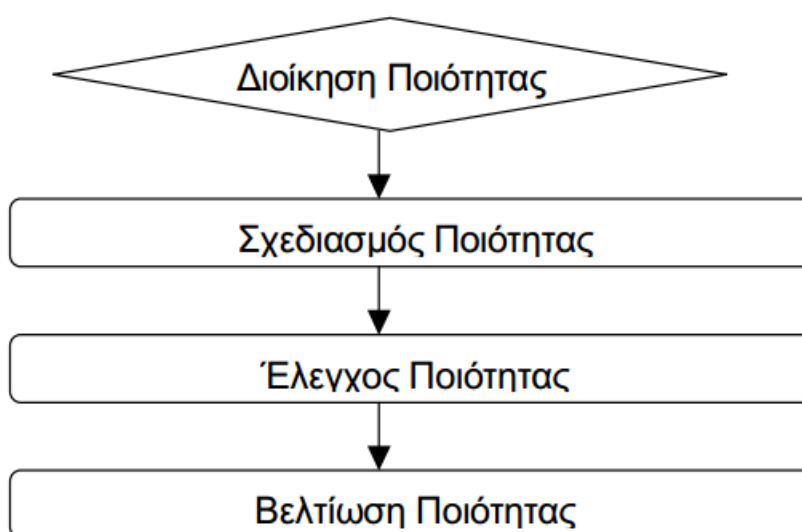
Ο Joseph Juran συνεργάτης της JUSE το 1950 για την υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην Ιαπωνία. Ο Juran λέει ότι τη ποιότητα την

σχεδιάζεις. Η διοίκηση της ποιότητας εξετάζεται ως μια οργανωμένη δομή για την ποιότητα, ισάξιο με άλλες επιχειρηματικές δραστηριότητες (οικονομικά, παραγωγικότητα, κλπ).

Η Τριλογία της ποιότητας του Juran (The Juran Trilogy)

Για να επιτύχουμε την ποιότητα σε μια επιχείρηση θα πρέπει να γίνει καθορισμός του οράματος, των πολιτικών και των στόχων. Για να μετατραπούν αυτοί οι στόχοι σε εκροές θα πρέπει να εφαρμόσουμε την Τριλογία του Juran, Τα βήματα που ακολουθούμε είναι τα εξής:

1. **Σχεδιασμός Ποιότητας (Quality Planning)**: Είναι το στάδιο στο οποίο δημιουργούνται τα προϊόντα και οι υπηρεσίες για τους πελάτες με σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες τους.
2. **Έλεγχος ποιότητας (Quality Control)**: Σε αυτό το στάδιο γίνεται ο έλεγχος ώστε να διαπιστωθεί αν οι προκαθορισμένοι στόχοι υλοποιήθηκαν και σε ποιο βαθμό και να γίνει σύγκριση με τις τελικές επιδόσεις.
3. **Βελτίωση Ποιότητας (Quality Improvement)**: Στο στάδιο αυτό δημιουργούνται νέες επιδόσεις εξαιτίας της μείωσης των εξόδων και των μη λειτουργικών προϊόντων με σκοπό τη μείωση του κόστους εξαιτίας της κακής ποιότητας (Juran, 1986).



Σχήμα 1.2: Η τριλογία ποιότητας του juran (Juran, 1986)

1.5.3 Philip Crosby

Ο Philip B. Crosby (1926-2001) θεωρείται ο πρωτεργάτης της φιλοσοφίας του «κάνε το σωστό με την πρώτη φορά» και την αρχή των «μηδέν λαθών». Επίσης μίλησε και για το κόστος Ποιότητας.

Οι 4 απόλυτες θέσεις του Crosby

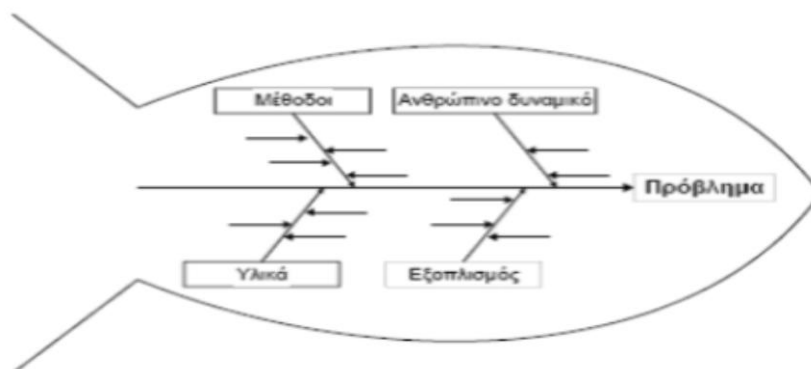
Σύμφωνα με τον Crosby (1979) η ποιότητα βασίζεται σε «Τέσσερις Απόλυτες Θέσεις».

1. Η πρώτη θέση του Crosby αναφέρει ότι ο ορισμός της ποιότητας είναι η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές. Σύμφωνα με αυτή τη θέση οι απαιτήσεις του πελάτη θα πρέπει να είναι αποσαφηνισμένες πλήρως ώστε να μην υπάρχει καμία παρανόηση. Όταν καθοριστούν αυτές οι απαιτήσεις τότε κάποιος θα μπορεί να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες ώστε τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες που παράγει μια επιχείρηση να συμμορφωθούν απόλυτα ως προς τις προδιαγραφές αυτές. Αν δεν γίνει αυτό τότε υπάρχει έλλειψη ποιότητας.
2. Η δεύτερη θέση του Crosby αναφέρει ότι ο καλύτερος τρόπος για να διασφαλίσεις την ποιότητα είναι η πρόληψη. Αναφορικά με τη θέση αυτή ο εντοπισμός των λαθών θα πρέπει να γίνεται από τους υπαλλήλους ή τα τμήματα που ευθύνονται γι' αυτά. Η ποιότητα που παρέχει η εκάστοτε επιχείρηση προέρχεται από τα επιμέρους τμήματα της επιχείρησης και όχι από το ίδιο το τμήματα ποιότητάς της. Το τμήμα ποιότητας θα πρέπει να υπολογίζει με συνεχείς μετρήσεις το βαθμό συμμόρφωσης προς τις προδιαγραφές ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Η βελτίωση της ποιότητας με κύριο γνώμονα τον έλεγχο για τα ελαττωματικά προϊόντα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους.
3. Η τρίτη θέση του Crosby αναφέρει ότι ο σκοπός στην επίτευξη ποιότητας πρέπει να είναι ο μηδενισμός των ελαττωματικών. Αναλύοντας αυτή τη θέση διαπιστώνουμε ότι ο κάθε εργαζόμενος από τη θέση που βρίσκεται θα πρέπει να κάνει τις ενέργειες σωστά από την πρώτη φορά αλλά και κάθε φορά. Θα πρέπει να στοχεύουν στο έργο για να προλαμβάνουν τα λάθη και όχι να τα διορθώνουν αφότου γίνουν.

4. Η τέταρτη θέση του Crosby είναι ότι η μέτρηση της ποιότητας θα πρέπει να γίνεται με βάση το κόστος της μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις του πελάτη. Αναφερόμενοι σε αυτή τη θέση διαπιστώνουμε ότι η ποιότητα είναι δωρεάν. Το κόστος δημιουργείται από τις ενέργειες που δεν έγιναν σωστά από την πρώτη φορά. Οι πληροφορίες αυτές για το κόστος δίνουν στην διοίκηση της επιχείρησης τα αποτελέσματα εκείνα που τη βοηθά στη λήψη αποφάσεων με αποδείξεις και όχι με υποθέσεις.

1.5.4 Kaoru Ishikawa

Ο Ishikawa ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε με τους κύκλους ποιότητας (Quality Circles). Επίσης μίλησε και για το διάγραμμα ψαροκόκαλο (Fishbone Diagram) γνωστό και ως διάγραμμα αιτίου-αποτελέσματος. Κάθε αιτία που προκαλείται φέρνει και ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Αυτές οι αιτίες μπορεί να είναι οι άνθρωποι-εργαζόμενοι που συμμετέχουν στην διαδικασία με όποιο τρόπο και από όποιο πόστο μπορεί ο καθένας. Επίσης είναι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται οι οποίες περιλαμβάνουν νομοθεσία και κανόνες. Ακόμη είναι τα μηχανήματα και τα υλικά που χρησιμοποιούνται για να εκτελεστεί αυτή η διαδικασία και αυτά είναι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, εργαλεία ποιότητας, οι πρώτες ύλες, η γραφική ύλη ώστε να γίνει παραγωγή ενός προϊόντος ή να υλοποιηθεί μια υπηρεσία. Ακόμη ένα αίτιο είναι οι μετρήσεις οι οποίες χρησιμεύουν ώστε να αξιολογηθεί η ποιότητα και να βγουν συμπεράσματα για τυχόν περαιτέρω βελτίωσή της. Τέλος είναι και το περιβάλλον που περιλαμβάνει το τόπο, τον χρόνο και την θερμοκρασία (Ishikawa, 1968).



Σχήμα 1.3: Διάγραμμα ψαροκόκαλο (Fishbone Diagram)
(Ishikawa, 1968)

1.5.4.1 Τα Εργαλεία Ποιότητας του Ishikawa

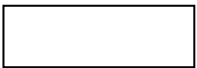
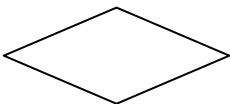


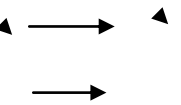
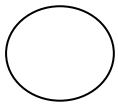
Τα εργαλεία ποιότητας που χρησιμοποιούν οι επιχειρήσεις για τον έλεγχο των διαδικασιών τους ή την βελτίωση της ποιότητάς τους σύμφωνα με τον Ishikawa είναι:

1. Το Διάγραμμα Ροής

Το διάγραμμα ροής, είναι ένα εργαλείο για να καταγράφεται μια διαδικασία βήμα προς βήμα για την παραγωγή ενός νέου προϊόντος ή την παροχή μιας υπηρεσίας. Επίσης χρησιμοποιείται για τη βελτιωθεί η ποιότητα με μείωση χρόνου και κόστους καθώς και για να καταγράψει ή να περιγράψει μια διαδικασία που έχει αλλάξει ή τροποποιηθεί και για να ελέγξει αν εφαρμόζεται σωστά αυτή. Το διάγραμμα αυτό μπορεί να είναι πολύπλοκο και χρειάζεται να διασπαστεί σε μικρότερα τμήματα ώστε να γίνει πιο εύκολη η κατανόηση του (Λογοθέτης, 2005).

Υπάρχουν κάποια βασικά σύμβολα που βλέπουμε σ' ένα διάγραμμα ροής. Αυτά είναι:

Πίνακας 1.1: Βασικά Σύμβολα Ενός Διαγράμματος Ροής (Λογοθέτης, 2005)

	Απεικονίζει μια δραστηριότητα
	Αντιστοιχεί σε σημείο απόφασης από το οποίο μπορούν να ξεκινήσουν δυο οι περισσότεροι κλάδοι
	Αντιστοιχεί στην αρχή ή στο τέλος μιας διαδικασίας
	Αντιστοιχεί σε κάποιο έντυπο
	Δείχνουν τη ροή της διαδικασίας
	Δείχνει ότι το διάγραμμα ροής συνεχίζεται σε άλλο σημείο

2. Το Φύλλο Ελέγχου

Το φύλλο ελέγχου είναι ένα εργαλείο στο οποίο καταγράφονται τα δεδομένα ποιοτικά ή ποσοτικά τη στιγμή που συλλέγονται. Στο φύλλο ελέγχου τα δεδομένα

αποτυπώνονται με τη μορφή σημαδιών και αναλόγως το που καταγράφονται πάνω στο φύλλο έχουν και διαφορετική σημασία. Το φύλλο ελέγχου περιλαμβάνει ένα τίτλο, το όνομα αυτού που συμπλήρωσε το φύλλο, τι δεδομένα συλλέχθηκαν, ημερομηνία συλλογής δεδομένων, τοποθεσία συλλογής δεδομένων καθώς και ο λόγος που συλλέχθηκαν (Ζιάκας Φ., 2008).

3. Το Ιστόγραμμα

Το Ιστόγραμμα χρησιμοποιείται από μια επιχείρηση για να ενημερώσει τους υπαλλήλους της για μια συγκεκριμένη διαδικασία. Χρησιμοποιώντας αυτό το εργαλείο η εκάστοτε επιχείρηση συλλέγει στοιχεία για την παρούσα κατάσταση της διαδικασίας και μετά από ανάλυσή τους βγαίνουν συμπεράσματα με σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα.

Πρώτο στάδιο είναι να ομαδοποιηθούν οι μετρήσεις. Έτσι διαιρείται η έκταση των μετρήσεων σε ένα ορισμένο αριθμό ίσων διαδοχικών διαστημάτων. Αυτά τα διαστήματα ονομάζονται κλάσεις και σε κάθε κλάση θα αντιστοιχήσουμε το πλήθος των μετρήσεων που ανήκουν σε αυτήν. Ο καθορισμός του αριθμού των κλάσεων είναι κατά μεγάλο μέρος υποκειμενικός. Μετά τον προσδιορισμό του αριθμού των κλάσεων ακολουθεί ο προσδιορισμός των άνω και κάτω ορίων τους καθώς και οι αντίστοιχες συχνότητες. Έπειτα κατασκευάζουμε το ιστόγραμμα με βάση τις συχνότητες της κάθε κλάσης. Στον οριζόντιο άξονα τοποθετούμε τις κλάσεις και στον κάθετο άξονα τοποθετούμε τις συχνότητες. Στη συνέχεια κατασκευάζουμε ορθογώνια παραλληλόγραμμα που το ύψος τους φτάνει μέχρι τη συχνότητα της κάθε κλάσης. (Ζιάκας Φ., 2008).

4. Η Ανάλυση Pareto

Η ανάλυση αυτή έχει αναπτυχθεί από τον Οικονομολόγο και Κοινωνιολόγο Vilfredo Pareto με καταγωγή από την Ιταλία και αναπαριστάται με ένα διάγραμμα που αποτυπώνει τον πλούτο και την φτώχεια στην Ευρωπαϊκή επικράτεια.

Το αποτέλεσμα που έβγαλε η έρευνα έλεγε ότι το 80% του πλούτου ήταν συγκεντρωμένο στο 20% του πληθυσμού. Σκοπός της ανάλυσης Pareto είναι να διαπιστώσει τις κυριότερες αιτίες πρόκλησης ενός δυσάρεστου γεγονότος και να βρει τις αντίστοιχες λύσεις. Είναι ένα διάγραμμα που αποτελείται από παραλληλόγραμμα. Τα παραλληλόγραμμα που βρίσκονται πιο πάνω εμφανίζουν τις κυριότερες αιτίες ενός δυσάρεστου γεγονότος ενώ τα παραλληλόγραμμα που βρίσκονται πιο κάτω

εμφανίζουν τις λιγότερο σημαντικές και χρησιμοποιείται σαν εργαλείο για συνεχή βελτίωση. Δηλαδή αφού γίνει ένα διάγραμμα και η ανάλυσή του εμφανίσει τις κυριότερες αιτίες δημιουργίας ενός προβλήματος, ακολουθούν οι διορθωτικές ενέργειες για την αντιμετώπισή τους. Στη συνέχεια για να διαπιστωθεί αν οι διορθωτικές ενέργειες είχαν το αναμενόμενο αποτέλεσμα επαναλαμβάνεται το διάγραμμα Pareto στο οποίο θα πρέπει να έχουν μειωθεί τα ύψη των υψηλότερων παραλληλογράμμων του προηγούμενου διαγράμματος (Ζιάκας Φ., 2008).

5. Το Διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος

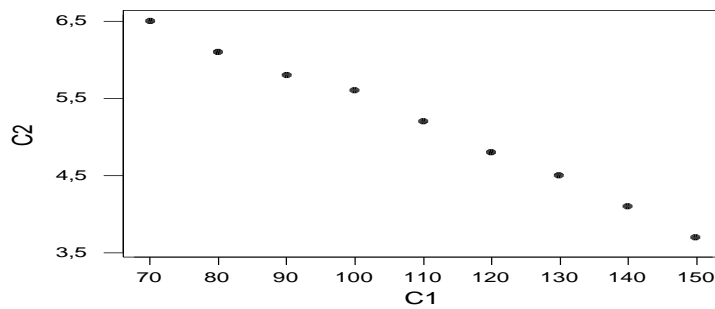
Το διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος παρουσιάζει τους διάφορους παράγοντες, μέσα σε ένα σύστημα ή μια παραγωγική διαδικασία, που συντελούν στη δημιουργία ενός προβλήματος. Το διάγραμμα αυτό αναπτύχθηκε το 1943 από τον Ishikawa, για το λόγο αυτό είναι γνωστό και ως διάγραμμα Ishikawa.

Για την κατασκευή του απαιτείται να προσδιορισθεί με ακρίβεια το πρόβλημα που θέλουμε να αντιμετωπίσουμε και να διατυπωθεί με σαφήνεια και είναι κάτι που προσδιορίζεται στα δεξιά του διαγράμματος. Στη συνέχεια σχεδιάζεται ένα σκελετός του διαγράμματος, του οποίου οι κύριοι κλάδοι αντιστοιχούν στους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν το πρόβλημα. Οι παράγοντες αυτοί συνήθως είναι:

- Οι άνθρωποι
- Τα υλικά
- Το περιβάλλον
- Η μέθοδος
- Οι μηχανές

6. Το Διάγραμμα Διασποράς ή Διασκόρπισης

Το διάγραμμα Διασποράς ή Διασκόρπισης δείχνει αν δύο μεταβλητές σχετίζονται ή όχι μεταξύ τους.



Σχήμα 1.4: Διάγραμμα Διασποράς ή Διασκόρπισης (Ζιάκας Φ., 2008)

Αφού κατασκευαστεί το διάγραμμα προχωράμε στην ερμηνεία του. Για να ισχυριστούμε ότι οι δύο μεταβλητές έχουν σχέση μεταξύ τους θα πρέπει τα σημεία να σχηματίζουν ένα λεπτό νέφος το οποίο θα εκτείνεται είτε από κάτω αριστερά και κατεύθυνση πάνω δεξιά, είτε από πάνω και αριστερά προς τα κάτω και δεξιά. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει θετική συσχέτιση των δύο μεταβλητών, δηλαδή όσο αυξάνεται η μία αυξάνεται και η άλλη, Στην δεύτερη περίπτωση υπάρχει αρνητική συσχέτιση και ισχύει ακριβώς το αντίθετο.

Το διάγραμμα Ελέγχου είναι ένα διάγραμμα που απεικονίζει το εύρος απόκλισης ενός κριτηρίου. Τα όρια του εύρους βρίσκονται ανάμεσα σε δύο παράλληλες γραμμές (ανώτερο και κατώτερο επίπεδο).

Όσον αφορά την ερμηνεία των διαγραμμάτων, υπάρχουν διάφορα κριτήρια που δείχνουν περιπτώσεις όπου μια διαδικασία παρουσιάζει ενδείξεις, ότι είναι εκτός στατιστικού ελέγχου. Πρώτον, ένα τουλάχιστον σημείο να βρίσκεται εκτός των ορίων (άνω και κάτω) αυτό σημαίνει ότι η επιχείρηση αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα και θα πρέπει να γίνει έρευνα για να διαπιστωθεί το πρόβλημα αυτό και μετά να προβεί σε διορθωτικές κινήσεις. Δεύτερον, έξι συνεχόμενα σημεία να εμφανίζουν ανοδική ή καθοδική τάση που σημαίνει ότι η διαδικασία είναι και πάλι εκτός στατιστικού ελέγχου. Τέλος, δύο συνεχή σημεία να βρίσκονται πολύ κοντά στο ανώτατο ή κατώτατο όριο (Ταγαράς, 2001).

1.6 Το τρίπτυχο Donabedian

Για να αξιολογήσουμε την ποιότητα υπηρεσιών υγείας λαμβάνουμε υπόψη μας τρία χαρακτηριστικά γνωστά και ως «Τρίπτυχο του Donabedian». Πρώτο

χαρακτηριστικό είναι η Δομή (Structure) στην οποία περιλαμβάνονται οι υποδομές των νοσοκομείων και τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Είναι μια σημαντική παράμετρος για να είναι ποιοτικές οι υπηρεσίες υγείας αλλά δεν είναι και αυτή που θα μειώσει την ποιότητα αν είναι όπως πρέπει (Σταυρόπουλος, 2009). Η δομή περιλαμβάνει το επίπεδο του συστήματος στο οποίο εσωκλείονται οι οικονομικοί πόροι, η υλικοτεχνική υποδομή, η πρόσβαση στο νοσοκομείο και η εξυπηρέτηση των ασθενών, το επίπεδο του οργανισμού περιλαμβάνει το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου, τις επαρκείς κλίνες, τον κτιριακό εξοπλισμό, τη χρηματοδότηση που λαμβάνει το νοσοκομείο και τέλος το ατομικό επίπεδο που έχει να κάνει με την επάρκεια του προσωπικού, την ικανοποίηση ή όχι του προσωπικού. Δεύτερη διάσταση είναι η Διαδικασία (Process), εδώ αξιολογείται η πορεία του ασθενή (COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTHCARE IN AMERICA, 2001). Μέσα από τις μετρήσεις της ποιότητας διαπιστώνεται ποια πράγματα θα πρέπει να βελτιωθούν. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από δύο κριτήρια. Πρώτον, την τεχνική διάσταση που αφορά τις επισκέψεις, την φαρμακευτική αγωγή και τις διαγνωστικές εξετάσεις και την διαπροσωπική διάσταση που έχει να κάνει με σχέση ασθενή και επαγγελματία υγείας. Τέλος, τρίτη διάσταση στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι τα αποτελέσματα (outcomes) στα οποία αναφέρεται η συνολική φροντίδα υγείας και τα οφέλη ή όχι προσέφερε στους ασθενείς. Ο κάθε ασθενής αξιολογεί διαφορετικά το εκάστοτε αποτέλεσμα μέσα από έρευνες ικανοποίησης για να διαπιστωθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και αν οι υπηρεσίες που έλαβε ήταν ποιοτικές (ARAOA, KLAZINGANS, DELNOIJDM, TENASBROEKAN, CUSTERST, 2003).

1.7 Εισαγωγή στα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας

1.7.1 Ορισμός

Το 1998 ο James διατύπωσε ότι ένα σύστημα ποιότητας σχεδιάστηκε για να υποστηρίζει και να διεξάγει αποτελεσματικές δράσεις ποιότητας σε μια επιχείρηση.

Το σύστημα ποιότητας έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίζει και να προσφέρει σε μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό έναν αποτελεσματικό τρόπο ελέγχου της ποιότητας (James,1998).

Πιο συγκεκριμένα ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας είναι μία σειρά από εσωτερικούς κανόνες που καθορίζονται πλήρως από μία συλλογή πολιτικών, μεθόδων και καλά τεκμηριωμένων διαδικασιών. Ένα τέτοιο σύστημα καθορίζει πως ένας οργανισμός θα πετύχει τη δημιουργία και διανομή του προϊόντος ή της υπηρεσίας στους πελάτες. Όταν εφαρμοστεί σε μία εταιρία ή οργανισμό το σύστημα διαχείρισης ποιότητας πρέπει να είναι εξειδικευμένο στο προϊόν που παρέχεται οπότε είναι αναγκαίο να προσαρμοστεί σε αυτές τις ανάγκες (Hammar, 2015).

Εν τέλη όλα τα παραπάνω μπορούμε να τα συνοψίσουμε με τον ορισμό που χαρακτηρίζει ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας ως το σύνολο των διαδικασιών που στοχεύουν να μειώσουν και τελικά να εξαλείψουν τις ασυμφωνίες μεταξύ των προδιαγραφών, των προτύπων και των προσδοκιών του πελάτη με τον πιο οικονομικό και αποδοτικό τρόπο.

1.7.2 Ιστορική Αναδρομή

Τα πρώτα Συστήματα Ποιότητας εμφανίστηκαν στη μεσαιωνική Ευρώπη. Εκείνη την εποχή στα τέλη του 13ου αιώνα δημιουργήθηκαν οι πρώτες οργανωμένες ενώσεις εργατών οι επονομαζόμενες συντεχνίες. Μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα, η παραγωγή στον βιομηχανικό κόσμο τείνει να ακολουθεί το μοντέλο των συντεχνιών (Δερβιτσιώτης, 2001). Το εργοστασιακό σύστημα, με έμφαση στην ποιοτική επιθεώρηση προϊόντων, ξεκίνησε στη Μεγάλη Βρετανία στα μέσα της δεκαετίας του 1750 και γιγαντώθηκε κατά την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης στις αρχές του 1800. Χρειάστηκε άλλος ένας αιώνας μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα ώστε οι κατασκευαστές να αρχίσουν να συμπεριλαμβάνουν διαδικασίες ποιοτικών ελέγχων στις μονάδες παραγωγής. Κατά την διάρκεια του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου η ποιότητα έγινε ένας κρίσιμος παράγοντας των πολεμικών εκστρατειών καθώς εξοπλισμός που είχε κατασκευαστεί στην μία άκρη του κόσμου έπρεπε να δουλεύει αποδοτικά σε όλα τα θέατρα επιχειρήσεων κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Οι ένοπλες δυνάμεις αρχικά επιθεωρούσαν σχεδόν κάθε μονάδα προϊόντος. Στη συνέχεια, για να απλοποιηθεί και να επιταχυνθεί η διαδικασία αυτή χωρίς να διακυβεύεται η ασφάλεια, οι στρατιωτικοί άρχισαν να χρησιμοποιούν τεχνικές δειγματοληψίας για επιθεώρηση, με τη βοήθεια της δημοσίευσης στρατιωτικών προδιαγραφών και μαθημάτων κατάρτισης στις τεχνικές ελέγχου. Η γέννηση των ολοκληρωμένων συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στο δυτικό κόσμο ήρθε ως

άμεση απάντηση στην ποιοτική επανάσταση στην Ιαπωνία μετά το τέλος του πολέμου (www.iso.gr). Οι Ιάπωνες αντί να επιθεωρούν βελτίωναν όλες τις οργανωτικές διαδικασίες με βοηθούς τους ανθρώπους που χρησιμοποιούσαν τα συστήματα ποιότητας. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970, οι σημαντικότεροι βιομηχανικοί κλάδοι όπως οι αυτοκινητοβιομηχανίες και οι κατασκευαστές ηλεκτρονικών συστημάτων, είχαν γνωρίσει έναν απίστευτα υψηλού επιπέδου ανταγωνισμό που τους οδήγησε να εμβαθύνουν όχι μόνο στις στατιστικές μεθόδους αλλά και σε πρωτοποριακές προσεγγίσεις που αγκάλιαζαν που κάλυπταν όλο τον οργανισμό και ονομάστηκαν Ολοκληρωμένα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας.

Τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα και συγκεκριμένα το 1983 Ο Διεθνής Οργανισμός Προτύπων (ISO) καταλαβαίνει τη σημαντικότητα ύπαρξης τέτοιων προσεγγίσεων και προτύπων και ξεκινάει τη δημιουργία ενός διεθνούς προτύπου βασισμένο στο βρετανικό πρότυπο BS 5750. Στη χώρα μας ονομάστηκε ΕΛΟΤ EN ISO 9000, και περιλάμβανε τα ISO 9001, 9002 και 9003. Το ISO 9000 απευθύνεται σε όλες τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς. Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 αυτής εστιάζουν στη διαχείριση της ποιότητας και στην ικανοποίηση των προσδοκιών των καταναλωτών και των νομικών απαιτήσεων καθώς και στην βελτίωσή της μέσα από μετρήσεις του συστήματος για την διαπίστωση της αποτελεσματικότητάς του (www.iso.gr).

Κατά το πέρασμα στην νέα Χιλιετία το έτος 2000 αναθεωρήθηκε για δεύτερη φορά το ISO 9001 και φαίνεται πως ενηλικιώθηκε εξελισσόμενο πέρα από τα όρια του κατασκευαστικού τομέα στον τομέα υπηρεσιών υγείας, στο τομέα εκπαίδευσης και στον τομέα διοίκησης.

Το 2008 αναθεωρήθηκε ξανά το πρότυπο ISO 9001 και συγκεκριμένα στις 19 Δεκεμβρίου αλλά εκδόθηκε στα ελληνικά στις 25 Φεβρουαρίου του 2009. Το ISO 9001:2008 έχει την ίδια δομή με το ISO 9001:2000. Η επιχείρηση εγκαθιστά αυτό το πρότυπο για να κάνει ελέγχους και μετρήσεις. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων συνεχώς ανασκοπούνται, με σκοπό να ελέγχεται η καλή λειτουργία του συστήματος και να γίνονται οι απαραίτητες αλλαγές. Οι σημαντικότερες αλλαγές που έχει η νέα αυτή έκδοση είναι ο ορισμός της υπεργολαβίας (outsourcing). Στόχος της νέας έκδοσης είναι να πετύχει τη συμβατότητα ανάμεσα στο ISO 9001:2008 και στο ISO 14001:2004. Ακόμη δίνει έμφαση στις επιχειρηματικές δραστηριότητες του οργανισμού, δίνει προσοχή σε νομικά και κανονιστικά θέματα και απαιτεί από τον οργανισμό να παρέχει στους πελάτες προϊόντα και υπηρεσίες που να ικανοποιούν τις

απαιτήσεις τους. Τέλος, το ISO9001:2008 εξελίσσει την προσπάθεια του οργανισμού για ανάπτυξη, εφαρμογή και βελτίωση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας με σκοπό και στόχο την ικανοποίηση των πελατών (Συντυχάκη, 2010).

Το 2015 αναθεωρήθηκε ξανά το ISO 9001. Η νέα έκδοση το ISO9001:2015 επικεντρώθηκε στον τομέα των υπηρεσιών. Ήταν και παλιότερα εφαρμόσιμο σε υπηρεσίες αλλά τώρα είναι πιο εστιασμένο από ποτέ. Αναλυτικότερα, οι βασικές αλλαγές που υπάρχουν στην προηγούμενη και σε αυτή την έκδοση εστιάζονται στην δομή του προτύπου, δίνεται έμφαση στην ηγεσία, δίνεται έμφαση στους στόχους, τη μέτρηση και τη διαχείριση αλλαγών με σκοπό την ικανοποίηση των πελατών, στην επικοινωνία και ευαισθητοποίηση και τέλος περιορίζονται οι απαιτήσεις τεκμηρίωσης. Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της νέας έκδοσης είναι να δίνεται βαρύτητα στην ανάλυση και διαχείριση των κινδύνων που προκύπτουν και αυτό γιατί μειώνονται οι επιπτώσεις στην απόδοση και δημιουργούνται νέες ευκαιρίες για τον οργανισμό (TÜV HELLAS (TÜV NORD), 2016).

1.7.3 Δομή και ανάλυση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας

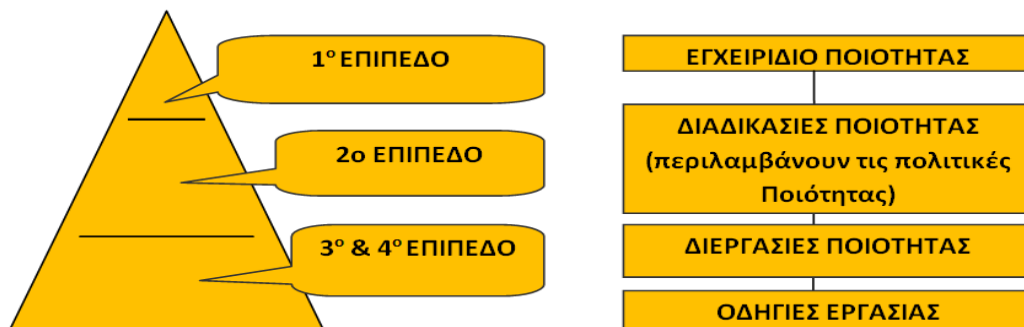
Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας αποτελείται από τα εξής επίπεδα.

- **Το Εγχειρίδιο Ποιότητας (1^ο Επίπεδο):** Είναι το ανώτατο επίσημο έγγραφο που παράγεται από έναν οργανισμό στο οποίο περιγράφεται και καθορίζεται πως λειτουργεί το Σύστημα Διοίκησης Ποιότητας. Σε αυτό ο οργανισμός παρουσιάζει το σύστημα ποιότητας, ουσιαστικά τον ίδιο τον εαυτό του, ακόμα και τον τρόπο σκέψης και προσέγγισης των πραγμάτων. Ένα μικρό και καθαρογραμμένο εγχειρίδιο ποιότητας δίνει την εντύπωση ενός οργανισμού που πραγματικά ξέρει τι θέλει και κάνει. Ένα καλό εγχειρίδιο διευκολύνει τη δουλειά του συντάχτη και του δίνει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει καλύτερα το σύστημα και μαζί με τους συνεργάτες του να το βελτιώσει. Αυτό που είναι πιο σημαντικό σε ένα τέτοιο εγχειρίδιο είναι ότι είναι χρήσιμο στους εκπροσώπους της διοίκησης μεγάλων εταιριών οι οποίες συχνά θεωρούν ως προαπαιτούμενο από τους προμηθευτές τους να έχουν ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας και μπορεί να απαιτήσουν να δουν ένα εγχειρίδιο ποιότητας κατά την διαδικασία επιλογής προμηθευτή.(Αρβανιτογιάννης &

Κούρτης, 2001 και <https://advisera.com/9001academy/knowledgebase/the-future-of-the-quality-manual-in-iso-90012015/>).

- **Οι Διαδικασίες Ποιότητας (2^ο Επίπεδο):** Ο όρος "διαδικασία ποιότητας" αναφέρεται στην προσέγγιση και την επιχειρησιακή οργάνωση που χρησιμοποιείται για να επιτευχθούν οι στόχοι της πολιτικής ποιότητας. Σε αυτό το επίπεδο είναι οι έγγραφες διαδικασίες που συμβαδίζουν παράλληλα με τις πραγματικές δραστηριότητες σε μια επιχείρηση ή οργανισμό σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Επειδή η εφαρμογή μιας διαδικασίας ποιότητας απαιτεί συχνά οργανωτικές αλλαγές, πρέπει να ξεκινήσει με τη συμμετοχή του υψηλότερου επιπέδου ιεραρχίας. Η σύνταξη μιας επιστολής δέσμευσης που υπογράφεται από τη διοίκηση θέτει τη διαδικασία σε ισχύ και νομιμοποιεί τον διαχειριστή ποιότητας να επέμβει όταν χρειάζεται να εφαρμοστούν λειτουργικές αλλαγές. Μια ποιοτική διαδικασία εξαρτάται από τα διαδοχικά σχέδια δράσης που επιτρέπουν σε μια επιχείρηση να εντοπίζει και να επισημοποιεί βραχυπρόθεσμους στόχους και τα μέσα για την αντιμετώπισή τους (Αρβανιτογιάννης & Κούρτης, 2001).
- **Οι Διεργασίες Ποιότητας (Process) (3^ο Επίπεδο):** Μια Διεργασία Διαχείρισης Ποιότητας είναι ένα σύνολο διεργασιών που ακολουθούνται για να διασφαλιστεί ότι τα παραδοτέα παραγόμενα από μια ομάδα είναι "κατάλληλα για το σκοπό". Η έναρξη της Διεργασίας Διαχείρισης Ποιότητας περιλαμβάνει τον καθορισμό στόχων ποιότητας, οι οποίοι συμφωνούνται με τον πελάτη. Στη συνέχεια, διεξάγεται μια "Διεργασία Διασφάλισης Ποιότητας" και "Διεργασία Ελέγχου Ποιότητας" για τη μέτρηση και αναφορά της πραγματικής ποιότητας των παραδοτέων. Στο πλαίσιο της Διεργασίας Διαχείρισης Ποιότητας, εντοπίζονται και επιλύονται γρήγορα προβλήματα ποιότητας. Μια διεργασία είναι αναγκαία να υλοποιείται όταν χρειάζεται βελτίωση της ποιότητας. Είτε παράγονται παραδοτέα ως μέρος ενός έργου είτε μιας επιχειρησιακής ομάδας μια αποτελεσματική διεργασία διαχείρισης της ποιότητας και διασφάλισης της ποιότητας θα είναι πάντα επωφελής για την αποφυγή σφαλμάτων που θα προκαλέσουν προβλήματα (Αρβανιτογιάννης & Κούρτης, 2001).
- **Οι Οδηγίες Εργασίας (4^ο Επίπεδο):** Στο τελευταίο επίπεδο ως οδηγίες εργασίας ορίζουμε όλες εκείνες τις οδηγίες που περιγράφουν λεπτομερώς πώς ένα άτομο θα εκτελέσει ένα συγκεκριμένο τμήμα μιας διαδικασίας. Μια

οδηγία εργασίας κάποιες φορές χρησιμοποιείται για να παρέχει περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με συγκεκριμένα καθήκοντα μέσα σε μια διαδικασία. Τα οφέλη που παρουσιάζουν οι οδηγίες εργασίας είναι ότι συχνά εξυπηρετούν ως μία εύχρηστη αναφορά για την εκπαίδευση νέων υπαλλήλων, για εργασίες που εκτελούνται σπάνια ή για πιθανές προαγωγές. Επίσης συμβάλουν στη συνοχή εκτέλεσης της εργασίας και μπορεί να απαιτηθούν για πιστοποίηση ή διαπίστευση με τρίτους, όπως ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) κατά την διάρκεια του συχνού φαινομένου των βοηθών μερικής απασχόλησης. Τα τελευταία χρόνια οι οδηγίες εργασίας συχνά έχουν αντικατασταθεί με σαφώς γραπτές και καθορισμένες διαδικασίες ή διαγράμματα ροής εργασιών (Αρβανιτογιάννης & Κούρτης, 2001).



Σχήμα 1.5 : Δομή Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας (Αρβανιτογιάννης & Κούρτης, 2001)

1.7.4 Προϋποθέσεις και πλεονεκτήματα στην εγκατάσταση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας

Στη περίπτωση που ένα προϊόν συνεχώς συναντά αποκλίσεις στη ποιότητά του και παρατηρείται η ανάγκη τροποποίησής και επιδιόρθωσής του μπορούμε να χαρακτηρίσουμε το σύστημα διαχείρισης ποιότητας ως μη επαρκές. Αρχικά η επιχείρηση παράγαγε ελαττωματικά προϊόντα και όταν αργότερα έβρισκε τα λάθη αυτό της κόστιζε σε χρόνο και σε χρήμα. Όταν η επιχείρηση άρχισε να καταλαβαίνει ότι εφαρμόζοντας ένα σύστημα πρόληψης θα παράγει προϊόντα περισσότερο ποιοτικά. Για να εγκατασταθεί λοιπόν ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας θα πρέπει να δεσμευτεί όλη η διοίκηση και το προσωπικό να αναπτύξει την ποιότητα. Με ένα τέτοιο σύστημα η επιχείρηση εφαρμόζει την ποιότητα από την αρχή μέχρι το

τέλος της διαδικασίας παραγωγής ενός προϊόντος (πρώτες ύλες, σχεδιασμός, ανάπτυξη, παραγωγή, αποστολή προϊόντων).

Μια επιχείρηση που λαμβάνει πιστοποίηση για το σύστημα ποιότητας που χρησιμοποιεί μπορεί να έχει πολλά οφέλη. Πρώτον, με την βελτίωση της ποιότητας η επιχείρηση αναπτύσσεται και μειώνει το κόστος της, αυξάνει το κέρδος της και η εφαρμογή προτύπων ποιότητας γίνεται υποχρεωτική. Επίσης η επιχείρηση αποκτά στρατηγικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών της και αυτό την αναγκάζει να επιζητά όσο τίποτα άλλο την καλύτερη ποιότητα. Ένα άλλο όφελος που μπορεί να έχει η επιχείρηση είναι ο καλύτερος διαχειριστικός έλεγχος. Με αυτό τον τρόπο διαχειρίζεται καλύτερα τις διαδικασίες της και υπάρχει διαφάνεια σ' αυτές και βάζει σε μια τάξη τις οργανωτικές της λειτουργίες (www.iso.org). Επίσης αποκτά αξιοπιστία απέναντι στους πελάτες και τους προμηθευτές της ώστε να αυξήσει την εμπιστοσύνη τους προς αυτή, να βελτιώσει τη φήμη της και αυξήσει τα έσοδα της. Μέσα από το πρότυπο ποιότητας η επιχείρηση θα μπορεί να εντοπίσει σε ποια τμήματά της χρειάζονται βελτιώσεις στις διαδικασίες λειτουργίας. Η επιχείρηση μέσα από τη διαδικασία εφαρμογής του προτύπου βελτιώνει την ποιότητα των προϊόντων που παράγει και των υπηρεσιών που προσφέρει μειώνοντας το κόστος παραγωγής και των την παραγωγή ελαττωματικών προϊόντων. Τέλος, μέσω του επανελέγχου που επιβάλλει το πρότυπο βαλτώνεται η επικοινωνία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση του κλίματος συνεργασίας(www.iso.org).

1.7.5 Πιστοποίηση: στάδια, χρόνος, κόστος

Η διαδικασία της πιστοποίησης είναι η διαδικασία που αφορά στο να εξακριβώσει, να επαληθεύσει και στο τέλος να επικυρώσει μέσω ενός ανεξάρτητου φορέα με αναγνωρισμένη ικανότητα, σε σχέση με το εάν τα κριτήρια του προσωπικού, οι διεργασίες ή οι διαδικασίες καθώς και όλα όσο αφορούν έναν οργανισμό είναι σύμφωνα με τις εκάστοτε απαιτήσεις (www.iso.gr).

Με τον όρο διαδικασία πιστοποίησης εννοούμε τη διαδικασία μέσω της οποίας ένας ανεξάρτητος φορέας πιστοποιεί γραπτώς ότι μια υπηρεσία ή ένα προϊόν μιας επιχείρησης είναι σύμφωνο με τις απαιτήσεις που έχουν προσυμφωνηθεί (Bank, 2000).

Μια εταιρεία για να έχει πιστοποιημένο το σύστημα ποιότητας της θα πρέπει να απευθυνθεί σε ένα αναγνωρισμένο ανεξάρτητο φορέα πιστοποίησης που θα κάνει

επιθεώρηση στις λειτουργίες της επιχείρησης αν η επιχείρηση εφαρμόζει σωστά τις απαιτήσεις του προτύπου. Αν η επιχείρηση ολοκληρώσει με επιτυχία αυτή την επιθεώρηση θα λάβει ένα πιστοποιητικό που θα πιστοποιεί ότι το σύστημα ποιότητας της εταιρείας που ελέγχθηκε πληροί όλες τις απαιτήσεις του αντίστοιχου πρότυπου. Θα γίνει καταχώρηση της εταιρείας στο αρχείο του Φορέα Πιστοποίησης.

Έπειτα η εταιρεία μπορεί να χρησιμοποιήσει το σήμα του πιστοποιητικού όπου εκείνη θέλει (αλληλογραφία, διαφημίσεις) αλλά πάνω στην συσκευασία των προϊόντων της. Η εταιρία για να εισάγει ένα νέο σύστημα ποιότητας ή να βελτιώσει αυτό που ήδη έχει ακολουθεί τα εξής βήματα:

1. Καθορίζονται οι στόχοι της εταιρίας και η επιλογή του κατάλληλου μοντέλου συστήματος διασφάλισης ποιότητας.
2. Να συγκροτηθεί μια ομάδα ικανή να υλοποιήσει το μοντέλο που επιλέχθηκε.
3. Να προσδιοριστούν τα βήματα που πρέπει να γίνουν με βάση το πρότυπο που έχει επιλεγεί . Μέσα σε αυτό βήμα εσωκλείονται η λήψη αποφάσεων, η περιγραφή διαδικασιών και η σύνταξη σχετικών εντύπων.
4. Η δημιουργία ενός προγράμματος δράσης που έχει στόχο το σχεδιασμό των διαφόρων σταδίων για την ανάπτυξη του προτύπου.
5. Η εφαρμογή νέων διαδικασιών, η υλοποίησή τους και η εκτέλεση μεταβολών όπου χρειάζεται.
6. Η σύνταξη εγχειριδίου ποιότητας. Το εγχειρίδιο αυτό περιέχει την πολιτική και τις αρχές που θα διέπουν την εταιρία. Θα περιλαμβάνει όλες εκείνες τις διαδικασίες που θα πρέπει να κάνει η εταιρία για να έχει την καλύτερη ποιότητα.
7. Η συνάντηση με την επιτροπή αξιολόγησης. Στη συνάντηση αυτή ο φορέας πιστοποίησης κάνει μια ανασκόπηση του εγχειριδίου ποιότητας και προτείνει τυχόν αλλαγές.
8. Η υποβολή του εγχειριδίου ποιότητας για έγκριση. Ο φορέας πιστοποίησης εγκρίνει το εγχειρίδιο ποιότητας και κανονίζει τον έλεγχο για την πιστοποίηση.
9. Η επίσκεψη των αξιολογητών. Για να αξιολογηθεί η επιχείρηση σωστά θα πρέπει να έχει εφαρμόσει το σύστημα ποιότητας για κάποιο

διάστημα πριν ώστε να είναι για τους αξιολογητές πιο ξεκάθαρη η λειτουργία του ώστε να το ελέγξουν στην πράξη.

10. Τέλος, η χορήγηση του πιστοποιητικού. Αν η εταιρία εφαρμόζει κατά γράμμα το πρότυπο τότε θα λάβει σε διάστημα ενός με δύο μηνών το πιστοποιητικό. Αν πάλι δεν πληροί όλες τις προδιαγραφές θα πρέπει σε διάστημα 4-8 εβδομάδων να τις διορθώσει (www.iso.gr).

1.7.6 Η Έννοια της Διαπίστευσης

Με την έννοια διαπίστευση εννοούμε την επίσημη αναγνώριση από ένα φορέα ότι μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός παρέχει πιστοποιημένες υπηρεσίες ή προϊόντα. Η διαπίστευση είναι σημαντικό στοιχείο για μια εταιρία διότι της παρέχει τη δυνατότητα να είναι τεχνικά επαρκής, αξιόπιστη και κατάλληλη για να πραγματοποιεί ενέργειες πιστοποίησης, ελέγχους και δοκιμές.

1.7.7 Συστήματα ποιότητας

Το ISO 9001 είναι μακράν το πιο αναγνωρισμένο και εφαρμοσμένο σύστημα διαχείρισης ποιότητας παγκοσμίως. Το πρότυπο ISO 9001: 2015 καθορίζει τις απαιτήσεις για ένα τέτοιο σύστημα που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί για να αναπτύξουν τα δικά τους προγράμματα. Άλλα πρότυπα που σχετίζονται με τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας περιλαμβάνουν την υπόλοιπη οικογένεια ISO 9000 (συμπεριλαμβανομένων ISO 9000 και ISO 9004),

Την οικογένεια ISO 14000 (συστήματα περιβαλλοντικής διαχείρισης), Το ISO 14001 είναι το πιο γνωστό πρότυπο για την Διαχείριση του περιβάλλοντος. Ένας οργανισμός το χρησιμοποιεί για να συμμορφωθεί στις νομοθετικές απαιτήσεις. Το ISO 14001 το χρησιμοποιούν όλοι οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις που οι δραστηριότητές τους μπορεί να επηρεάσουν περιβαλλοντολογικούς παράγοντες

Το Διεθνές Πρότυπο ISO 26000 αφορά την Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη. Οι οργανισμοί που το χρησιμοποιούν θα πρέπει να συμμορφωθούν με τις αρχές της.

Το πρότυπο ISO 9001:2008, είναι το πιο αναγνωρισμένο πρότυπο ποιότητας παγκοσμίως και εφαρμόζεται σε όλα τα είδη των επιχειρήσεων ανεξαρτήτως αν παράγουν προϊόντα ή παρέχουν υπηρεσίες. Το πρότυπο αυτό εφαρμόζεται από μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό για να αυξήσει τη φήμη της, μείωση κόστους με σωστή

διαχείριση πόρων και χρόνου και συνεχής βελτίωση μέσα από παρακολούθηση και μέτρηση(Καλοφυσούδης, 2013).

Το ISO 29990:2010 αναφέρεται στην εκπαίδευση του προσωπικού μέσα από σεμινάρια και μετεκπαιδευτικά προγράμματα. Επίσης πολύ σημαντικό στον τομέα της υγείας διότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται για να μπορούν να γνωρίζουν όλες τις τελευταίες εξελίξεις στον τομέα της υγείας ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας (Καλοφυσούδης, 2013).

Το ISO 27001 είναι ένα πρότυπο που χρησιμοποιείται για να ελέγχει την ασφάλεια των πληροφοριών. Στο χώρο της υγείας αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί εδώ έχουμε να κάνουμε με το ιατρικό απόρρητο των ασθενών κάτι που οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να σέβονται και να το διαφυλάσσουν (www.iso.gr).

Τα πρότυπα OHSAS 18001/ΕΛΟΤ 1801 είναι πρότυπα που έχουν σχέση με την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία και χρησιμοποιούνται στις επιχειρήσεις και στους οργανισμούς (www.iso.gr).

Το πρότυπο ποιότητας τροφίμων HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Point) είναι ένα πρότυπο που έχει σχέση με την ασφάλεια τροφίμων. Το πρότυπο αυτό βασίζεται στις αρχές του Κώδικα Τροφίμων και έχει ως σκοπό να προλαμβάνει, να περιορίζει και να εξαλείφει τους παράγοντες εκείνους που μπορεί να προκαλέσουν αλλοίωση στα τρόφιμα και την παραγωγή τους.

1.7.8 Συστήματα διαχείρισης ποιότητας στο χώρο της υγείας

Τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας που μπορούμε να συναντήσουμε στον τομέα της Υγείας είναι πολλά. Μερικά από αυτά παρουσιάζονται παρακάτω.

Το ISO 22000:2005 το οποίο αντιπροσωπεύει την διαχείριση της ασφάλειας τροφίμων (ΣΔΑΤ) κάτι που είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. Το διεθνές πρότυπο ISO 22000:2005 μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους ανεξαιρέτως τους οργανισμούς που ασχολούνται με φαγώσιμα ή πόσιμα προϊόντα. Τα οφέλη που μπορεί να έχει μια επιχείρηση που εφαρμόζει το πρότυπο αυτό μπορεί να είναι:

- Το πόσο έτοιμη είναι μια επιχείρηση να ανταποκριθεί σε διατροφικές κρίσεις
- Η συνεχής της βελτίωση

- Η ανταγωνιστικότητα της στην αγορά
- Η συμμόρφωσή της με την νομοθεσία (www.iso.gr).

Το διεθνές πρότυπο Temos, αφορά τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό το πρότυπο ελέγχει αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις του «διεθνή» ασθενή (International Patient) και εξασφαλίζει στην επιχείρηση ή τον οργανισμό ένα πιστοποιητικό που έχει να κάνει με τον ιατρικό τουρισμό και σε ασθενείς που προέρχονται από διάφορες χώρες της Ευρώπης ή όχι (www.iso.gr).

Τα ISO 13485:2016 είναι ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας για ιατρικές συσκευές. Το ISO 13485:2016 χρησιμοποιείται από οργανισμούς που κατασκευάζουν ή που χρησιμοποιούν ιατρικές συσκευές. Αναθεωρήθηκε το 2016 για να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά στις νέες τεχνολογικές εξελίξεις και στη νομοθεσία. Στη νέα έκδοση δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στις υποδομές, στην αποστείρωση των ιατρικών μηχανημάτων και στη διαχείριση οποιουδήποτε κινδύνου προκύψει (www.cys.org).

Το ISO 17025:2005 είναι ένα πρότυπο που έχει σχέση με την διαχείριση ποιότητας στα Εργαστήρια των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή αυτού του Συστήματος Ποιότητας έγκειται στο να βελτιώσει την λειτουργία και αξιοπιστία ενός ιατρικού εργαστηρίου. Για να διαπιστευτεί ένα εργαστήριο στην Ελλάδα γίνεται μόνο με το πρότυπο αυτό και αυτό με βάση τη νομοθεσία (Ν. 2231/94) για να αποδειχθεί η ικανότητα για το εάν ένα εργαστήριο μπορεί να κάνει στοχευόμενες μετρήσεις. Από την εφαρμογή του προτύπου ISO 17025:2005 η κάθε επιχείρηση μπορεί να επωφεληθεί στα ακόλουθα:

1. Ο οργανισμός ή η επιχείρηση που εφαρμόζει ISO 17025:2005 είναι πιο αξιόπιστη στα αποτελέσματα που εκδίδει μειώνοντας την αμφισβήτηση και επικυρώνοντας τις μεθόδους
2. Αυξάνεται το κύρος και η φήμη του εργαστηρίου με αποτέλεσμα να πιο ικανοποιημένους πελάτες
3. Αύξηση πελατών
4. Εκπαιδευμένο προσωπικό

Στην Ελλάδα ένα είναι το νοσοκομείο που είναι στην τελική ευθεία να πάρει πιστοποίηση ISO 17025 και αυτό είναι το «ΑΤΤΙΚΟΝ» και συγκεκριμένα το εργαστήριο διαγνωστικής κυτταρολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

2.1 Ορισμός της έννοιας ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί καθοριστικό σημείο εκσυγχρονισμού, αναδιάρθρωσης και βελτίωσης του σχεδιασμού των δημόσιων υπηρεσιών με στόχο την ταχεία πρόσβαση και εξυπηρέτηση του πολίτη και την αύξηση της ικανοποίησής τους από την χρήση των εν λόγω υπηρεσιών (Ζαβλανός, 2006).

Η έννοια της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας εσωκλείει δύο βασικά χαρακτηριστικά. Πρώτον, την τεχνική διάσταση της φροντίδας σε προληπτικό, θεραπευτικό και διαγνωστικό επίπεδο και δεύτερον τη διάσταση της τέχνης που έχει να κάνει με το περιβάλλον του νοσοκομείου και τον τρόπο συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας (Πετσετάκη, 1995).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1985) η ποιότητα είναι η παροχή καθολικών διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας σε κάθε ασθενή ανεξαιρέτως.

Ο Nelson (1996) επικαλείται την ποιότητα ως τον βαθμό κατά τον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας για όλους τους ασθενείς αυξάνουν τις πιθανότητες για επιθυμητά αποτελέσματα.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι στις μέρες μας στρατηγικός στόχος της Διοίκησης για την σωστή λειτουργία των μονάδων υγείας. Αυτό προϋποθέτει συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων για να συνεχί βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών με το όσο το δυνατόν μικρότερο κόστος (Οικονομοπούλου et al, 1995).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας έχει ένα και μόνο σκοπό, την ικανοποίηση των ασθενών με όσο το δυνατόν καλύτερο τρόπο και με το λιγότερο κόστος.

2.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο Donabedian (1988) λέει ότι για να είναι ποιοτικές οι υπηρεσίες υγείας κύριο μέλημα των μονάδων παροχής υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών.

Ο Thomson (1980) αναφέρει ότι οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν μέσω των επαγγελματιών υγείας τη μέγιστη προσοχή προς κάθε ασθενή ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο αποτέλεσμα και το ελάχιστο κόστος.

Ο Καναδικός Νοσοκομειακός Σύνδεσμος (Canadian Hospital Association) το 1989, αναφέρει ότι η φροντίδα υψηλής κλίμακας είναι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες και λειτουργίες που ικανοποιούν τις προσδοκίες των ασθενών με το μεγαλύτερο όφελος και τον λιγότερο κίνδυνο γι' αυτούς χρησιμοποιώντας αποδοτικά και αποτελεσματικά την τεχνογνωσία και τα χρηματικά κεφάλαια.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι για να διασφαλιστεί η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσφέρουν υπηρεσίες που να ικανοποιούν τους πελάτες με το χαμηλότερο κόστος, με τον μικρότερο κίνδυνο και την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των υπάρχοντων υλικών και άυλων μέσων.

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Στην υγεία, ο ορισμός της ποιότητας γίνεται πολύπλοκος διότι υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που επιδρούν. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι:

Οι γνώσεις και η προϋπηρεσία των επαγγελματιών υγείας, διότι αν οι ασθενείς δουν ότι ο γιατρός ή νοσηλευτής γνωρίζει καλά το αντικείμενό του τότε και αυτοί με την σειρά τους θα είναι πιο χαλαροί και θα τους εμπιστεύονται περισσότερο με αποτέλεσμα την ταχύτερη διάγνωση και κατ' επέκταση θεραπεία (Τζανετάκη, 2006).

Η αντιμετώπιση του προσωπικού προς τους πάσχοντες. Το ενδιαφέρον και η σωστή συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικό. Οι στόχοι της ποιότητας θα πρέπει να διασφαλίζονται από άτομα με όραμα, πειθώ, επικοινωνιακό ταλέντο, που θα υποστηρίζουν ένα συμμετοχικό τρόπο διοίκησης(Σταυρόπουλος, 2009).

Η υποστήριξη του ιατρικού προσωπικού μετά την παροχή της υπηρεσίας διότι ο ασθενής θα αισθανθεί πολύ καλύτερα αν γνωρίζει ότι ο γιατρός του δεν το ξέχασα μετά το τέλος της θεραπείας. Ο αριθμός του προσωπικού, που σχετίζεται άμεσα με τις παραμέτρους της επαγρύπνησης και της άμεσης αντίδρασης. Για να επηρεαστεί θετικά η

ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει οι μονάδες υγείας να εκσυγχρονίσουν τα μηχανήματα για να παρέχουν ποιητικότερη φροντίδα (Αδαμαντίδου, 2004).

Η παρουσία των ενδεδειγμένων οργανωτικών δομών για τη συνεχή συνδρομή της παροχής ιατροφαρμακευτικών φροντίδων. Θα πρέπει ένας οργανισμός υγείας να έχει τη σωστή οργάνωση τόσο σε διοικητικό όσο και σε ιατρονοσηλευτικό επίπεδο ώστε να διασφαλίζεται η καλύτερη ποιότητα ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο, με βάση το παροχής υπηρεσιών υγείας (Σταυρόπουλος, 2009).

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναβαθμιστούν οι κτιριακές εγκαταστάσεις με την ανακαίνιση των χώρων ώστε να γίνουν πιο λειτουργικοί για τους υπαλλήλους του νοσοκομείου αλλά κυρίως για τους ασθενείς νοσηλευόμενους και μη.

Να βελτιωθεί η πρόσβαση στο νοσοκομείο. Να διευκολυνθεί η πρόσβαση στο νοσοκομείο σε ασθενοφόρα και ιδιώτες ασθενείς με την ύπαρξη κατάλληλων σημάνσεων για την σωστή καθοδήγησή τους.

Θα πρέπει να γίνει ενημέρωση για τους κανόνες υγιεινής ώστε να αποφευχθούν όσο το δυνατόν ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί διοργανώνοντας διάφορες ημερίδες για το προσωπικό του νοσοκομείου όσο και για τους πολίτες που θέλουν να ενημερωθούν (Τζανετάκη, 2006).

2.4 Πλεονεκτήματα ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν είναι θέμα μόνο των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι παρέχουν την θεραπεία (γιατρούς, νοσηλευτές κ.α.) και εκείνους που παίρνουν την ευθύνη για το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, είναι σήμερα το κύριο μέλημα για όσους ασχολούνται με αυτή γιατί έχει πολλά οφέλη για πολλούς.

Τα οφέλη για τον ασθενή είναι η ταχύτερη διάγνωση και συνεπώς η αποτελεσματικότερη θεραπεία. Επίσης αν η ασθένεια διαγνωστεί έγκαιρα θα είναι λιγότερη η παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο άρα και πιο ανεβασμένη η

ψυχολογία του. Τέλος, όσο λιγότερο παραμένει στο νοσοκομείο ο ασθενής τόσο λιγότερο θα είναι το κόστος για τον ίδιο (Φαρατζιάν, 2007).

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας να είναι πιο αποτελεσματικοί στην εργασίας τους δηλαδή να φροντίζουν τους ασθενείς καλύτερα. Επίσης η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός που τους δείχνουν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους ανεβάζουν ψυχολογικά με σκοπό να είναι πιο ικανοποιημένοι από την εργασίας τους και επομένως να έχουν καλύτερες επιδόσεις (Φαρατζιάν, 2007).

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών ωφελούνται από την ποιοτική φροντίδα ως προς τη μείωση του λειτουργικού κόστους. Επίσης γνωρίζουν μεγαλύτερη αναγνώριση και φήμη (Φαρατζιάν, 2007).

Τα οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία είναι η μείωση κόστους από τα επιδόματα των ασθενών γιατί οι ασθενείς μένουν λιγότερο στο νοσοκομείο και η θεραπεία τους είναι πιο αποτελεσματική και με τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών βελτιώνεται και η ικανοποίηση των ασθενών (Φαρατζιάν, 2007).

Τέλος, για το κράτος και την κοινωνία τα κέρδη είναι η αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας που συνεπάγεται μικρότερο χρόνο αναμονής για ραντεβού, για εξέταση και εισαγωγή μικρότερη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους (Φαρατζιάν, 2007).

2.5 Μειονεκτήματα ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Εκτός όμως από τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η εφαρμογή της ποιότητας μπορεί να δημιουργήσει και δυσκολίες πόσο μάλλον όταν έχουμε να κάνουμε με ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας που είναι ένας ευαίσθητος και απαιτητικός κλάδος. Τα κύρια μειονεκτήματα μπορεί να είναι:

Αρχικά, το πρώτο πρόβλημα που μπορεί δημιουργηθεί είναι η έλλειψη γνώσης για τα συστήματα ποιότητας. Αυτό καθιστά την κατάσταση δύσκολη διότι δεν θα γνωρίζει αυτός που θα ασχοληθεί με συστήματα ποιότητας την εφαρμογής τους καθώς και τι αποτελέσματα χρήσιμα για την επιχείρηση μπορεί να προκύψουν.

Επίσης, η οργανωτική δομή του νοσοκομείου από μόνη της προκαλεί πρόβλημα στην εφαρμογή της ποιότητας. Και αυτό γιατί μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας έχει πολλά επίπεδα ιεραρχίας και πάρα πολύ έντονη την έννοια της γραφειοκρατίας κάτι που εμποδίζει την εφαρμογή της ποιότητας (Short & Rahim, 1995).

Άλλη δυσκολία που μπορεί να προκύψει είναι η οργανωσιακή κουλτούρα. Με τον όρο αυτό εννοούμε ότι όπως είπαμε και πιο πάνω υπάρχουν πολλά επίπεδα ιεραρχίας οι εργαζόμενοι στις μονάδες υγείας σκέφτονται μόνο τον εαυτό τους και το πώς θα ανέβουν ιεραρχικά για να ικανοποιήσουν τον εγωισμό τους και δεν κοιτούν το συμφέρον του οργανισμού στον οποίο εργάζονται. Αυτό φέρνει εμπόδια στην εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Ο μόνος τρόπος για να εφαρμοστεί σωστά και αποδοτικά η ΔΟΠ είναι οι εργαζόμενοι να αποκτήσουν πνεύμα συνεργασίας μεταξύ τους (Φαρατζιάν, 2007).

Άλλο μειονέκτημα που μπορεί να προκύψει είναι η μη συμμετοχή των ιατρών στη λήψη αποφάσεων. Οι γιατροί θεωρούν ότι μπορούν να λαμβάνουν από μόνοι τους και αυθαίρετα αποφάσεις όντας βασισμένοι στην επιστημονική τους γνώση. Δεν γνωρίζουν όμως ότι η εφαρμογή της ΔΟΠ όχι μόνο δεν τους κάνει κακό αλλά τους βοηθάει να αυξήσουν την ποιότητα στην φροντίδα των ασθενών με σκοπό την καλύτερη και αποδοτικότερη εξυπηρέτηση τους (Short & Rahim, 1995).

Ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι η χρηματοδότηση των συστημάτων ποιότητας δεν γίνεται από την υγειονομική υπηρεσία και δεν είναι σίγουρο ότι θα επιφέρει μείωση τους κόστους που μπορεί να επενδυθεί σε άλλες δραστηριότητες(Φαρατζιάν, 2007).

2.6 Στόχοι ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στην τελική έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Αμερική προσδιορίστηκαν 6 βασικοί ποιοτικοί στόχοι.

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να προσφέρει ασφάλεια. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να γίνει αποφυγή των ιατρικών λαθών ώστε να μην προκληθεί βλάβη στον ασθενή στο χρόνο που διαρκεί η θεραπεία.

Επίσης θα πρέπει να φέρνει αποτελέσματα. Αυτό συνεπάγεται ότι η παροχές υπηρεσιών υγείας θα είναι ορθά επιστημονικές δηλαδή με σκοπό να αποφευχθεί η υπέρ ή η υπό του δέοντος θεραπεία χωρίς καθυστέρηση και σπατάλη.

Προσανατολισμένη στον ασθενή φροντίδα, που θα ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή, με απόλυτο σεβασμό στις ανάγκες, και αξίες του

Έγκαιρη, μειώνοντας την αναμονή και μερικές φορές τις επιβλαβείς καθυστερήσεις, τόσο για εκείνους που λαμβάνουν την φροντίδα όσο και για εκείνους που την παρέχουν

Ακόμη, πρέπει να είναι αποδοτική, δηλαδή να αποφευχθούν όσο το δυνατόν τα προβλήματα και τα ελαττώματα.

Τέλος, θα πρέπει να έχει το αίσθημα της δικαιοσύνης. Δηλαδή θα πρέπει η ποιοτική φροντίδα να είναι ίση για όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς χωρίς διακρίσεις (Fadlalla & Wickramasinghe, 2004),

2.7 Χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στο χώρο της υγείας συνοψίζονται ως εξής (Φαρατζιάν, 2007):

- **Καταλληλότητα:** Με τον όρο καταλληλότητα ορίζουμε τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή με βάση τις ανάγκες του και τη γνώση που υπάρχει σε σχέση με τη φροντίδα αυτή.
- **Διαθεσιμότητα:** Το πόσο διαθέσιμη είναι η φροντίδα που ταιριάζει στον κάθε ασθενή ώστε να πληροί τις ανάγκες του.
- **Συνέχεια:** Η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή να είναι συνεχής και σωστά εναρμονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που την προσφέρουν.
- **Αποτελεσματικότητα:** Βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι στόχοι που είναι σχετικοί με την επίδραση της φροντίδας στην υγεία των ασθενών.
- **Δραστηκότητα:** Βαθμός με τον οποίο διαφαίνεται ότι η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, έχει ικανοποιητικό αποτέλεσμα.
- **Αποδοτικότητα:** Βαθμός επίτευξης φροντίδας ασθενή προς τις πηγές που χρειάστηκαν για την επίτευξη αυτή.

- **Σεβασμός και φροντίδα:** Βαθμός στον οποίο ένας ασθενής αποφασίζει μόνος του για την φροντίδα που θα του παρασχεθεί και οι επαγγελματίες υγείας τον αντιμετωπίζουν με σεβασμό και ευαισθησία ως προς τις αποφάσεις του αυτές.
- **Ασφάλεια:** Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που λαμβάνει ο ασθενής την λαμβάνει τη στιγμή που πρέπει και με τον τρόπο που πρέπει (Ovretveit 1995).

2.8 Κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Αναφορικά με τη σχέση της ποιότητας με το κόστος, σε πολλούς μπορεί να φανεί αντιφατική η άποψη που ισχυρίζεται ότι ποιότητα σημαίνει ουσιαστικά και τελικά μικρότερο κόστος. Τα επιχειρήματα που οδηγούν στο συμπέρασμα αυτό έχουν ποικίλους άξονες. Πρώτο επιχείρημα που θα μπορούσε να ειπωθεί είναι η σχέση μεταξύ ποιότητας και ποσότητας των υπηρεσιών υγείας που π[ροσφέρονται. Αν είναι ποιότητα που εφαρμόζεται δεν είναι σωστή τότε και η ποσότητα θα είναι αυξημένη δεδομένου ότι δεν θα υπάρχει επαρκής ιατρική φροντίδα και θα γίνονται σπατάλες σε ιατρικές πράξεις, αχρείαστες εξετάσεις και επεμβάσεις.

Επίσης, για να εφαρμοστεί σωστά η ποιότητα θα πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι για βελτίωση των υποδομών, εκπαίδευση των εργαζομένων και τοποθέτηση συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

Σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο ISO 8402 (BS 4778) «κόστος ποιότητας ορίζεται ως το άθροισμα των προκληθεισών δαπανών, που σχετίζονται με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας από τον παραγωγό του προϊόντος ή της υπηρεσίας, το χρήστη και την κοινωνία».

Όσον αφορά το κόστος στις Υπηρεσίες Υγείας, έχει αναδειχτεί τα τελευταία χρόνια σε σημαντικό παράγοντα για μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και είναι ίσως η βασική παράμετρος για τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση. Το κόστος κακής ποιότητας έχει αντίκτυπο για τον ασθενή, σε οικονομικό επίπεδο διότι θα χρειαστεί να απουσιάσει περισσότερο καιρό από την εργασία του, για το νοσοκομείο λόγω κατάληψης της κλίνης για περισσότερο χρονικό διάστημα και για το κοινωνικό σύνολο εξαιτίας της αύξησης των δαπανών για την υγεία. Ακόμη το κόστος ποιότητας για της υπηρεσίες υγείας θα είναι δυσβάστακτο σε περίπτωση μόνιμης βλάβης ή και θανάτου του ασθενή εξαιτίας της καθυστέρησης παροχής ιατρικής φροντίδας ή σε περίπτωση ιατρικού λάθους (Φαμέλη, 2005).

2.9 Μέτρηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι σημαντική διότι καταγράφει την απόδοση των νοσοκομειακών μονάδων (Nelson & Niederberger, 1990).

Όταν γίνεται η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή κοιτάμε κάποια συγκεκριμένα κριτήρια όπως η ποιότητα του φαγητού, η καθαριότητα της υγειονομικής μονάδας, η ποιότητα του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού, ο χρόνος αναμονής, η ενημέρωση των ασθενών, η επικοινωνία του ασθενή με τον ιατρό ή τον νοσηλευτή (Matsuietal, 1998).

Για να μετρήσουμε την ικανοποίηση των ασθενών συνήθως χρησιμοποιούμε ερωτηματολόγια στα οποία οι ασθενείς απαντούν σε ερωτήσεις που αφορούν το νοσοκομείο γενικότερα και ειδικότερα την νοσηλεία τους σε αυτό (Baidereetal, 1997).

Επίσης για να μετρηθεί η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εκτός από την έννοια ικανοποίηση ασθενούς χρησιμοποιούμε και την έννοια ποιότητα ζωής. Έχουν αναφερθεί κατά καιρούς πάρα πολλοί ορισμοί για την έννοια αυτή αλλά ο πιο αντιπροσωπευτικός ορισμός για τον κλάδο της υγείας είναι αυτός που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αντίληψη των ασθενών με υποκειμενικό τρόπο ότι είναι υγιείς στα πλαίσια στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, όπου επιβιώνουν και σε αλληλουχία με τις προσωπικές τους επιδιώξεις, τα πρότυπα που έχουν και τις ανασφάλειές τους (THE WHOQOL GROUP 1995).

Για να μετρήσουμε την ποιότητα ζωής χρησιμοποιούμε ένα δείκτη που ονομάζεται Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής ή αλλιώς QALYs (Qualitve Adjusted Life Years). Χρησιμοποιούνται από κλινικούς και κοινωνικούς επιστήμονες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, συνδυάζοντας την κλινική απόφαση με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Τα Qalys εμφανίστηκαν το 1970. Η μέθοδος των QALYs σχετίζεται με τη διασφάλιση της ποιότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες και έχει ως στόχο την αξιολόγηση μιας ιατρικής παρέμβασης και τη σύγκριση της με την αποτελεσματικότητα της και το κόστος. Συγκεκριμένα, ο δείκτης QALYs είναι σημαντικός για την μέτρηση του αποτελέσματος υγείας καθώς γίνεται συνδυασμός της ποιότητας ζωής με την ποιότητα σε σχέση με τα ποιοτικά χρόνια ζωής. Τα δύο

βασικά κριτήρια της μεθόδου αυτής είναι ο χρόνος επιβίωσης του ατόμου και η ποιότητα της ζωής (Weinstein και Stason, 1977).

2.10 Αξιολόγηση της Ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας

Με τον όρο Αξιολόγηση, νοείται η εκτίμηση με συστηματικό τρόπο, του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε συγκεκριμένο χρόνο προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που είναι η βελτίωση, των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Σούλης,1992). Η αξιολόγηση στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει δύο βασικούς άξονες. Ο πρώτος είναι η αξιολόγηση των ιατρικών και νοσηλευτικών προγραμμάτων και ο δεύτερος η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί συμπεραίνεται ότι η αξιολόγηση της ποιότητας στην υγεία θα πρέπει να γίνεται και από αυτόν που προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας. Μια προσέγγιση, που θα στηρίζεται τόσο στους καταναλωτές όσο και στους παρόχους, θα μπορέσει να προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες που χρησιμοποιούνται για να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες υγείας είναι:

Αποδοτικότητα (efficiency): Υπολογίζεται ο λόγος της απόδοσης ενός ασθενή προς τους πόρους που δαπανήθηκαν για το σκοπό αυτό.

Αποτελεσματικότητα (effectiveness): Υπολογίζεται ως ο βαθμός όπου η φροντίδα παρέχεται σωστά με τις κατάλληλες γνώσεις και με το όσο το δυνατόν καλύτερο αποτέλεσμα γι' αυτόν που λαμβάνει την φροντίδα.

Επιστημονική και τεχνική ποιότητα (Scientific and technical quality level): Υπολογίζεται ως το σύνολο των τεχνικών οι οποίες γίνονται όλο και λιγότερο επεμβατικές, αναίμακτες, γρήγορες και ακίνδυνες έχοντας όμως το ίδιο και ανώτερο επίπεδο αποτελεσματικότητας και αξιοπιστίας.

Επάρκεια (Adequacy): Με τον όρο επάρκεια στις υπηρεσίες υγείας εννοούμε τον επαρκή αριθμό εργαζομένων, τις απαιτούμενες υποδομές σε επίπεδο κτηρίων και χώρων και την επάρκεια του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Οικονομική διάσταση (Economic proportion): Με τον όρο Οικονομική διάσταση στις υπηρεσίες υγείας εννοούμε όλα εκείνα που χρειάζονται για την ορθή και ισόποση διαχείριση των πόρων με σκοπό την προαγωγή και βελτίωση υπηρεσιών υγείας. Για να γίνει η αξιολόγηση χρησιμοποιούνται κάποιοι δείκτες. Οι δείκτες αυτοί με βάση τους όποιους διαμορφώνονται τα κριτήρια είναι ένας καθαρός αριθμός που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος (Moullin, 2004).

Συνοπτικά αυτοί χωρίζονται σε 3 κατηγορίες σύμφωνα με τον Donebedian (1988). Οι δείκτες δομής όπου συμπεριλαμβάνονται όλοι εκείνοι οι δείκτες που έχουν να κάνουν με τις υποδομές του νοσοκομείου. Οι υποδομές του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι λειτουργικές , ασφαλείς, προσβάσιμες και καθαρές για τους Ασθενείς. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός κλινών, το προσωπικό να είναι όσο το δυνατόν γίνεται πιο καταρτισμένο, να υπάρχει εκσυγχρονισμένος ιατρικός εξοπλισμός και ικανοποιητικός αριθμός επαγγελματιών υγείας ώστε να καλύπτει όλους τους ασθενείς. Επίσης οι Δείκτες διαδικασιών όπου συμπεριλαμβάνονται όλοι εκείνοι οι δείκτες που έχουν να κάνουν με τις διαδικασίες του νοσοκομείου. Τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι το πόσο ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός μένει εκτός λειτουργίας μέσα σε ένα χρόνο, πόσο χρόνο περιμένει ο ασθενής για τη θεραπεία του, πόσοι ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία μέσα σε μια ώρα, πόσο χρόνο περιμένει ο ασθενής για την εξέτασή του και η εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance). Τέλος, είναι οι Δείκτες αποτελέσματος ή έκβασης όπου συμπεριλαμβάνονται όλοι εκείνοι οι δείκτες που έχουν να κάνουν με αποτέλεσμα ή την έκβαση μιας θεραπείας. Τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι δείκτες για την ποιότητα ζωής των ασθενών και δείκτες για την ικανοποίηση των ασθενών μέσα από την συμπλήρωση δομημένων ερωτηματολογίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο Η έννοια της Ικανοποίησης Ασθενούς

3.1 Ορισμός της έννοιας Ικανοποίηση Ασθενούς

Οι Evanson και Whittington (1997) αναφέρουν ότι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι αναγκαία αφού οι ασθενείς ως καταναλωτές υπηρεσιών φροντίδας υγείας, είναι αναπόσπαστο κομμάτι για την αύξηση της αποδοτικότητας και για τη βελτίωση μιας υπηρεσίας. Άλλοι ερευνητές (Straser et al., 1994) υποστηρίζουν ότι είναι σημαντική όχι μόνο η άποψη του ασθενή για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και της οικογένειας και των φίλων του, θεωρώντας ότι δρουν ως παράγοντες επηρεασμού.

Η ικανοποίηση των ασθενών για πολλούς που ασχολούνται με την ποιότητα υγείας είναι συμπληρωματικό στοιχείο επισημαίνοντας ότι δεν υπάρχει ποιοτική φροντίδα υγείας αν ο ασθενής δεν είναι ικανοποιημένος (Vuori, 1987).

Η έννοια της ικανοποίησης των νοσηλευομένων έχει καθιερωθεί ως η βαθμολόγηση της φροντίδας που προέρχεται από τις προσδοκίες των ασθενών (Williams, 1994). Πιο λεπτομερώς συμπεριλαμβάνει τις γνώμες και αντιδράσεις των ασθενών που λαμβάνουν από τον περιβάλλοντα χώρο κατά το χρονικό διάστημα της νοσηλείας τους.

Ο Risser (1975) αναφέρει ότι η ικανοποίηση για τον ασθενή είναι η σύγκλιση (congruency) μεταξύ της προσμονής του, για τη βέλτιστη φροντίδα και της αίσθησής του, για το βαθμό επιμέλειας που πραγματικά δέχεται.

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορούμε να την εκλάβουμε ως μέτρο, σύμφωνα με το οποίο συμπεραίνουμε αν αυτοί που παρέχουν την φροντίδα της υγείας έχουν πετύχει αυτό που ζητάει ο ασθενής.

3.2 Διαστάσεις Ικανοποίησης Ασθενούς

Οι διαστάσεις που σχετίζονται με την ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, έχουν ως εξής:

- **Προσβασιμότητα:** Πόσο εύκολα μπορεί κάποιος να φτάσει στο νοσοκομείο, το να κλείσει ραντεβού, χώρος στάθμευσης, και το πόσο περιμένει να εξεταστεί στα εξωτερικά ιατρεία.

- **Ανθρωπιστική Διάσταση:** σε αυτή την διάσταση περιλαμβάνονται η συμπεριφορά και η ευγένεια των επαγγελματιών υγείας, η επικοινωνία, το ενδιαφέρον, η ανταπόκριση, η εμπιστοσύνη και η ειλικρίνεια του προσωπικού. Ένας επαγγελματίας υγείας γίνεται πιο ζεστός αν χρησιμοποιήσει κάποιες τεχνικές μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως τα νεύματα της κεφαλής, το χτύπημα στην πλάτη κάνουν τους ασθενείς πιο ικανοποιημένους (LaCrosee, 1975 Larsen & Smith, 1981). Σύμφωνα με τους Steiber και Krowinski (1990) λέγεται ότι η ικανοποίηση του ασθενή επηρεάζεται περισσότερο από το ενδιαφέρον που επιδεικνύει το προσωπικό υγείας, παρά από ιατρική φροντίδα από λαμβάνει. Όσον αφορά στο διοικητικό προσωπικό, οι ασθενείς εκτιμούν περισσότερο την ευγένεια και το χρόνο διεκπεραίωσης της εργασίας, ενώ ως σημαντικότερο πρόβλημα καταδεικνύουν την μεγάλη διάρκεια για εξέταση.
- **Τεχνική Διάσταση:** Εδώ εσωκλείονται η ακρίβεια της διάγνωσης, η ενημέρωσή τους για την ασθένειά τους, η θεραπεία και η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας
- **Επικοινωνία:** όπου περιλαμβάνονται οι τρόποι πληροφόρησης του χρήστη. Η κλίμακα Medical Interview Satisfaction Scale εκτιμά τρεις διαστάσεις της συμπεριφοράς γιατρού-ασθενή (Wolfetal, 1978): α) την αντιληπτική διάσταση (cognitive aspect), που συνιστά ένα δείκτη ικανοποίησης από την ποσότητα και την ποιότητα της πληροφορίας που παρέχεται από τον γιατρό, β) τη συναισθηματική διάσταση, όπου ο ασθενής αισθάνεται ότι ο γιατρός τον καταλαβαίνει και δείχνει ενδιαφέρον για την πορεία της υγείας του και γ) την συμπεριφορά του ασθενή που καταλαβαίνει και αξιολογεί τις προτροπές του ιατρού.
- **Φυσικά χαρακτηριστικά:** Εδώ συμπεριλαμβάνεται οι κτιριακές εγκαταστάσεις, η καθαριότητα του νοσοκομείου, ο ιατρικός εξοπλισμός κ.α.

Σε πολλές έρευνες, οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις εγκαταστάσεις και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι νέοι που μένουν στις

μεγάλες πόλεις σε σχέση με τους ηλικιωμένους της επαρχίας (Νιάκας & Γναδέρλης, 2000).

3.3 Παράγοντες Ικανοποίησης Ασθενούς

Είναι πλέον γνωστό ότι ο ασθενής πηγαίνει σ' ένα νοσοκομείο για να λάβει κάποια θεραπεία όμως δεν είναι το μοναδικό κριτήριο αυτό. Υπάρχει ένας αριθμός άλλων κριτηρίων που κρίνουν την ποιότητα φροντίδας υγείας και συμβάλλουν στην ικανοποίηση ή μη.

Υπάρχουν κάποιοι παράμετροι που κάνουν τους ασθενείς να επηρεάζονται όπως αναφέρεται και στο Irish Society for Quality & Safety in Healthcare (2003). Αυτά είναι:

Πρώτο κριτήριο είναι οι προσδοκίες των ασθενών. Προσδοκία είναι μια σειρά από χαρακτηριστικά που εξαιτίας τους διαφέρει μια υπηρεσία ή ένα προϊόν.

Δεύτερο κριτήριο είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών. Σε έρευνες που έχουν γίνει επισημαίνεται ότι κάποια χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν την ικανοποίησή τους. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση κ.α. Έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νεότερους (Crow et al., 2002). Σε σχέση με την εκπαίδευση οι χρήστες υπηρεσιών υγείας με λιγότερες γραμματικές γνώσεις φαίνονται πιο ικανοποιημένοι. Επίσης, οι ασθενείς που έχουν οικογένεια φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που δεν έχουν (Κέπεντζης και συν, 2004). Τέλος, σε σχέση το φύλο φαίνεται ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τα νοσοκομεία και είναι περισσότερο ικανοποιημένες σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas, 2006).

3.4 Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή

Το να μετρήσει κάποιος την ικανοποίηση ενός ασθενή αποτελεί πολύ σημαντικό κριτήριο ποιότητας. Κάθε ασθενής ατομικά μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό ή τις υπηρεσίες, και να επισημάνει τις προβληματικές περιοχές, οι οποίες συχνά δεν είναι εύκολα αντιληπτές από τη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας.

Με τη μέτρηση της ικανοποίησης θα βγουν αποτελέσματα που θα δείξουν το που υστερεί το σύστημα υγείας στις υπηρεσίες υγείας με στόχο την βελτίωση αυτών των υπηρεσιών.

3.5 Parasuraman – Μοντέλο SERVQUAL

Οι Parasuraman και Berry το 1980 κατασκεύασαν ένα μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο γινόταν σύγκριση ανάμεσα στις αντιλήψεις (perceptions) και τις προσδοκίες (expectations) αυτών που λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας και το αποτέλεσμα είναι η διαφορά μεταξύ τους. Το μοντέλο αυτό ονομάζεται SERVQUAL (SERVice και QUALity) (Κερμίτσης, 2005). Η προσέγγιση αυτή αποτελεί και μια μορφή στρατηγικής management, που στη βιβλιογραφία (Robledo, 2001), ονομάζεται «διοίκηση προσδοκιών» (expectations management).

Το μοντέλο SERVQUAL έχει ένα συγκεκριμένο αριθμό διαστάσεων ικανοποίησης για να γίνεται η σύγκριση των επιδόσεων και να παρακολουθείται η μεταβολή της ποιότητας απεριόριστα (Parasuraman et al, 1985).

3.6 Οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Μερικά από τα σημαντικότερα οφέλη των ποιοτικών φροντίδων και της ικανοποίησης των ασθενών θα μπορούσαν να είναι:

- Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διαπίστωση της ασθένειας, τη μείωση του πόνου, την αποφυγή επιπλοκών που κάνουν την νοσηλεία να διαρκεί περισσότερο και αυξάνουν το κόστος (Μερκούρης, 1996).
- Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενή, η οποία οδηγεί σε γρηγορότερη ίαση και άρα μικρότερο χρόνο νοσηλείας (Μερκούρης, 1996).
- Με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να συλλεχθούν πληροφορίες που αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την έρευνα και αποτελεί βασικό σκοπό για την περίθαλψη υγείας.

- Αποτελεί ευκαιρία για την αποδοτικότητα του προσωπικού και δίνει το δικαίωμα στη διοίκηση να επιβραβεύσει ή όχι τους εργαζομένους (Μερκούρης, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο Η Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

4.1 Υπηρεσίες Βελτίωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Το Εθνικό Παρατηρητήριο Υγείας:

Σκοπός του παρατηρητηρίου είναι να αξιοποιεί τους πόρους του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών τομέα Υγείας. Επίσης μέσω αυτού θα γίνεται ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ Ελλάδας, Ευρώπης και διεθνώς. Τέλος, βασικές αρμοδιότητες του παρατηρητηρίου είναι να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και το κόστος του Εθνικού Συστήματος Υγείας, να παρακολουθεί τους δείκτες υγείας και να εκδίδει και να δημοσιεύει αναφορές σχετικά με τα παραπάνω. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Κέντρον Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Κατά το έτος ίδρυσης του το 1992 το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ απέκτησε τον πρωτεύων στόχο της προστασίας της Δημόσιας Υγείας αλλά και των ειδικών και ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων της χώρας. Για να επιτευχθούν οι σκοποί του είναι αναγκαία η συνεργασία του με τα μέλη των συναρμόδιων υπουργείων, συντονιστικών φορέων, τοπικών αυτοδιοικήσεων, πανεπιστημιακών ιδρυμάτων, εργαστηρίων και φορέων Δημόσιας Υγείας της Ελλάδας και του εξωτερικού. Πιο συγκεκριμένα οι κύριοι του σκοποί είναι να προστατεύει και να προάγει τη Δημόσια Υγεία μέσω συχνών ενημερώσεων του κοινού καθώς και να επιτηρεί την εξέλιξη λοιμωδών νοσημάτων μέσω των συστημάτων υποχρεωτικής δήλωσης, παρατηρητών νοσηρότητας και εργαστηριακής επιτήρησης. Ακόμα το Κέντρον Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων συμβάλει υποστηρίζοντας ερευνητικά προγράμματα για την συλλογή, αξιολόγηση και διασπορά επιστημονικών δεδομένων καθώς και δημοσιεύοντας κατευθυντήριες οδηγίες συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης επαγγελματιών.

4.2 Έλεγχος και Επιθεώρηση της Πορείας Βελτίωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Το 2001 συστάθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Η υπηρεσία αυτή ελέγχει και επιθεωρεί την πορεία βελτίωσης των Υπηρεσιών Υγείας.

Κάποιες από τις αρμοδιότητες του οργάνου αυτού είναι:

- Ο έλεγχος και η επιθεώρηση για να διαπιστωθεί η ποιότητα και η επάρκεια των δομών, του εξοπλισμού και των προσφερόμενων υπηρεσιών από τους διάφορους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας (Δήμους, Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων κ.λ.π.).
- Η επιθεώρηση και ο έλεγχος για να διαπιστωθεί αν τηρείται από τους διάφορους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας οι Υγειονομικές διατάξεις και τα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας των ασθενών και των εργαζομένων.
- Η επιθεώρηση και ο έλεγχος πραγματοποιείται είτε αυτεπάγγελα, είτε μετά από εντολή των αρμοδίων.
- Η επιθεώρηση και ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται από άτομα κατάλληλα καταρτισμένα και να εκπαιδεύονται συνεχώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο Έρευνες σχετικά με την Ικανοποίηση Ασθενών στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό

Οι έρευνες για την μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, είναι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητάς τους, καθώς επίσης και σε εργαλεία διαχείρισης του νοσοκομειακού συστήματος συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Οι περισσότερες έρευνες είναι βασισμένες σε ποσοτικές μεθόδους, των οποίων η συλλογή των στοιχείων έγινε με ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν τόσο εσωτερικούς όσο και εξωτερικούς ασθενείς σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία σε Ελλάδα και Εξωτερικό διαφορετικά δομημένα όμως μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν ήταν παρόμοια και παρουσιάζονται συνοπτικά στην συνέχεια.

5.1 Έρευνες Σχετικά με την Ικανοποίηση Ασθενών στην Ελλάδα

Σχετικά με την Ικανοποίηση Ασθενών έχουν πραγματοποιηθεί πάρα πολλές έρευνες τόσο στην Ελλάδα όσο και στο Εξωτερικό. Κάποιες από αυτές παρατίθενται παρακάτω.

Πίνακας : Συνοπτικός Πίνακας με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα

A/A	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΤΙΤΛΟΣ
1	2017	Χαντζοπούλου et al	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας νοσηλεύομενων ασθενών έπειτα από επείγουσα εισαγωγή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής
2	2017	Γούλα κ.α.	ΗInvestigation of the sociomedical infrastructure for health needs coverage in periods of economic crisis
3	2015	Κουθούρης και η Εξάρχου	Αξιολόγηση της Ποιότητας των Υπηρεσιών σε Κέντρα Αποκατάστασης Υγείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας
4	2014	Pini et al	Assessment of Patient Satisfaction of the Quality

			of Health Care Provided by Outpatient Services of an Oncology Hospital
5	2014	Χάρλα	Διερεύνηση και αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας σε ιδιωτικό νοσοκομείο
6	2014	Σωτηροπούλου κ.α.	Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς
7	2013	Minaki et al	Patient complaints at three public hospitals in Greece: Who cares?
8	2013	Pierrakos et al	Comparative analysis of two studies of outpatient satisfaction in primary medical care
9	2013	Ζήκου	Κριτήρια επιλογής δημόσιου ή Ιδιωτικού Φορέα Υγείας και Ικανοποίηση Ασθενών
10	2012	Μαγγίνα	Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία:(υπηρεσίες υποδοχής, υποδομής, νοσηλευτικές, ιατρικές, διοικητικές) : Η περίπτωση των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας
11	2011	Μαρουφίδου και η Παπάζογλου	Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου & ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα
12	2011	KALOGEROPOULOU	Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness
13	2011	Αγγελοπούλου και ο Παπαδόπουλος	μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευομένων ασθενών του νομού Ηλείας. Μελέτη περίπτωσης των γενικών νοσοκομείων του νομού Πύργου, Αμαλιάδας και Κρεστενών
14	2010	διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΝ	Αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης Ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΝΝΑ
15	2010	Αναγνωστοπούλου	Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης και διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής τους στο κόστος, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας
16	2009	Pini et al	Measurement Of Patient Satisfaction Of The Quality Of Health Services Provided In Outpatient Units
17	2009	Aletras et al	Development and psychometric assessment of a Greek-language inpatient satisfaction questionnaire
18	2009	Pierrakos και Tomaras	The Role of Patient Satisfaction in the Development of Health Care Services Marketing
19	2008	Papagiannopoulou et al	Measuring satisfaction with health care services in an Athens pediatric hospital
20	2008	Κουκουσέλα και η Μυλωνάκη	Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης

21	2007	Χαραλάμπους και συν	Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
22	2007	Σκάνδαλος	Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας μέσω της ικανοποίησης των ασθενών περίπτωση νοσοκομείο ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ
23	2005	Polyzos et al	Comparative surveys for patient satisfaction between hospitals in Athens
24	2004	Μπασδάνη και Νιάχρχου	Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Μελέτη περίπτωσης του Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης και του ΠΑ.Γ.Ν.Η
25	2004	Kabadaï και ο Niakas	Patient satisfaction with services provided by a Community Mental Health Center in northern Greece
26	2000	Νιάκας και ο Γναρδέλλης	Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο
27	1999	Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Ένωση Καταναλωτών - Η Ποιότητα της Ζωής (Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ)	Έρευνα ικανοποίησης καταναλωτών από τις Υπηρεσίες Υγείας
28	1994	Παπανικολάου και ο Σιγάλας	Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας

Η έρευνα της Χαντζοπούλου et al (2017) έδειξε ότι 69% των ασθενών ήταν πολύ ικανοποιημένο από την καθαριότητα, την οργάνωση και την επάρκεια του νοσοκομείου, από τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, την διατροφή και τον θάλαμο, από την επικοινωνία με το προσωπικό του νοσοκομείου (89,2%), το 82,5% ήταν ικανοποιημένο από τις συνολικές υπηρεσίες και το 95,3% θα σύστηνε το νοσοκομείο και σε άλλους ή θα το ξαναεπισκεπτόταν. Τέλος, ήταν δυσαρεστημένοι από το χρόνο αναμονής για εισαγωγή, για εξετάσεις και για χειρουργεία.

Η Γούλα κ.α. (2017), βρήκε ότι το 94,8%-98,8% των ερωτηθέντων ήταν ικανοποιημένο τόσο από το έμψυχο δυναμικό του νοσοκομείου όσο και από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν.

Ο Κουθούρης και η Εξάρχου (2015) στα αποτελέσματά τους βρήκαν ότι = ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερες γυναίκες σε ποσοστό (53%), το 70% ήταν έγγαμοι, η ηλικία ήταν έως 60 ετών και απόφοιτοι λυκείου. Σε ό, τι έχει να κάνει με την ικανοποίηση τους ήταν ικανοποιημένοι από το προσωπικό ενώ αντίθετα δεν ήταν ικανοποιημένοι από την υλικοτεχνική υποδομή.

Τα αποτελέσματα της Pini et al (2014) έδειξαν ότι οι ογκολογικοί ασθενείς το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας 46-65 ετών (41%), το 87% ήταν γυναίκες και το 39,4% ήταν απόφοιτοι δημοτικοί ή αναλφάβητοι. Οι ασθενείς που επισκέφτηκαν τα Απογευματινά Εξωτερικά ιατρεία ήταν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 94,4%, από την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο σε ποσοστό 91,1% και σε αναμονή για εξέταση 37,8%. Ενώ οι ασθενείς που επισκέφτηκαν τα πρωινά Εξωτερικά Ιατρεία ήταν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 58%, από την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο σε ποσοστό 56,6% και σε αναμονή για εξέταση 30%.

Η Χάρλα (2014) στην έρευνα της είδε ότι το 45% ήταν άνδρες, το μεγαλύτερο ποσοστό (25%) ήταν ηλικίας από 56 έως 65 ετών, το 30% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 25% άνεργοι και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι. (40%). Οι ασθενείς βαθμολόγησαν την συνολική τους ικανοποίηση από το νοσοκομείο με 9 σε ποσοστό 25% και ένα ποσοστό 25% το βαθμολόγησε με 5. Οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την άμεση ανταπόκριση του προσωπικού σε ποσοστό 65%, από τις γνώσεις σε ποσοστό 72%, από την επικοινωνία με το γιατρό σε ποσοστό 89% και από τον σεβασμό και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού σε ποσοστό 78%.

Η Σωτηροπούλου κ.α. (2014), στην έρευνά της ανακάλυψε ότι το 58% ήταν άνδρες και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 66,5 έτη. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την νοσηλεία ήταν 3,33 με άριστα το 5. Από την Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανοποιημένοι 3,57 στα 5, από το διοικητικό προσωπικό 3,27 στα 5, από περιβάλλον του νοσοκομείου 3,09 και από άλλα κριτήρια ποιότητας 3,41 στα 5.

Η Minaki et al (2013), πραγματοποίησαν έρευνα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βλέπουμε οι ασθενείς είχαν κυρίως παράπονα από τις Διοικητικές υπηρεσίες (32,1%), η κακή συμπεριφορά του προσωπικού (21,8%), ο μεγάλος χρόνος αναμονής (19%) και όχι η κατάλληλη φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας (21,8%).

Ο Pierrakos et al (2013) πραγματοποίησε μια συγκριτική ανάλυση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και στην πρώτη και στη δεύτερη έρευνα οι ασθενείς ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες (64,9% και 52,3). Ως προς τη συνολική ικανοποίηση στην πρώτη έρευνα ήταν 6,81 ενώ στην δεύτερη 8,1 με άριστα το 10. Και στις δύο έρευνες ήταν εξίσου ικανοποιημένοι από το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό και λιγότερο από το Διοικητικό.

Η Ζήκου (2013) πραγματοποίησε έρευνα. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής. Από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στον Ευαγγελισμό είναι ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι το 90% ενώ στο νοσοκομείο Υγεία το 100% των ασθενών. Σχετικά με τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό στον Ευαγγελισμό το 68% είπε ότι ήταν καλός ενώ στο Υγεία το 100% είπε ότι ήταν καλός έως πολύ καλός.

Η Μαγγίνα (2012) στην έρευνα βρήκε ότι περίπου οι μισοί ασθενείς έφυγαν από το νοσοκομείο δυσαρεστημένοι (54%) ενώ οι άλλοι μισοί ευχαριστημένοι (46%). Επίσης από την έρευνα φάνηκε ότι ο κύριος παράγοντας της δυσαρέσκειας των ασθενών ήταν το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η Μαρουφίδου και η Παπάζογλου (2011) στη έρευνα τους τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό άνδρες (51,69%), το 63,6% είναι πάνω από 50 ετών και το 79,7% είναι έγγαμοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έμεινε πολύ ικανοποιημένο από την παρεχόμενη φροντίδα, το νοσοκομείο και από τους επαγγελματίες υγείας βαθμολογώντας με 8 και 9..

Η ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ (2011), είδε ότι οι νοσηλευθέντες ασθενείς δεν έμειναν ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο σε σχέση με την ασθένειά τους, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή (67%). Ωστόσο το 57,3% των ασθενών δήλωσε απολύτως ευχαριστημένο από τις γρήγορες διαδικασίες εισαγωγής στο νοσοκομείο. Το 32,7% γνωστοποίησε την ικανοποίησή του από την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας, ενώ το 27,1% ανέφερε τη δυσαρέσκεια του από περιστατικά διαρροής προσωπικών του δεδομένων. Τέλος με ποσοστό 82,7% ασθενείς ανέφεραν ότι ενοχλήθηκαν από τις ελλειψείς συνθήκες καθαριότητας, παραμονής και ποιότητας γευμάτων ενώ κάποιοι άλλοι έκανα λόγο για κακή συμπεριφορά των εργαζομένων.

Η Αγγελοπούλου και ο Παπαδόπουλος (2011) είδαν ότι και στα δύο νοσοκομεία η ηλικιακή ομάδα με το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν 75 ετών και άνω με ποσοστό 27% και 40% αντίστοιχα. Σε ό, τι αφορά την εκπαίδευσή τους και στα δύο νοσοκομεία είναι απόφοιτοι Δημοτικού με 38% και 43%. Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό και στα δύο νοσοκομεία οι ασθενείς συμφωνούν ότι τους ενημέρωσαν σωστά (98% και 84%), και τους έδειξαν ενδιαφέρον (94% και 98%). Για το Ιατρικό προσωπικό ανέφεραν ότι ενημερώθηκαν σωστά (το 90% και το 98%) και ήταν ευγενικοί το 96% και το 78% αντίστοιχα. Για την επάρκεια του προσωπικού

είπαν ότι στο Νοσοκομείο Πύργου με ποσοστό 74% θεωρούν ότι το προσωπικό δεν επαρκεί ενώ στο νοσοκομείο της Αμαλιάδας με ποσοστό 33% ότι επαρκεί. Τέλος, η συνολική ικανοποίηση των ασθενών στα δύο νοσοκομεία είναι 89% και 96%.

Η διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΝ (2010) ανακάλυψε ότι είναι ικανοποιημένοι από τη συνολική φροντίδα σε ποσοστό 49%. Το 20,4% των ερωτηθέντων δήλωσε δυσαρέσκεια για το χρόνο αναμονής για εξέταση. Επίσης, οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από το Διοικητικό προσωπικό σε ποσοστό 70% και λιγότερο ικανοποιημένοι από τις άλλες υπηρεσίες και τις υποδομές.

Η Αναγνωστοπούλου (2010) μέσα από την έρευνά της είδε ότι οι ασθενείς σε ποσοστό 55,3% ήταν γυναίκες, παντρεμένοι σε ποσοστό 68%. ηλικίας από 18-44 ετών το 38% και το 26% ήταν απόφοιτοι λυκείου. Επίσης από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε προκύπτει ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό (64,6% μέτρια έως πολύ από τον αριθμό των γιατρών, 86,7% από την ποιότητα, το 92% από το χρόνο εξέτασης και το 94% από την ενημέρωση και τις οδηγίες που τους δόθηκαν. Από το νοσηλευτικό προσωπικό δήλωσε ικανοποιημένο το 66% από την αριθμητική τους επάρκεια και το 90% από την ποιότητα. Το 75% του δείγματος δηλώνει ικανοποιημένο από τις ξενοδοχειακές υποδομές.

Η Pini et al (2009) πραγματοποίησαν έρευνα και είδαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας 46-65 ετών (41%), το 87% ήταν γυναίκες και το 39,4% ήταν απόφοιτοι δημοτικοί ή αναλφάβητοι . Το 45% ανέφερε ότι το χρονικό διάστημα από το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι και τη μέρα της εξέτασης ήταν πολύ μεγάλο. Το 72% των ασθενών αποφάνθηκε ότι το προσωπικό χαρακτηριζόταν από ευγένεια το 45,5% των ασθενών περίμεναν μεγάλο χρονικό διάστημα για εξέταση στην αίθουσα αναμονής, το 94% βρήκε κάθισμα και τέλος το 68% βρήκε τη θερμοκρασία του χώρου καλή.

Ο Aletras et al (2009) είδαν ότι οι νοσηλευθέντες ασθενείς ήταν περίπου ισάριθμοι σχετικά με το φύλο (49,3% άνδρες και 50,7% γυναίκες). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι απόφοιτοι δημοτικού (46%), το 37,3% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 61-74. όσον αφορά την ικανοποίηση τους ήταν ικανοποιημένοι από το πόσο συχνά πήγαιναν οι γιατροί για έλεγχο της υγείας τους στο θάλαμο (4,78), από την οργάνωση των ασθενών και την αποφυγή λαθών (4,72). Ήταν όμως λιγότερο ικανοποιημένοι από την συζήτηση των ανησυχιών και των φόβων τους με τις

νοσηλεύτριες (3,86) και από την καθαριότητα των λοιπών χώρων του νοσοκομείου (3,93) με άριστα το 5.

Από τα αποτελέσματα των Pierrakos και Tomaras (2009) φαίνεται ότι οι ασθενείς βαθμολόγησαν την ικανοποίησή τους με 6,9 στο νοσοκομείο της Αθήνας και με 6,1 στο νοσοκομείο της επαρχίας με άριστα το 10. Επίσης, οι ασθενείς του επαρχιακού νοσοκομείου ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σύγκριση με το νοσοκομείο της Αθήνας διότι όπως ανέφεραν είχαν καλύτερη ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας.

Η Paragiannopoulou et al (2008) είδαν ότι το 45,2% των ερωτηθέντων έμεινε πολύ ικανοποιημένο από την ενημέρωσή τους από το νοσοκομείο. Επίσης το 49% δήλωσε ότι η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο έγινε χωρίς καθυστέρηση και το 54,3% ήταν ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά και την ευγένεια του προσωπικού. Ακόμη, με ποσοστό άνω το 30% βαθμολόγησαν οι ασθενείς την εξυπηρέτηση και την ευγένεια του Διοικητικού προσωπικού. Ωστόσο βαθμολόγησαν με χαμηλό βαθμό (2,4) τις υποδομές του νοσοκομείου.

Η Κουκουσέλα και η Μυλωνάκη (2008) είδαν ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι σε υψηλό βαθμό από την εξυπηρέτηση (92,2%), καθαριότητα θαλάμου (93,8%), ποσότητα φαγητού (92,1%), το 94,8% θα ξαναοστευόταν στο νοσοκομείο και το 94,6% θα το πρότεινε σε άλλους. Ήταν δυσαρεστημένοι ως προς την πληροφόρηση για την θεραπεία (21,1%), από την καθαριότητα wc (11,5%) και από την πληροφόρηση (27,5%).

Οι Χαραλάμπους και συν (2007) βρήκαν ότι το 78% δήλωσε ότι ήταν ικανοποιημένο από τις πληροφορίες που έλαβε για την θεραπεία, Το 40% δήλωσε ότι ο χρόνος που είχε για ενημερωθεί ήταν λίγος, το 49,7% αλλάζει γιατρό γιατί δεν είναι ικανοποιημένος από την επικοινωνία μαζί του. Τέλος, το 77,9% θέλει προφορική πληροφόρηση και όχι γραπτή.

Ο Σκάνδαλος (2007) είδε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους ήταν 40-60 ετών (45%), το 53% ήταν άνδρες και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμοι (46%). Σε ό, τι έχει να κάνει με την ικανοποίησή τους οι ασθενείς δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό (γνώσεις 74%, ενημέρωση-οδηγίες 61%, συμπεριφορά 76%), από το νοσηλευτικό προσωπικό (γνώσεις- ανταπόκριση-

φροντίδα 69%). Από τις ξενοδοχειακές υποδομές ήταν ικανοποιημένοι το 78% σε ό, τι αφορά την καθαριότητα, τους χώρους υγιεινής το 64%, επισκεπτήριο-θόρυβος το 55%, το φαγητό το 67%. Από τις Διοικητικές υπηρεσίες δήλωσε ικανοποιημένο το 31% και το 12% δυσαρεστημένο. Τέλος, από τη γενικότερη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο το 65% ήταν ικανοποιημένο ενώ το 35% δεν απάντησε.

Ο Polyzos et al (2005) είδαν ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι και στα δύο νοσοκομεία από την νοσηλεία τους (91,1% και 75,2%). από το Ιατρικό προσωπικό ήταν ευχαριστημένοι σε ποσοστό 92,7% και 71,3% και από το Νοσηλευτικό Προσωπικό σε ποσοστό 92,7% και 84,4%. όσον αφορά την καθαριότητα του θαλάμου τα ποσοστά ήταν άκρως υψηλά (95,4% και 88,8%). Όσο για το επίπεδο θορύβου τα θετικά ποσοστά κυμάνθηκαν σε 54,72% και 32,3%. Οι θετικές εντυπώσεις από το φαγητό κυμαίνονται σε 59% και 13,5% ενώ στο δημόσιο νοσοκομείο οι αρνητικές εντυπώσεις βρέθηκαν στο 20,8%. Οι εντυπώσεις από τη Διοικητική υπηρεσία ήταν θετικές σε ποσοστό άνω του 70%.

Η Μπασδάνη και Νιάρχου (2004) βρήκαν ότι οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες στο ΠΑ.Γ.Ν.Η (56,2%) ενώ στο Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης ήταν άνδρες (51,2%). Η ηλικιακή ομάδα που χρησιμοποιεί περισσότερο υπηρεσίες υγείας στο Διαβαλκανικό είναι η ομάδα 21-40 ετών (51.2%) ενώ στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. οι ηλικιακές ομάδες 41-60 και 61-80 ετών αποτελούν αθροιστικά το 61.6%. Στο Διαβαλκανικό το 88,4% συμπλήρωσε μόνο του το ερωτηματολόγιο ενώ στο ΠΑ.Γ.Ν.Η μόνο το 25,3%. για την ικανοποίηση τους από το Ιατρικό προσωπικό το 75,6% δήλωσε ικανοποιημένο στο Διαβαλκανικό ενώ μόλις το 39% στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Από την ικανοποίηση τους από το νοσηλευτικό προσωπικό δήλωσε ικανοποιημένο έως πολύ ικανοποιημένο το 97,7% στο Διαβαλκανικό ενώ στο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 90,4%. Από την συνολική ικανοποίηση τους από το νοσοκομείο φαίνεται ότι στο Διαβαλκανικό το 100% των ασθενών είναι ικανοποιημένο από την νοσηλεία του ενώ στο ΠΑ.Γ.Ν.Η το 83%. Το υπόλοιπο 17% δήλωσε ουδέτερο και δυσαρεστημένο.

Η Kabadai και ο Niakas (2004) είδαν ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες 70,8%, το 44,8% ήταν έως 44 ετών, το 48% ήταν μέσης εκπαίδευσης και το 68% ήταν έγγαμοι. Όσον αφορά την ικανοποίηση τους για τις υποδομές και το διοικητικό προσωπικό ήταν 75,2 και για το κλινικό έργο 79,4.

Ο Νιάκας και ο Γναρδέλλης (2000) είδαν ότι το 61% των νοσηλευθέντων θεώρησαν ικανοποιητική την καθαριότητα ενώ το 93% βρήκαν ικανοποιητική την ενημέρωση και τις οδηγίες που τους δόθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.

Η Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Ένωση Καταναλωτών - Η Ποιότητα της Ζωής (Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ)» (1999) είδε ότι οι ερωτηθέντες πολίτες σε ποσοστό 50% έμειναν δυσαρεστημένοι με τη κακή ποιότητα καθαριότητας των Δημοσίων Νοσοκομείων καθώς επίσης και από την κακή πληροφόρηση η οποία υπήρχε μέσα στο νοσοκομείο (39%).

Η Παπανικολάου και ο Σιγάλας (1994) βρήκαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλή για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που δέχτηκαν (4,37 και 4,16 αντίστοιχα) αλλά όχι τόσο υψηλή για τις υπηρεσίες διαμονής και σίτισης (3,47).

5.2 Έρευνες σχετικά με την Ικανοποίηση Ασθενών στο Εξωτερικό

Πίνακας : Συνοπτικός Πίνακας με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στη Ελλάδα

A/A	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΤΙΤΛΟΣ
1	2017	Kraska et all	Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany
2	2017	Mattarozzi et all	Effect of organizational features on patient satisfaction with care in Italian multiple sclerosis centres
3	2013	Upul Senarath et al	Patient satisfaction with nursing care and related hospital services at the National Hospital of Sri Lanka
4	2011	Nabbuye et al	Patient satisfaction with services in outpatient clinics at Mulago hospital, Uganda
5	2011	Hoberg	Patient satisfaction in the ambulatory oncology setting: Are patients' needs being met?
6	2009	Τσίτση και ο Θεοδώρου	Ικανοποίηση εσωτερικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου
7	2008-2009	Γαβριήλ	Η ικανοποίηση των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου

8	2007	Mi Aie Lee και Young-Hee Yom	A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey
9	2005	Agosta	Patient satisfaction with nurse practitioner delivered primary healthcare services
10	2004	Zamri et al	Patient Satisfaction Toward Medical Ward Services In a Teaching Hospital And a General Hospital
11	2003	Carrascoetall	Evaluation of senior citizens' satisfaction in Primary Health Centers as assessment of the academic model
12	2002	Turhaletal	Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: a staff survey

Οι Kraska et al (2017) βρήκαν ότι οι ασθενείς στην Ανατολική Γερμανία, στα μικρά νοσοκομεία ή στα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία ήταν πιο ικανοποιημένοι. Επιπλέον, μεγαλύτερη στελέχωση ανά κρεβάτι καθώς και καλύτερη ποιότητα διαδικασίας και έκβασης συνδέθηκαν με πιο ικανοποιημένους ασθενείς.

Οι Mattarozzi et al (2017) είδαν ότι πήραν μέρος 502 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 40,5 έτη. Επίσης, η υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών δεν συνδέθηκε με το μέγεθος του νοσοκομείου. Δηλαδή οι ασθενείς αισθάνθηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τα μικρότερα νοσοκομεία παρά από τα μεγαλύτερα. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις πληροφορίες που λαμβάνουν. Η οικοδόμηση μιας εξατομικευμένης σχέσης μεταξύ ασθενών και των ιατρών και η προσαρμογή της επικοινωνίας των πληροφοριών βελτιώνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Ένας τέτοιος στόχος είναι μάλλον λιγότερο πιθανό να επιτευχθεί σε μεγαλύτερα κέντρα με πολλούς εισερχόμενους ασθενείς. Επιπλέον, όταν τα κέντρα παρέχουν επίσης δομημένες ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι.

Ο Upul Senarath et al (2013), είδαν ότι η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες (61%), ηλικίας 35-64 ετών (70%), και που έχουν ξανανοστευτεί (66%). Το ποσοστό

που ικανοποιήθηκε με τη «διαπροσωπική φροντίδα» ήταν 81,8%, «άνεση και περιβάλλον» 59,2%, «καθαριότητα και αποχέτευση» 48,7%, και «εξατομικευμένες και γενικές πληροφορίες» 37,4%. Οι άνδρες ήταν πιο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες. Οι ερωτηθέντες ήταν πλήρως ικανοποιημένοι σε ποσοστό άνω του 60% από τους επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, την ανησυχία του νοσηλευτή για τον ασθενή και τη φιλικότητα των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς.

Ο Nabbuye et al (2011) βρήκαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες 88,1%, το 61% ήταν κάτω των 30 ετών και το 39,5% δήλωσε ότι περίμενε για εξέταση πάνω από 4 ώρες. Η συνολική τους ικανοποίηση ήταν 2,7 με άριστα το 4 κάτι που μας δείχνει ότι υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν πιο ικανοποιημένοι από τους ασθενείς με χαμηλότερο εξαιτίας της ικανότητάς τους να ακολουθούν τις οδηγίες θεραπείας του ιατρικού προσωπικού.

Η Hoberg(2011) ανακάλυψε ότι οι ασθενείς το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας 61-70 ετών, οι περισσότερες ήταν γυναίκες 51%. Από τους γιατρούς ήταν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 90,3 για την πληροφόρηση και 94,3% για τις γνώσεις τους. Από το νοσηλευτικό προσωπικό 87,3% για την επάρκεια τους και την πληροφόρηση και 91,4% για τις γνώσεις. Ήταν δυσαρεστημένοι από το χρόνο αναμονής σε ποσοστό 86,8%.

Η Τσίτση και ο Θεοδώρου (2009) βρήκαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εξέφρασαν μεγάλη ικανοποίηση από τη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα καθώς και από την συνολική φροντίδα υγείας (88,3%). Επίσης δικαιώθηκαν οι προσδοκίες που είχαν σε ποσοστό 83,4%.

Η Γαβριήλ (2008-2009) είδε ότι οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από τις Υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων σε ποσοστό 61,8%. Όσον αφορά το προσωπικό οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά τους και τον επαγγελματισμό τους από 3,56 – 4,20 με άριστα το 5. Ακόμη, είναι ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και τις οδηγίες των ιατρών από 3,82 – 4,01 με άριστα πάλι το 5. Ωστόσο είναι δυσαρεστημένοι από το χρόνο κλεισίματος του ραντεβού και από την αναμονή για εξέταση. Από τις κτιριακές εγκαταστάσεις δυσαρεστημένοι ήταν από τη μη ύπαρξη καθίσματος στο χώρο αναμονής για εξέταση.

Οι Mi Aie Lee και Young-Hee Yom (2007) είδαν ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική και την ιατρική περίθαλψη. Αναλυτικότερα,

περίπου το 52,6% των ασθενών ήταν άνδρες και το υπόλοιπο γυναίκες. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας κάτω των 30 ετών (33,8%). Οι υψηλότερες αξιολογήσεις από τους ασθενείς δόθηκαν στην αξιοπιστία, ακολουθούμενη από τη σιγουριά, την ανταπόκριση, την ενσυναίσθηση και την επαφή. Η πιο σημαντική προσδοκία για τους ασθενείς ήταν για τους νοσηλευτές να παρέχουν τη σωστή γνώση και να παρέχουν τα φάρμακα την θεραπεία την ώρα που πρέπει. Το λιγότερο σημαντικό για τους ασθενείς ήταν να προσφέρουν άνετο περιβάλλον οι επαγγελματίες υγείας. Σχετικά λοιπόν με τη συνολική ικανοποίηση οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική και την ιατρική περίθαλψη καθώς και από τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν.

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική με θέμα «Patients satisfaction with nurse practitioner delivered primary health care services» σε δείγμα 300 ατόμων στη Νότιο Αμερική έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πολύ υψηλή 86,86/90 (Agosta, 2005).

Ο Zamri et al (2004) είδαν ότι η πλειοψηφία των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία ήταν γυναίκες (50,53% και 51,06% αντίστοιχα). Επίσης και στα δύο νοσοκομεία οι ασθενείς ήταν στην πλειοψηφία τους άνω των 46 ετών (52,13% και 45,74%). Οι περισσότεροι ασθενείς και των δύο νοσοκομείων είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (42,6% και 38,3%). Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση οι περισσότεροι και στα δύο νοσοκομεία ήταν έγγαμοι (76,60% και 79,26%). Η συνολική τους ικανοποίηση ήταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 42% ενώ στο Γενικό νοσοκομείο 54,3%.

Οι Carrasco et al. (2003) σε έρευνα με θέμα «Evaluation of senior citizens' satisfaction in Primary Health Centers as a assessment of the academic model» στην Κροατία έδειξε ότι το 67% των ασθενών ήταν ικανοποιημένο από την ενημέρωση και τις οδηγίες που έλαβε από το προσωπικό.

Ακόμη σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κροατία σε δείγμα 2.252 ατόμων τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση τους από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 72,1% (Babic-Banaszak et al., 2001).

Ο Turhalet al (2002) πραγματοποίησαν μια έρευνα με θέμα «Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: a staff survey. Το δείγμα αποτελούνταν από 100 ασθενείς στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Μαρμαρά στην Κωνσταντινούπολη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν άνω των 55 ετών (58%), το 59% ήταν γυναίκες και το 42% απόφοιτοι λυκείου. Από

το διοικητικό προσωπικό ήταν ικανοποιημένοι 4,52 και από το Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό 4,65 με άριστα το 5.

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο Μεθοδολογία Έρευνας

6.1 Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ακόμη να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσω ενός μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Να αξιολογηθεί αυτό το μοντέλο ποιοτικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών τόσο στους εξωτερικούς όσο και στους εσωτερικούς ασθενείς του νοσοκομείου. Τέλος να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για την επίτευξη του ανωτέρω σκοπού τίθενται επιμέρους στόχοι

- Να προσδιοριστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των δύο κατηγοριών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των δύο κατηγοριών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Να αξιολογηθεί αυτό το μοντέλο ποιοτικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών τόσο στους εξωτερικούς όσο και στους εσωτερικούς ασθενείς του νοσοκομείου.
- Να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των δύο κατηγοριών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας;
- Ποιος βαθμός ικανοποίησης των δύο κατηγοριών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες;
- Το μοντέλο ποιοτικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών τόσο στους εξωτερικούς όσο και στους εσωτερικούς ασθενείς του νοσοκομείου είναι χρήσιμο και σωστό;
- Ποιες είναι οι λύσεις για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών;

6.2 Πεδίο Εφαρμογής Έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη στο **Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – Ο Άγιος Σάββας**». Η Έρευνα πραγματοποιήθηκε τόσο στα Εξωτερικά Ιατρεία όσο και στα Νοσηλευτικά τμήματα του Νοσοκομείου.

6.3 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν αποτελούμενο από δύο κατηγορίες ασθενών του **Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου – Ο Άγιος Σάββας**».

Το ένα δείγμα ήταν **200** ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και το άλλο **200** ασθενείς που επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά του Ιατρεία.

6.4 Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών των Εξωτερικών Ιατρείων του Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου – Ο Άγιος Σάββας» συμπεριελάμβανε 4 ενότητες με συνολικά 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η πρώτη ενότητα ήταν δημογραφικές ερωτήσεις, η δεύτερη ερωτήσεις ικανοποίησης και χωρίστηκε σε 4 υποενότητες, που αφορούσαν στην ικανοποίηση των ασθενών από τα Εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου από την υποδοχή και το περιβάλλον αυτού καθώς και από την ικανοποίησή σας από το Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό. Στην Τρίτη ενότητα αξιολογήθηκε η συνολική τους ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και στην τέταρτη η πιθανή τους μελλοντική επίσκεψη στο νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε είναι η πενταβάθμια κλίμακα likert με επιλογές «Πολύ Ικανοποιημένος/η», «Λίγο Ικανοποιημένος/η», «Ούτε Δυσανεστημένος/η – Ούτε Ικανοποιημένος/η», «Λίγο Δυσανεστημένος/η» και «Πολύ Δυσανεστημένος/η» για τις ενότητες 2 και 3. Για την ενότητα 4 η κλίμακα likert που χρησιμοποιήθηκε είναι τετραβάθμια με επιλογές «Πολύ Πιθανό», «Αρκετά Πιθανό», «Λίγο Πιθανό», και «Καθόλου Πιθανό».

Το ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης νοσηλευομένων ασθενών του Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου – Ο Άγιος

Σάββας» αποτελούνταν από 4 ενότητες με συνολικά 45 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η πρώτη ενότητα είχε δημογραφικές ερωτήσεις, η δεύτερη ερωτήσεις ικανοποίησης και χωρίστηκε σε 4 υποενότητες, που αφορούν στην ικανοποίηση τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο από το περιβάλλον αυτού καθώς και από την ικανοποίησή τους από το Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό. Στην Τρίτη ενότητα αξιολογήθηκε η συνολική τους ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και στην τέταρτη η πιθανή τους μελλοντική εισαγωγή στο νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε είναι η πενταβάθμια κλίμακα likert με επιλογές «Πολύ Ικανοποιημένος/η», «Λίγο Ικανοποιημένος/η», «Ούτε Δυσανεστημένος/η – Ούτε Ικανοποιημένος/η», «Λίγο Δυσανεστημένος/η» και «Πολύ Δυσανεστημένος/η» για τις ενότητες 2 και 3. Για την ενότητα 4 η κλίμακα likert που χρησιμοποιήθηκε είναι τετραβάθμια με επιλογές «Πολύ Πιθανό», «Αρκετά Πιθανό», «Λίγο Πιθανό», και «Καθόλου Πιθανό».

6.5 Διαδικασία υλοποίησης έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Μάιος 2017 - Ιούνιος 2017.

Η άδεια υλοποίησης της έρευνας δόθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου – Ο Άγιος Σάββας». Το έγγραφο αυτό έλαβε έγκριση από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, από την Προϊσταμένη των Εξωτερικών Ιατρείων και την Διευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Για τους επισκέπτες των Εξωτερικών Ιατρείων τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν από τους επισκέπτες των Εξωτερικών Ιατρείων κατά την έξοδό τους από το τμήμα που επισκέφτηκαν.

Για τους εσωτερικούς Ασθενείς τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν είτε από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε, εάν αυτό δεν ήταν δυνατό, από τους συνοδούς τους, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο Νοσοκομείο.

6.6 Καταχώρηση και Επεξεργασία δεδομένων

Η καταχώρηση των δεδομένων έγινε σε Google Forms και τα αποτελέσματα καταχωρήθηκαν αυτόματα σε Microsoft Excel. Στη συνέχεια μετατράπηκαν σε

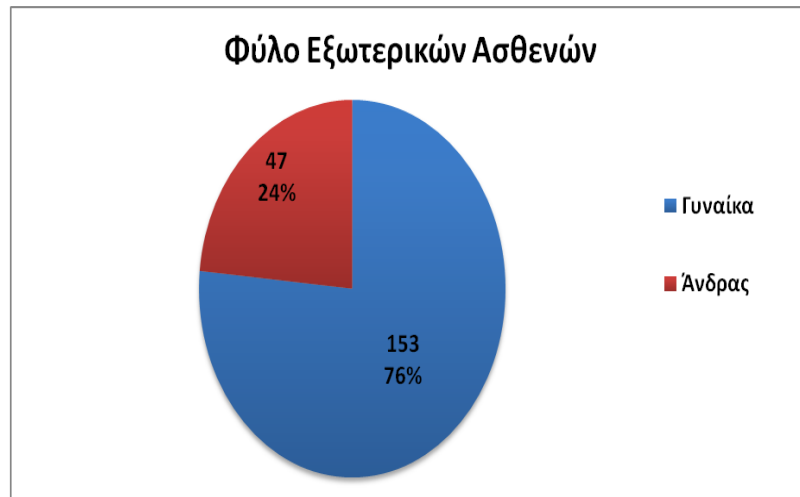
συγκεκριμένη μορφή αρχείων ώστε να επεξεργαστούν από το στατιστικό πακέτο MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis).

Η τελική στατιστική ανάλυση του δείγματος έγινε με τη Μεθοδολογία MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο Αποτελέσματα

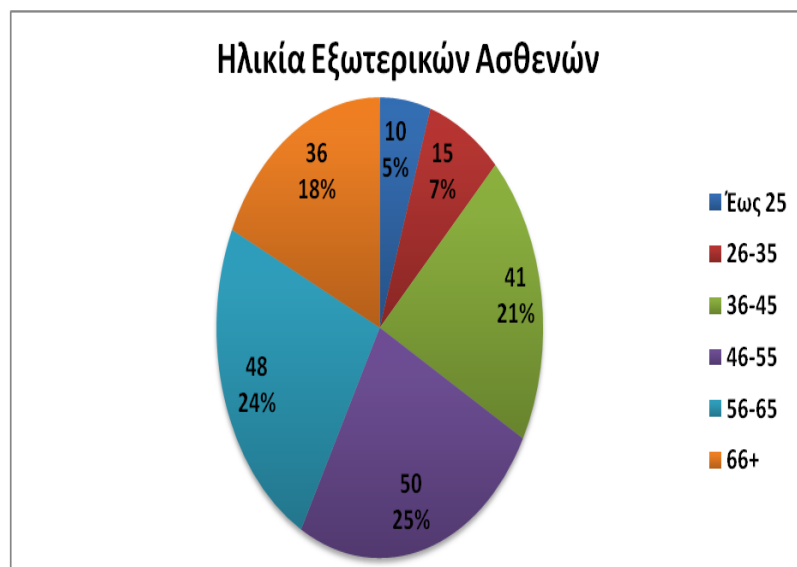
7.1 Εξωτερικοί Ασθενείς

7.1.1 Δημογραφικές Ερωτήσεις



Διάγραμμα 7.1 Φύλο Εξωτερικών Ασθενών

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 7.1 οι γυναίκες είναι 76% (n=153) και οι άνδρες 24%.(n=47).



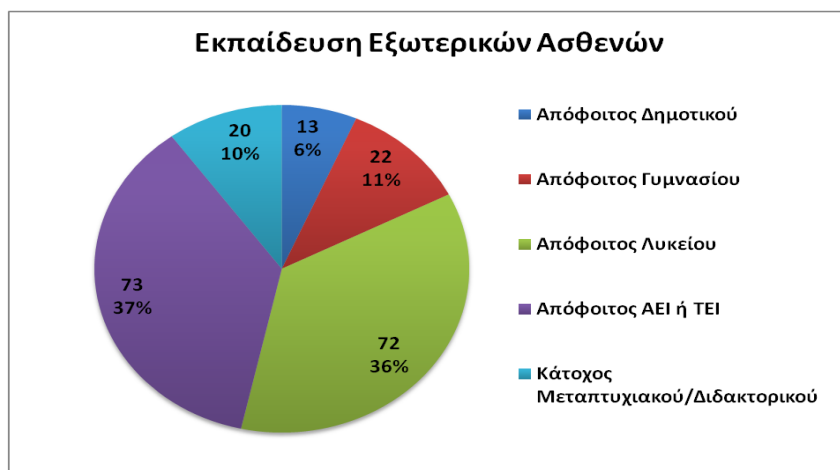
Διάγραμμα 7.2 Ηλικία Εξωτερικών Ασθενών

Στο Διάγραμμα 7.2 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 25% (n=50) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 46-55 ετών. Αντίστοιχα στις άλλες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά είναι 24% στην ηλικιακή ομάδα 56-65, 21% στην ηλικιακή ομάδα 36-45, 18% στην ηλικιακή ομάδα 66+, 7% στην ηλικιακή ομάδα 26-35 και τέλος 5% στην ηλικιακή ομάδα έως 25 ετών.



Διάγραμμα 7.3 Οικογενειακή κατάσταση Εξωτερικών Ασθενών

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των Εξωτερικών ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό είναι με 41% οι έγγαμοι με παιδιά. Τα υπόλοιπα ποσοστά είναι 25% οι έγγαμοι χωρίς παιδιά, 19% οι άγαμοι, 9% οι Διαζευγμένοι-ες και 6% αντιστοιχεί σε χήρους-ες (Διάγραμμα 7.3).



Διάγραμμα 7.4 Εκπαίδευση Εξωτερικών Ασθενών

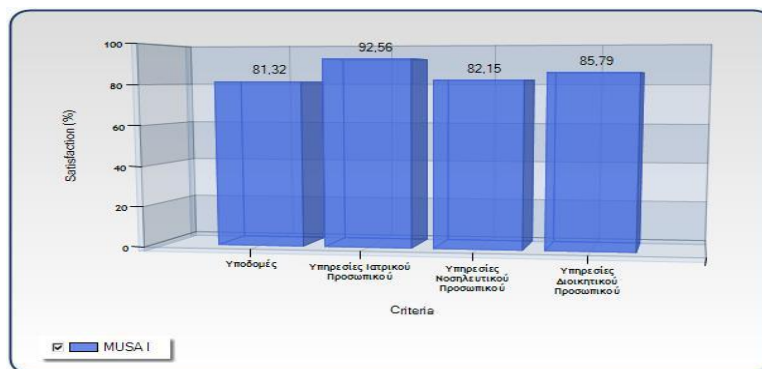
Όσο για το μορφωτικό τους επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό είναι Απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ (37%). 36% είναι απόφοιτοι Λυκείου, 11% Απόφοιτοι Γυμνασίου, 10% Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού και τέλος ένα μικρό ποσοστό (6%) Απόφοιτοι Δημοτικού (Διάγραμμα 7.4).

7.1.2 Συνολική Ικανοποίηση από τα Εξωτερικά Ιατρεία



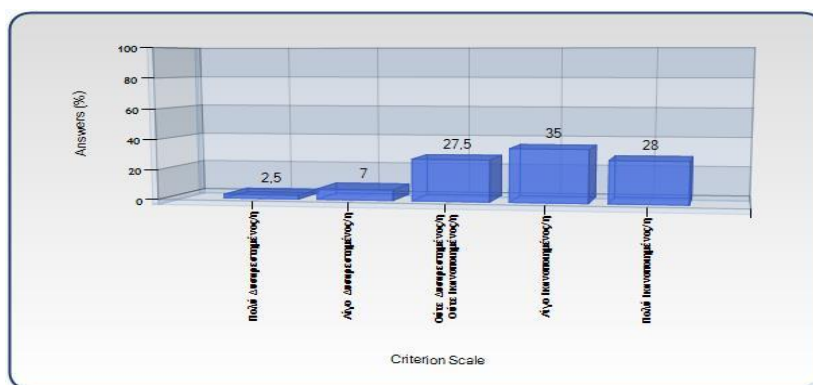
Διάγραμμα 7.5 Συχνότητες Ικανοποίησης Εξωτερικών Ιατρείων

Στο διάγραμμα 7.5 βλέπουμε τα αποτελέσματα για την συνολική ικανοποίηση των Εξωτερικών ασθενών από τα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα το 42,5% των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένο, το 33,5% λίγο ικανοποιημένο, το 15,5% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο, το 4,5% λίγο δυσαρεστημένο και τέλος το 4% δηλώνει πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.6 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Εξωτερικών Ιατρείων

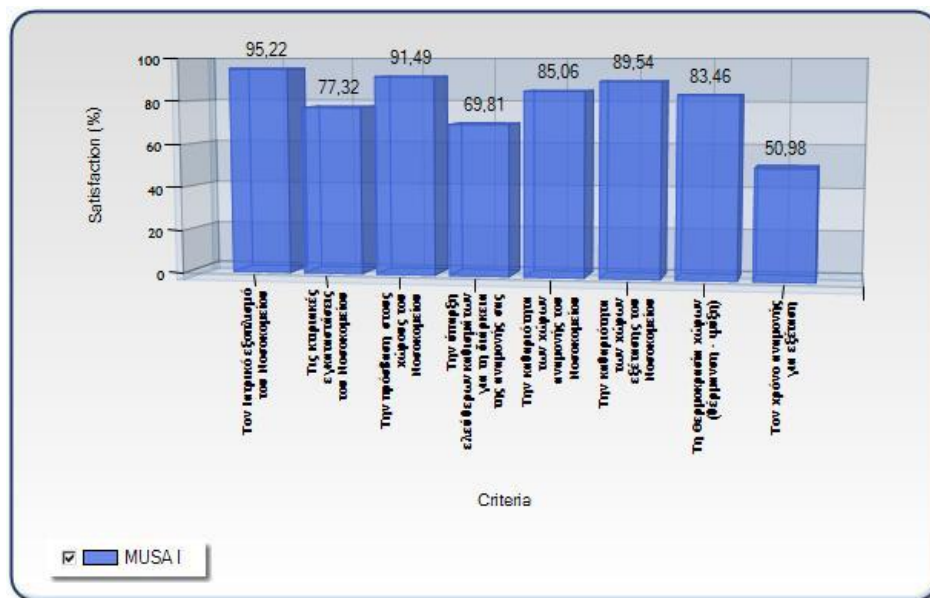
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.6 οι Εξωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού και λιγότερο ικανοποιημένοι από τις Υποδομές του Νοσοκομείου.



Διάγραμμα 7.7 Συχνότητες Ικανοποίησης Υποδομών

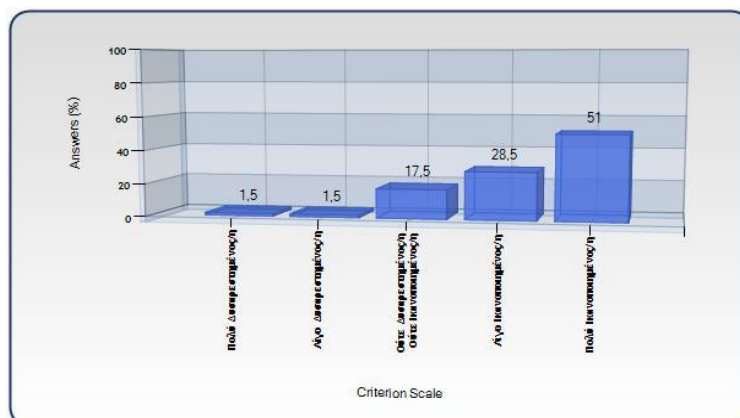
Όσον αφορά στην ικανοποίηση των Εξωτερικών ασθενών από τις υποδομές οι απαντήσεις φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Αναλυτικότερα το 28% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 35% λίγο ικανοποιημένο, το 27,5% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο και ένα 9,5% δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.8 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υποδομών

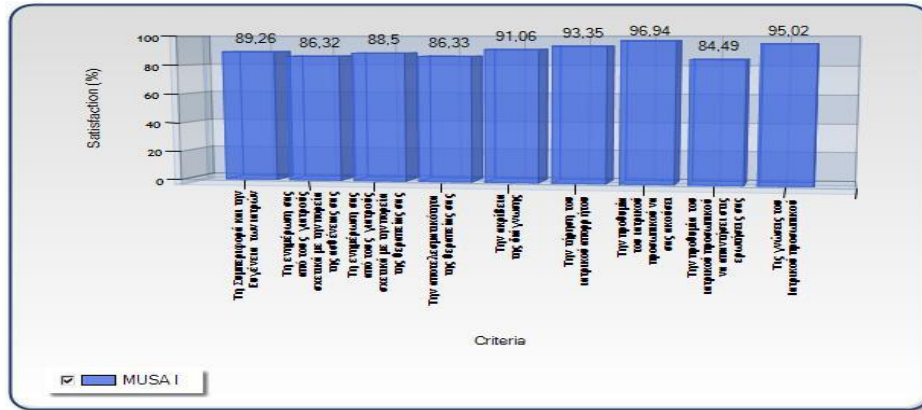
Σύμφωνα με το διάγραμμα 7.8 οι Εξωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τον Ιατρικό εξοπλισμό του νοσοκομείου και λιγότερο από το χρόνο αναμονής για εξέταση.



Διάγραμμα 7.9 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού

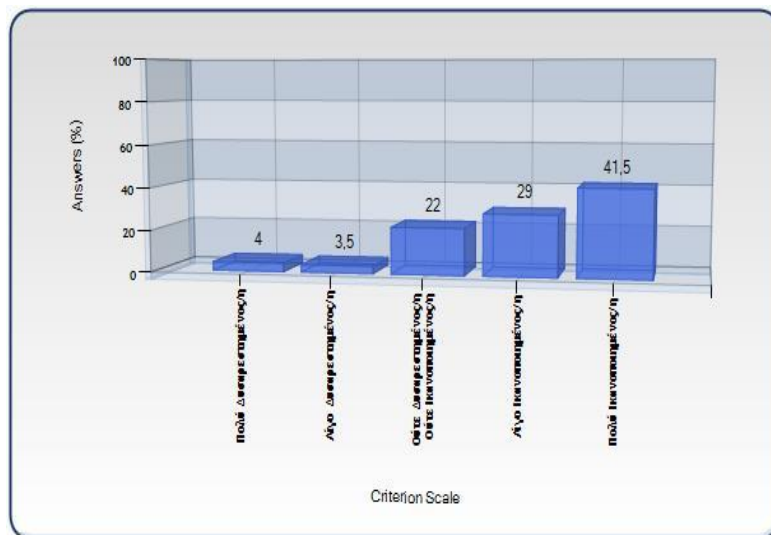
Όσον αφορά στην ικανοποίηση των Εξωτερικών ασθενών από τις Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού οι απαντήσεις φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Αναλυτικότερα το 51% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 28,5% λίγο ικανοποιημένο, το 17,5% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο και ένα 3% δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



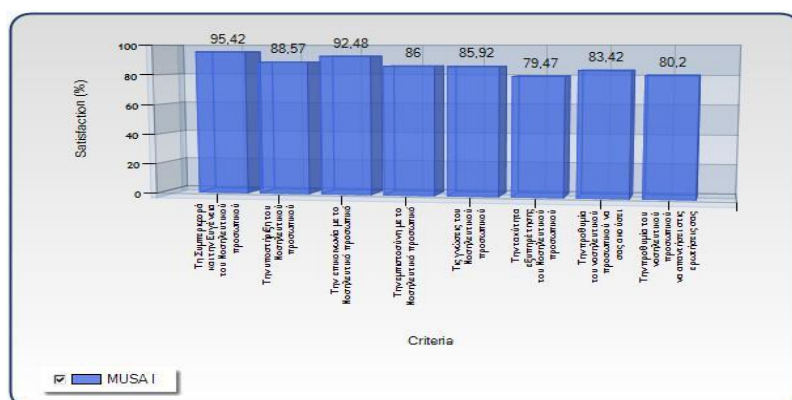
Διάγραμμα 7.10 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.10 οι Εξωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την προθυμία του Ιατρικού Προσωπικού να τους ακούσει και λιγότερο ικανοποιημένοι από την η προθυμία του Ιατρικού Προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες τους.



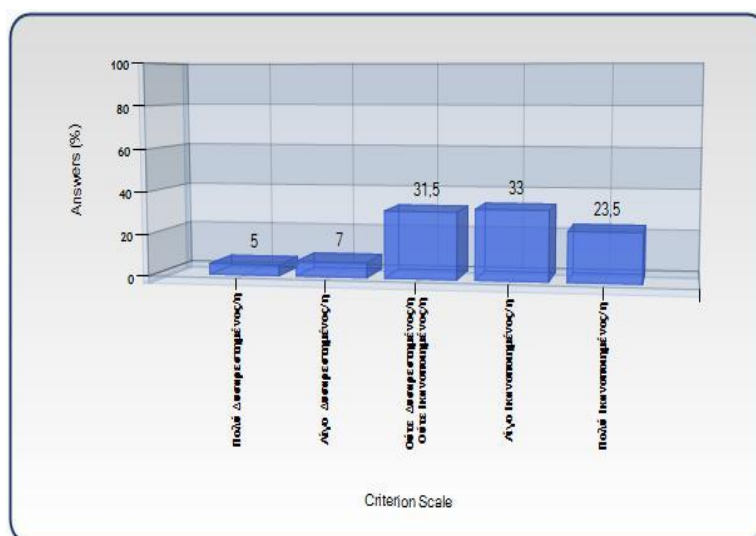
Διάγραμμα 7.11 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού

Από το παραπάνω διάγραμμα το 41,5% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 29% λίγο ικανοποιημένο, το 22% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο και ένα 7,5% δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.12 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού

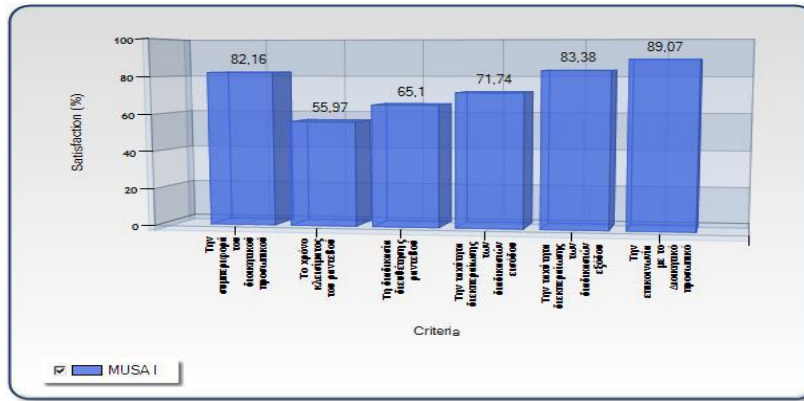
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.12 οι Εξωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά και την ευγένεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού και λιγότερο ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εξυπηρέτησης του Νοσηλευτικού Προσωπικού.



Διάγραμμα 7.13 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των Εξωτερικών ασθενών από τις Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού οι απαντήσεις φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Αναλυτικότερα το 23,5% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 33% λίγο ικανοποιημένο, το 31,5% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο και ένα 12% δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.14 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.14 οι Εξωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την επικοινωνία με το Διοικητικό Προσωπικό και λιγότερο ικανοποιημένοι από την διαδικασία διευθέτησης του ραντεβού..

7.1.3 Μελλοντική επίσκεψη



Διάγραμμα 7.15 Μελλοντική Επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία

Όσον αφορά στο πόσο πιθανό είναι να συνεχίσουν οι επισκέπτες των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες τα αποτελέσματα φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Σύμφωνα με το διάγραμμα 7.15 προκύπτει ότι το 55% θεωρεί πολύ πιθανό να συνεχίσει να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων, το 33% αρκετά

πιθανό, το 10% λίγο πιθανό και τέλος μόνο το 2% θα διάλεγε να μη συνεχίσει να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων.

7.1.4 Σύσταση σε τρίτους



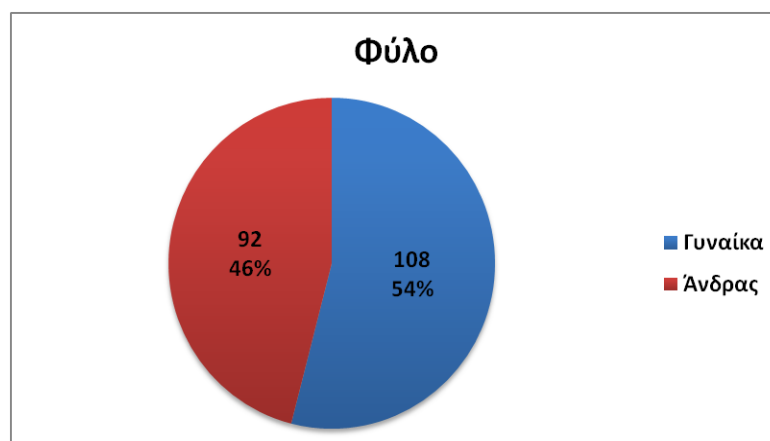
Διάγραμμα 7.16 Σύσταση σε τρίτους

Όσον αφορά στο πόσο πιθανό να συστήσουν σε τρίτους τη χρήση των Εξωτερικών Ιατρείων του νοσοκομείου τα αποτελέσματα φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Σύμφωνα με το διάγραμμα 7.16 προκύπτει ότι το 53% το θεωρεί πολύ πιθανό, το 31% αρκετά πιθανό, το 12% λίγο πιθανό και μόνο το 4% δεν θα σύστηνε σε τρίτους να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων.

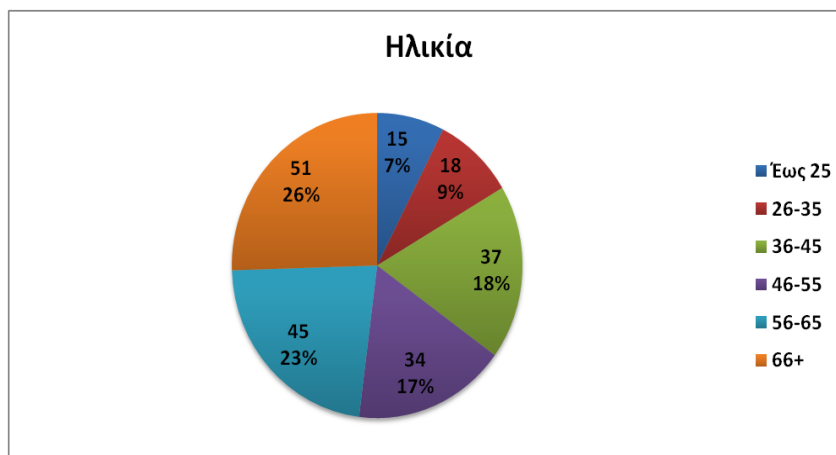
7.2 Εσωτερικοί Ασθενείς

7.2.1 Δημογραφικές Ερωτήσεις



Διάγραμμα 7.17 Φύλο Εσωτερικών Ασθενών

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 7.17 οι γυναίκες είναι 54% (n=108) και οι άνδρες 46%.(n=92).



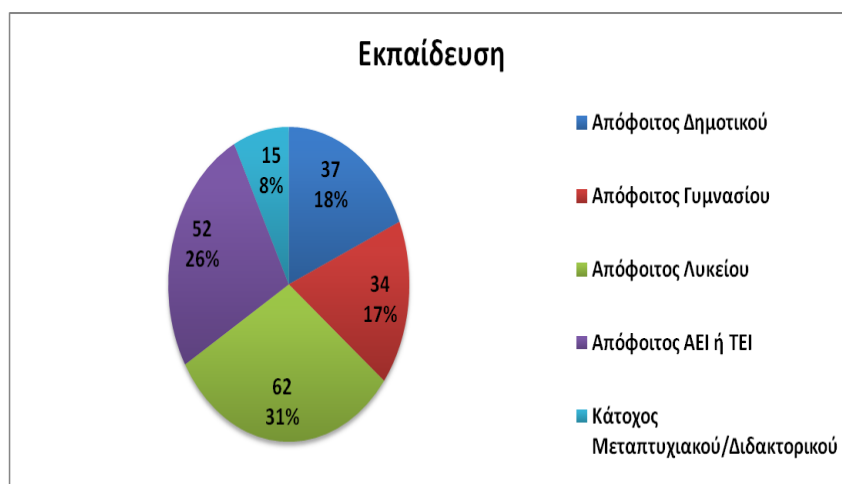
Διάγραμμα 7.18 Ηλικία Εσωτερικών Ασθενών

Στο Διάγραμμα 7.18 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (26%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 66+. Αντίστοιχα στις άλλες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά είναι 23% για την ηλικιακή ομάδα 56-65, 18% για την ηλικιακή ομάδα 36-45, 17% για την ηλικιακή ομάδα 46-55, 9% για την ηλικιακή ομάδα 26-35 και 7% για την ηλικιακή ομάδα έως 25 ετών.



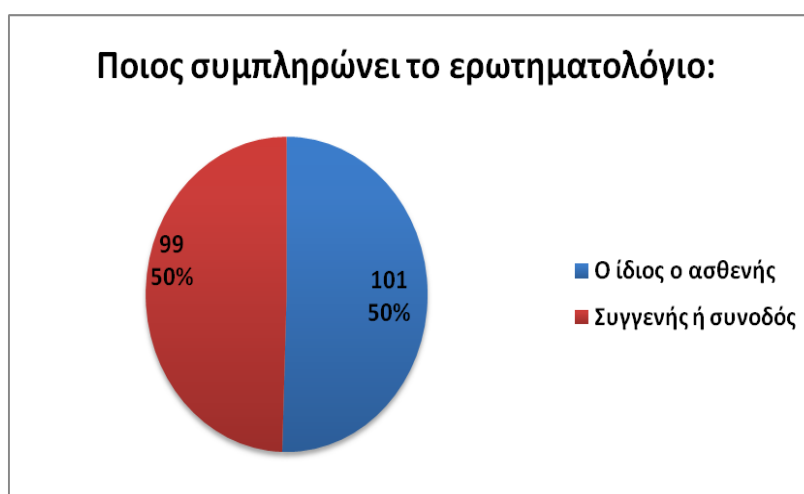
Διάγραμμα 7.19 Οικογενειακή Κατάσταση Εσωτερικών Ασθενών

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των Εσωτερικών ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό είναι με 46% οι έγγαμοι με παιδιά. Αντίστοιχα τα υπόλοιπα ποσοστά είναι 19% για έγγαμους χωρίς παιδιά, 16% για άγαμους, 10% για χήρους-ες και 9% για Διαζευγμένους-ες (Διάγραμμα 7.19).



Διάγραμμα 7.20 Εκπαίδευση Εσωτερικών Ασθενών

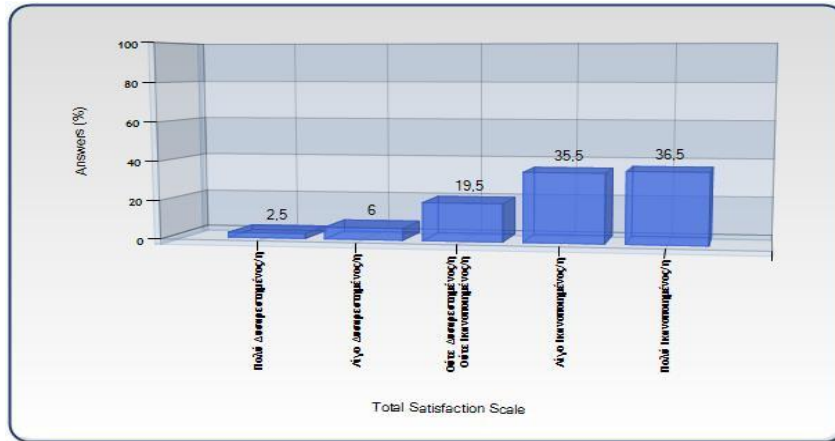
Όσο για το μορφωτικό τους επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό είναι Απόφοιτοι Λυκείου (31%). Το 26% είναι Απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 18% είναι Απόφοιτοι Δημοτικού, το 17% Απόφοιτοι Γυμνασίου και τέλος το 8% είναι Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού (Διάγραμμα 7.20).



Διάγραμμα 7.21 Ποιος συμπληρώνει το Ερωτηματολόγιο

Όσο για το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο τα ποσοστά είναι τα ίδια. Δηλαδή το 50% των ερωτηματολογίων το συμπλήρωσαν οι ίδιοι οι ασθενείς και το υπόλοιπο 50% το συμπλήρωσαν οι συγγενείς ή συνοδοί τους (Διάγραμμα 7.21).

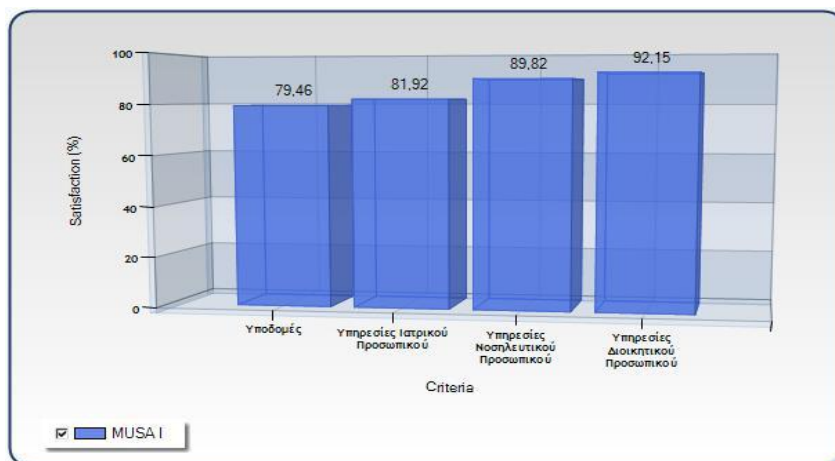
7.2.2 Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλεία



Διάγραμμα 7.22 Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλεία

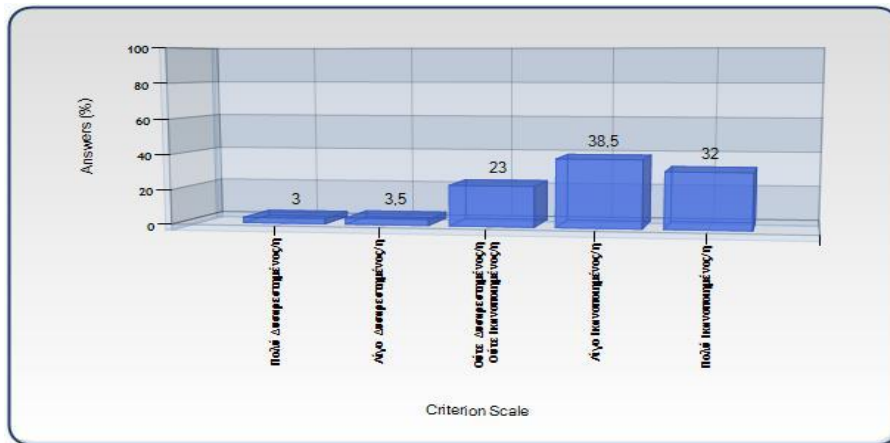
Στο διάγραμμα 7.22 φαίνονται τα αποτελέσματα για την συνολική ικανοποίηση των Εσωτερικών ασθενών από την νοσηλεία τους στο νοσοκομείο.

Αναλυτικά βλέπουμε ότι το 36,5% των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένο, το 35,5% λίγο ικανοποιημένο, το 19,5% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο, το 6% λίγο δυσαρεστημένο και τέλος το 2,5% δηλώνει πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.23 Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Της Νοσηλείας

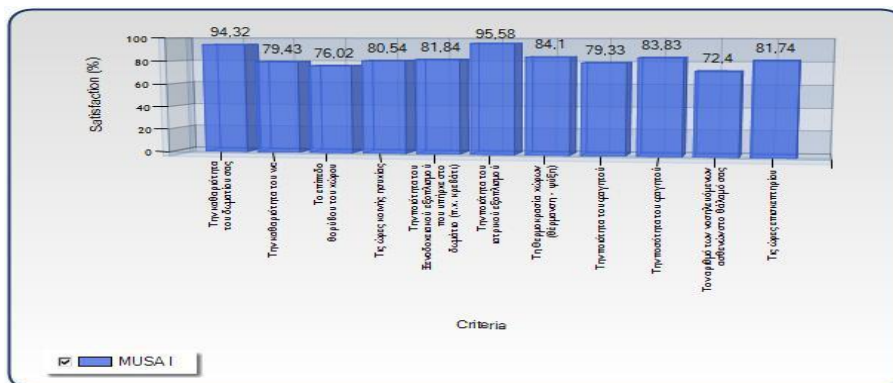
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.23 οι Εσωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού και λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υποδομές.



Διάγραμμα 7.24 Συχνότητες Ικανοποίησης Υποδομών Νοσοκομείου

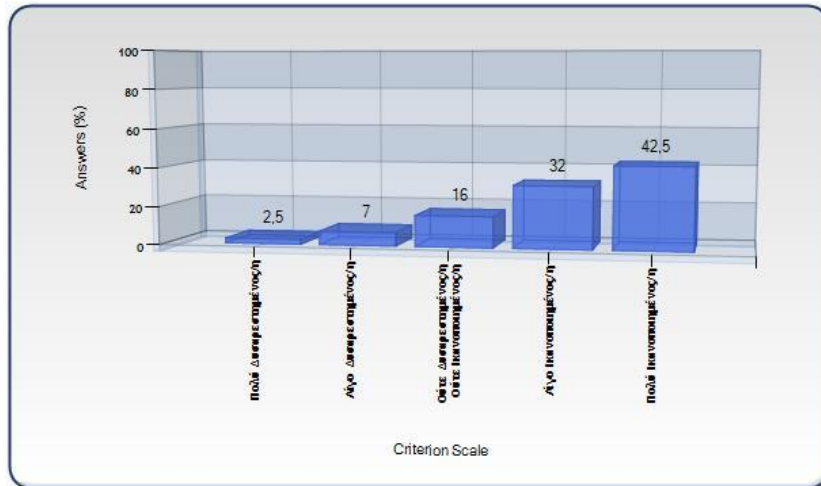
Όσον αφορά στην ικανοποίηση των Εσωτερικών ασθενών από τις υποδομές του νοσοκομείου οι απαντήσεις φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Αναλυτικότερα το 32% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 38,5% λίγο ικανοποιημένο, το 23% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο και ένα 6,5% δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.25 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων των Υποδομών του Νοσοκομείου

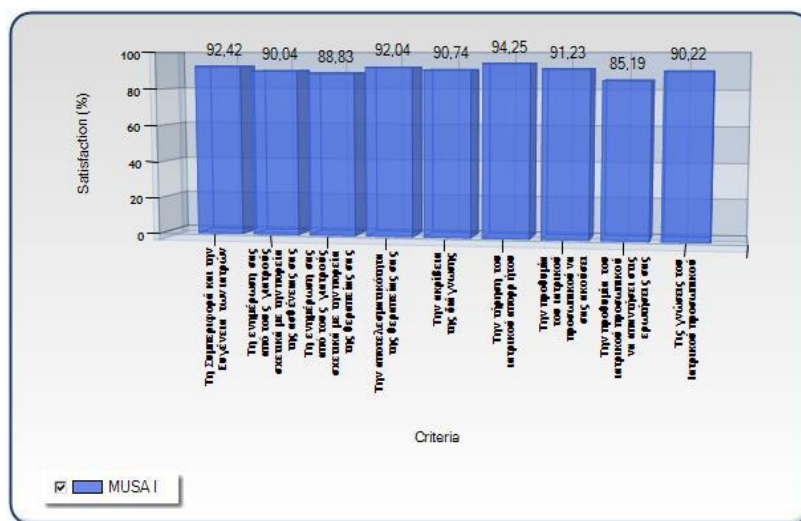
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.25 οι Εσωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα του Ιατρικού εξοπλισμού και λιγότερο ικανοποιημένοι από τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών στο θάλαμό τους.



Διάγραμμα 7.26 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού

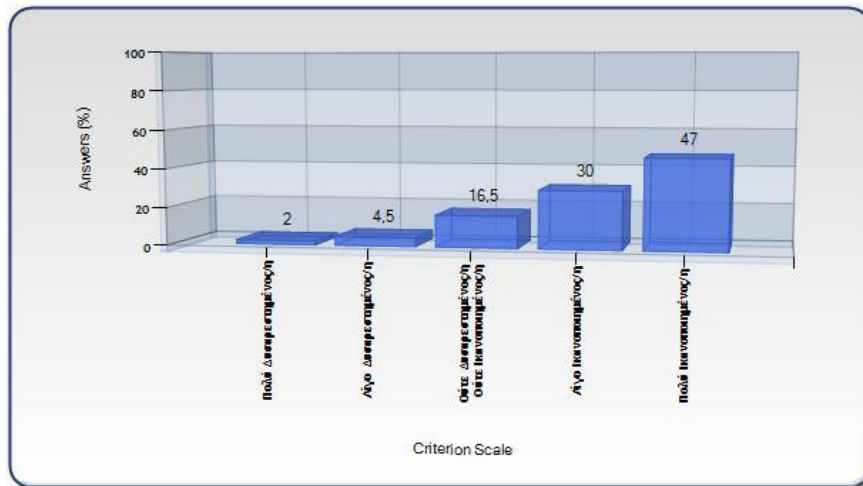
Όσον αφορά στην ικανοποίηση των Εσωτερικών ασθενών από τις Υπηρεσίες Ιατρικού προσωπικού οι απαντήσεις φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Αναλυτικότερα το 42,5% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 32% λίγο ικανοποιημένο, το 16% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο και ένα 9,5% δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.27 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού

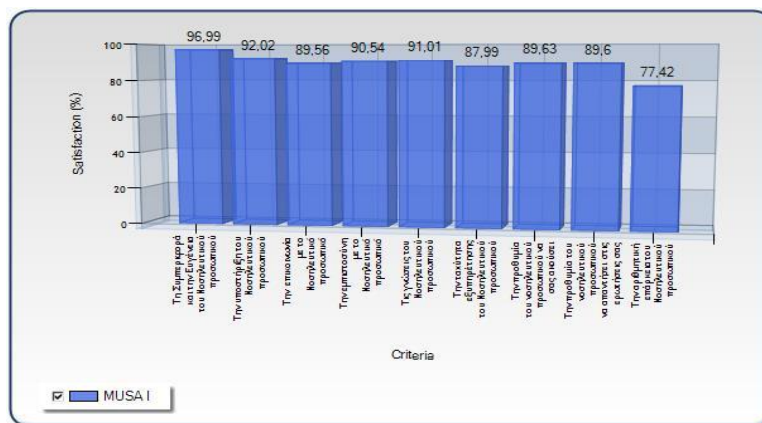
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.27 οι Εσωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την τήρηση ιατρικού απορρήτου και λιγότερο ικανοποιημένοι από την προθυμία του Ιατρικού προσωπικού να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους.



Διάγραμμα 7.28 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού

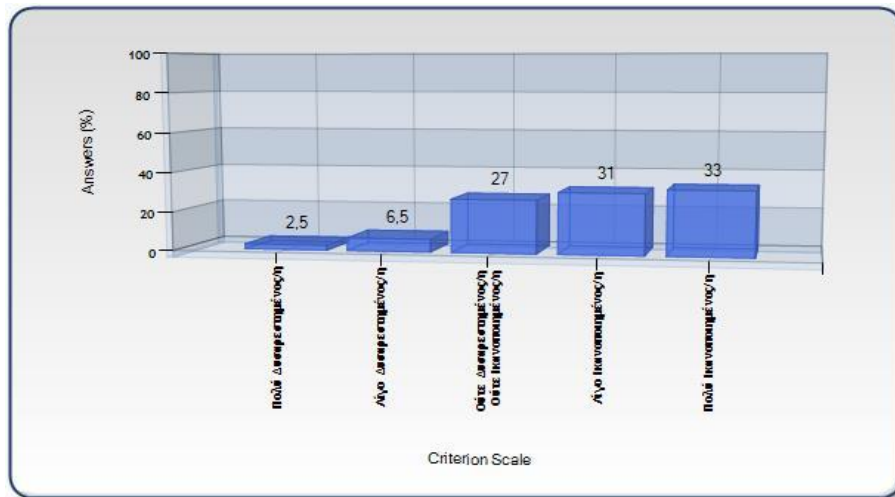
Όσον αφορά στην ικανοποίηση των Εσωτερικών ασθενών από τις Υπηρεσίες Νοσηλευτικού προσωπικού οι απαντήσεις φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Αναλυτικότερα το 47% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 30% λίγο ικανοποιημένο, το 16,5% ούτε δυσαρεστημένο ούτε ικανοποιημένο και ένα 6,5% δήλωσε λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



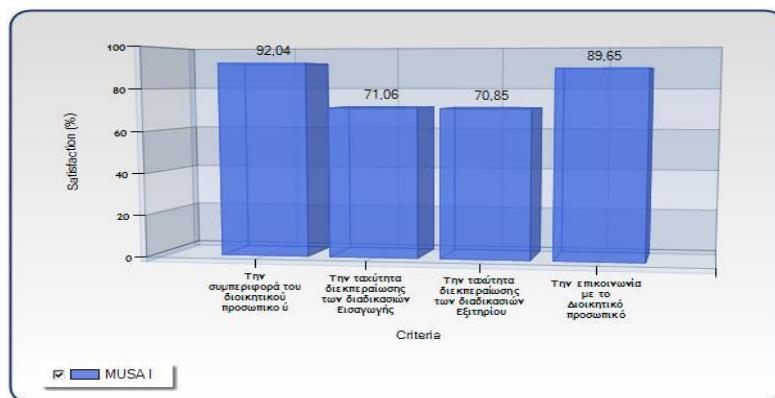
Διάγραμμα 7.29 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων των Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.29 οι Εσωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά και ευγένεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού και λιγότερο ικανοποιημένοι από την αριθμητική επάρκεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού.



Διάγραμμα 7.30 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού

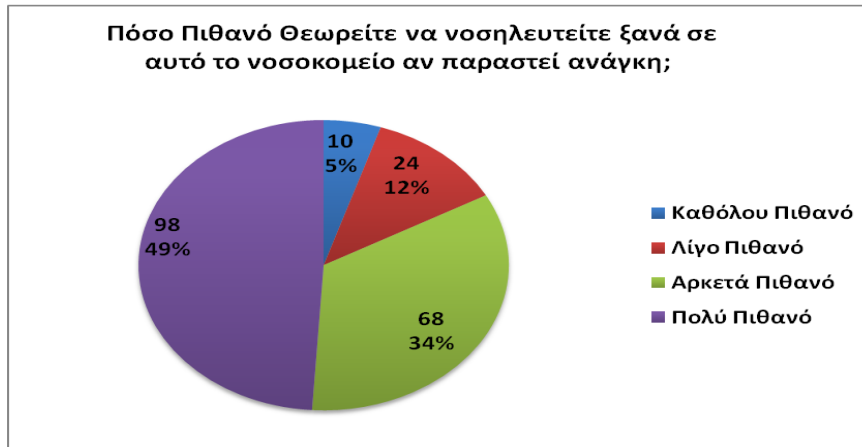
Από το Διοικητικό προσωπικό το 33% ήταν ικανοποιημένοι, το 31% λίγο ικανοποιημένοι, το 27% ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι και ένα 9% λίγο ή πολύ δυσαρεστημένο.



Διάγραμμα 7.31 Μέσος Δείκτης Ικανοποίησης Υποκριτηρίων των Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.31 οι Εσωτερικοί ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του Διοικητικού Προσωπικού και λιγότερο ικανοποιημένοι από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών εξιτηρίου.

7.2.3 Μελλοντική επίσκεψη



Διάγραμμα 7.32 Μελλοντική Νοσηλεία στο νοσοκομείο

Όσον αφορά στο πόσο πιθανό είναι να νοσηλευτούν ξανά στο ίδιο νοσοκομείο αν προκύψει ανάγκη τα αποτελέσματα φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Σύμφωνα με το διάγραμμα 7.32 προκύπτει ότι το 49% θεωρεί πολύ πιθανό να νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο αν προκύψει ανάγκη, το 34% αρκετά πιθανό, το 12% λίγο πιθανό και μόνο το 5% δεν θα διάλεγε να νοσηλευτεί ξανά σε αυτό το νοσοκομείο.

7.2.4 Σύσταση σε τρίτους



Διάγραμμα 7.33 Σύσταση σε τρίτους

Όσον αφορά στο πόσο πιθανό να συστήσουν σε τρίτους το νοσοκομείο προκειμένου να νοσηλευτούν τα αποτελέσματα φαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα.

Σύμφωνα με το διάγραμμα 7.33 προκύπτει ότι το 48% το θεωρεί πολύ πιθανό, το 34% αρκετά πιθανό, το 13% λίγο πιθανό και μόνο το 5% δεν θα σύστηνε σε τρίτους να επισκεφθούν το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο Συμπεράσματα – Συζήτηση – Προτάσεις – Περιορισμοί της Έρευνας

8.1 Συμπεράσματα

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό επισκεπτών στα Εξωτερικά Ιατρεία είναι γυναίκες (76%) και αυτό γιατί το Νοσοκομείο διαθέτει μια ολοκληρωμένη κλινική μαστού με εξαιρετικούς επιστήμονες. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό (53%) από τους ασθενείς που επισκέπτονται τα Εξωτερικά Ιατρεία ανήκουν στην ευρύτερη ηλικιακή ομάδα 26-55 ετών την επονομαζόμενη παραγωγική ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό (41%) των ασθενών έχουν οικογένεια. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) είναι οι ασθενείς με πτυχίο Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι., και αυτό γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 26 έως 55 ετών. Όσον αφορά την ικανοποίηση τους από τα Εξωτερικά Ιατρεία οι επισκέπτες δηλώνουν σε ποσοστό 76% ότι είναι λίγο έως πολύ ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας που έλαβαν. Ποιο σημαντικό κριτήριο θεωρούνται υπηρεσίες από το Ιατρικό Προσωπικό. Δηλώνουν ικανοποιημένοι από τον Ιατρικό εξοπλισμό του νοσοκομείου, από την προθυμία των γιατρών να τους ακούσουν, από την συμπεριφορά και την ευγένεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού και από την επικοινωνία με το Διοικητικό Προσωπικό. Αντίθετα δηλώνουν δυσαρεστημένοι από το χρόνο αναμονής για εξέταση, από την προθυμία των γιατρών να απαντήσουν στις απορίες τους, από την ταχύτητα εξυπηρέτησης του Νοσηλευτικού Προσωπικού, από την διαδικασία διευθέτησης του ραντεβού και από το χρόνο κλεισίματος του ραντεβού. Τέλος, το 88% των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων δηλώνει ότι θεωρεί αρκετά έως πολύ πιθανό να επισκεφτεί ξανά τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και ένα 84% θεωρεί αρκετά έως πολύ πιθανό να συστήσει σε τρίτους να χρησιμοποιήσουν τα Εξωτερικά Ιατρεία του Αγίου Σάββα.

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Νοσηλευτικά τμήματα του Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευομένων ασθενών είναι γυναίκες (54%) και αυτό γιατί το Νοσοκομείο διαθέτει μια ολοκληρωμένη κλινική μαστού με εξαιρετικούς επιστήμονες. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) από τους ασθενείς

που νοσηλεύονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ανήκουν στην ευρύτερη ηλικιακή ομάδα 26-55 ετών την επονομαζόμενη παραγωγική ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό (46%) των νοσηλευόμενων ασθενών έχουν οικογένεια. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό (48%) είναι οι ασθενείς απολυτήριο Λυκείου και πτυχίο Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι., και αυτό γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 26 έως 55 ετών. Όσον αφορά την ικανοποίηση τους από την νοσηλεία τους στο νοσοκομείο οι ασθενείς δηλώνουν σε ποσοστό 72% ότι είναι λίγο έως πολύ ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας που έλαβαν. Ποιο σημαντικό κριτήριο θεωρείται υπηρεσίες από το Διοικητικό Προσωπικό. Δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ποιότητα του Ιατρικού εξοπλισμού, από την τήρηση ιατρικού απορρήτου, από την συμπεριφορά και ευγένεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού και από την συμπεριφορά του Διοικητικού Προσωπικού. Αντίθετα δηλώνουν δυσαρεστημένοι από τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών στο θάλαμό τους, από την προθυμία του Ιατρικού προσωπικού να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους, από την αριθμητική επάρκεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού και από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών εξιτηρίου. Τέλος, το 83% των νοσηλευόμενων ασθενών δηλώνει ότι θεωρεί αρκετά έως πολύ πιθανό να νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη και ένα 82% θεωρεί αρκετά έως πολύ πιθανό να συστήσει σε τρίτους να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο.

8. 2 Συζήτηση

- **Εξωτερικοί Ασθενείς**

Ξεκινώντας από την έρευνα που έλαβε χώρα στα Εξωτερικά ιατρεία του Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» είδαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (76%) όπως και στην έρευνα των Pierrakos et al που έγινε το 2013 σε ποσοστό 64,9% και 52,3% (δύο έρευνες), στην έρευνα των Pini et al που έγινε το 2009 το ποσοστό των γυναικών ήταν 87%, επίσης των Pini et al που εκπονήθηκε το 2014 ήταν 87% πάλι. Και στην έρευνα της Χάρλα οι γυναίκες ήταν το 55%. Στην έρευνα της Αναγνωστοπούλου (2010) και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες 55,3%. Ακόμη στην έρευνα του Hoberg (2011) που έγινε στην Αυστραλία και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό που επισκέφτηκε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ήταν γυναίκες σε ποσοστό 51%. Και στην έρευνα των Turhal et al (2002) στην Κωνσταντινούπολη το 59% ήταν γυναίκες. Και στην έρευνα των

Nabbuye et al (2011) στην Ουγκάντα το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες 88,1%. Στις υπόλοιπες έρευνες που κατεγράφησαν με βάση την βιβλιογραφία για την επίσκεψη ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία δεν υπήρχε πληροφόρηση για το φύλο. Όσον αφορά τις ηλικίες είχαμε την εξής πληροφόρηση. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε για αυτή την εργασία το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία ήταν ηλικίας από 26-55 ετών σε ποσοστό 53%. Στις υπόλοιπες έρευνες της βιβλιογραφίας στην έρευνα των Kabadai και Niaka (2004) το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας έως 44 ετών (44,8%). Στην έρευνα της Pini et al (2009) βρήκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (41%) ήταν ηλικίας 46-65 ετών. Επίσης, η Pini et al στην έρευνα που επανέλαβε το 2014 είδε ότι είχε το ίδιο ακριβώς αποτέλεσμα με την έρευνα του 2009. Σε έρευνα της Αναγνωστοπούλου το 2010 οι ασθενείς με το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) ήταν ηλικίας από 18-44. Στην έρευνα των Turhal et al (2002) το 58% των ερωτηθέντων ήταν άνω των 55 ετών ενώ στην έρευνα των Nabbuye et al (2011) το 61% ήταν κάτω των 30 ετών. Στις υπόλοιπες έρευνες δεν αναφέρθηκαν στοιχεία ηλικιακά. Για το κριτήριο «οικογενειακή κατάσταση» έχουμε τα εξής: στην παρούσα εργασία τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεγαλύτερο ποσοστό (41%) των ασθενών που επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά ιατρεία είχαν οικογένεια. Σε αντίστοιχες έρευνες τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 68% ήταν έγγαμοι (Kabadai και ο Niakas, 2004), το 68% και εδώ έγγαμοι (Αναγνωστοπούλου, 2010). Στοιχεία για οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκαν σε άλλες έρευνες. Τέλος για το τελευταίο δημογραφικό στοιχείο την εκπαίδευση των εξωτερικών ασθενών στην παρούσα έρευνα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) ασθενείς με πτυχίο Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι., όμως στις υπόλοιπες έρευνες είχαμε διαφοροποιήσεις. Στις έρευνες των Kabadai και ο Niaka (2004) το 48% ήταν μέσης εκπαίδευσης, το 39,4% ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή αναλφάβητοι (Pini et al, 2009) όπως και στην έρευνα του 2014 που το αποτέλεσμα ήταν ακριβώς το ίδιο 39,4% ήταν απόφοιτοι δημοτικοί ή αναλφάβητοι. Στην έρευνα της Αναγνωστοπούλου (2010) το 26% ήταν απόφοιτοι λυκείου. Στοιχεία για εκπαίδευση δεν βρέθηκαν σε άλλες έρευνες.

Όσον αφορά την ικανοποίηση τους από τα Εξωτερικά Ιατρεία οι επισκέπτες δηλώνουν σε ποσοστό 49% ότι είναι λίγο έως πολύ ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας που έλαβαν. Ποιο σημαντικό κριτήριο θεωρούνται υπηρεσίες από το Ιατρικό Προσωπικό. Δηλώνουν ικανοποιημένοι από τον Ιατρικό εξοπλισμό του νοσοκομείου, από την προθυμία των γιατρών να τους ακούσουν, από την συμπεριφορά και την ευγένεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού και από την

επικοινωνία με το Διοικητικό Προσωπικό. Το ίδιο δηλώθηκε και στην έρευνα των Kabadai και Niaka (2004) για το διοικητικό προσωπικό 75,2%, και για το κλινικό έργο 79,4%. Και στην έρευνα των Pini et al (2014) δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις γενικές υπηρεσίες υγείας (94,4% στα απογευματινά και 58% στα πρωινά ιατρεία), από την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο σε ποσοστό 91,1% 56,6% αντίστοιχα. Αντίστοιχα αποτελέσματα υπήρχαν και στις έρευνες της διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΝ (2010) με ποσοστό ικανοποίησης 49% και στην έρευνα των Nabbuye et al (2011) ήταν 2,7 με άριστα το 4. Επίσης, σε αυτή την έρευνα που έγινε για την παρούσα διπλωματική για τους Εξωτερικούς ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από το διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό με 23,5%, 41,5% και 51% αντίστοιχα. Σε άλλες έρευνες βλέπουμε ότι η ικανοποίηση τους από το Διοικητικό προσωπικό είναι 70% (διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΝ, 2010), από το διοικητικό προσωπικό ήταν ικανοποιημένοι 4,52 και από το Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό 4,65 με άριστα το 5 (Turhal et al, 2002). Αντίθετα δηλώνουν δυσαρεστημένοι από το χρόνο αναμονής για εξέταση (40,5%) στην παρούσα έρευνα, όπως και στην έρευνα των Pini et al (2014) που μόνο το 30% των ασθενών που επισκέφθηκαν τα απογευματινά ιατρεία και το 37,8% των ασθενών που επισκέφθηκαν τα πρωινά ιατρεία δήλωσε ικανοποιημένο. Επίσης δήλωσαν δυσαρεστημένοι από το χρόνο κλεισίματος του ραντεβού σε ποσοστό 33,5% στην παρούσα έρευνα όπως και σε άλλες έρευνες όπως το 45% ανέφερε ότι το χρονικό διάστημα από το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι και τη μέρα της εξέτασης ήταν πολύ μεγάλο (Pini et al, 2009).

- **Εσωτερικοί Ασθενείς**

Από την έρευνα που έλαβε χώρα στα νοσοκομειακά τμήματα του Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» είδαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευομένων ασθενών είναι γυναίκες (54%). Αυτό αντικατοπτρίζεται και σε άλλες αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Το 53% ήταν γυναίκες στην έρευνα των Κουθούρη και Εξάρχου (2015), στις δύο έρευνες των Pierrakos et al (2013) γυναίκες ήταν το 64,9% και 52,3 αντίστοιχα. Στην έρευνα του Hoberg (2011) το 51% ήταν γυναίκες. Αντίθετα σε έρευνες της Σωτηροπούλου κ.α. (2014) το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνδρες 58%, της Μαρουφίδου και η Παπάζογλου (2011) 51,69%, στου Σκάνδαλου (2007) το 53% και στου Uruł Senarath et al (2013) το 61%. Τέλος, στην έρευνα των Aletras et al (2009) είδαν ότι οι

νοσηλευθέντες ασθενείς ήταν περίπου ισάριθμοι σχετικά με το φύλο (49,3% άνδρες και 50,7% γυναίκες). Όσο αφορά το ηλικιακό εύρος στην παρούσα έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) από τους ασθενείς που νοσηλεύονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ανήκουν στην ευρύτερη ηλικιακή ομάδα 26-55 ετών την επονομαζόμενη παραγωγική ηλικία. Σε άλλες έρευνες βλέπουμε ότι στην έρευνα της Χάρλα (2014) οι περισσότεροι ασθενείς (70%) ήταν πολύ μεγαλύτερης ηλικίας (56 έως 65 ετών) όπως και στην έρευνα της Σωτηροπούλου κ.α. (2014). Επίσης, στην έρευνα των Αγγελοπούλου και Παπαδόπουλου (2011) το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνω των 70 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό (46%) των νοσηλευόμενων ασθενών έχουν οικογένεια. Στις άλλες έρευνες ήταν παρόμοια τα αποτελέσματα, 70% (Κουθούρης και η Εξάρχου, 2015), 79,7% (Μαρουφίδου και Παπάζογλου, 2011), 46% Σκάνδαλος, 2007) και 68% (Kabadai και Niakas, 2004). Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό (48%) είναι οι ασθενείς απολυτήριο Λυκείου και πτυχίο Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι., και αυτό γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 26 έως 55 ετών. Στην έρευνα της Χάρλα (2014) το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι. (40%). Στην έρευνα όμως των Aletras et al (2009) το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν απόφοιτοι δημοτικού (46%). Όσον αφορά το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο στην παρούσα έρευνα είχαμε απολυτή ισοβαθμία μεταξύ ασθενούς και συγγενών. Στην έρευνα των Μπασδάνη και Νιάχρχου (2004) στο ένα νοσοκομείο το 88,4% συμπλήρωσε μόνο του το ερωτηματολόγιο ενώ στο άλλο μόνο το 25,3%. Όσον αφορά την ικανοποίηση τους από την νοσηλεία τους στο νοσοκομείο οι ασθενείς στην παρούσα έρευνα δηλώσαν σε ποσοστό 72% ότι είναι λίγο έως πολύ ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας που έλαβαν. Στις άλλες έρευνες τις βιβλιογραφίας βλέπουμε ότι υπάρχουν παράνομοι αποτελέσματα. Όπως στην έρευνα της Χαντζοπούλου et al (2017) το 82,5% ήταν ικανοποιημένο από τις συνολικές υπηρεσίες, της Γούλα κ.α. (2017), βρέθηκε ότι το 94,8%-98,8% ήταν ικανοποιημένο τόσο από το έμφυχο δυναμικό του νοσοκομείου όσο και από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν, στον Κουθούρη Εξάρχου (2015) ήταν ικανοποιημένοι από το προσωπικό ενώ αντίθετα δεν ήταν ικανοποιημένοι από την υλικοτεχνική υποδομή, στις Χάρλα (2014) το ¼ των ασθενών έβαλε 9 και το ¼ έβαλε 5 και στις Σωτηροπούλου κ.α. (2014) ήταν μέτρια ικανοποιημένοι. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στις υπόλοιπες έρευνες. Στην παρούσα έρευνα δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ποιότητα του Ιατρικού εξοπλισμού, από την τήρηση ιατρικού απορρήτου κάτι που δεν συμβαίνει στην έρευνα της ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ (2011),

πού έδειξε ότι το 27,1% ανέφερε τη δυσαρέσκεια του από περιστατικά διαρροής προσωπικών του δεδομένων. Από την συμπεριφορά και ευγένεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού και από την συμπεριφορά του Διοικητικού Προσωπικού ήταν ικανοποιημένοι. Στις άλαλες δημοσιευμένες έρευνες είναι ικανοποιημένοι ήταν πολύ ικανοποιημένο από την καθαριότητα, την οργάνωση και την επάρκεια του νοσοκομείου, από τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, την διατροφή και τον θάλαμο, από την επικοινωνία με το προσωπικό του νοσοκομείου σε ποσοστό 89,2% (Χαντζοπούλου et al, 2017), όπως και στην έρευνα Κουθούρη και Εξάρχου (2015), Σωτηροπούλου κ.α. (2014). Στις περισσότερες έρευνες συμπεριλαμβανομένης και της παρούσας οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αντίθετα εξέφρασαν κάποια παράπονα για το Διοικητικό προσωπικό στις περισσότερες έρευνες όχι για την συμπεριφορά των υπαλλήλων όσο για τις διοικητικές διαδικασίες όπως διαδικασία εισαγωγής και εξιτηρίου. Αντίθετα στην έρευνα της διεύθυνσης Υγειονομικού του ΓΕΝ (2010) φάνηκε ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από το Διοικητικό προσωπικό σε ποσοστό 70% και λιγότερο ικανοποιημένοι από τις άλλες υπηρεσίες και τις υποδομές. Επίσης στις περισσότερες έρευνες δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού (Αγγελοπούλου και Παπαδόπουλος, 2011) σε ποσοστό 74%. Τέλος, το 83% των νοσηλευόμενων ασθενών δηλώνει ότι θεωρεί αρκετά έως πολύ πιθανό να νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη και ένα 82% θεωρεί αρκετά έως πολύ πιθανό να συστήσει σε τρίτους να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο όπως φαίνεται και στην έρευνα της Χαντζοπούλου et al (2017) το 95,3% θα σύστηνε το νοσοκομείο και σε άλλους ή θα το ξαναεπισκεπτόταν.

8.3 Προτάσεις

Σύμφωνα με τα πιο πάνω συμπεράσματα μπορούμε να καταλήξουμε σε κάποιες πολύ εποικοδομητικές προτάσεις. Σημαντικότερο όλων είναι η μία κεντρική πολιτική υγείας η οποία θα εφαρμόζεται σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας δημόσια και ιδιωτικά για όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς με βάση τις υγειονομικές ανάγκες κάθε ασθενή. Μια πολιτική υγείας που θα έχει σκοπό τον σχεδιασμό αναγκαίων διαρθρωτικών αλλαγών, τον προγραμματισμό του σωστού και κατάλληλου διαμοιρασμού των πόρων και να βάλει ως κεντρικό μέλημα την καθολική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλους τους ασθενείς. Θα πρέπει να βάλει

μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους οι οποίοι θα μετριοούνται ώστε να βγαίνουν αποτελέσματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016). Μια άλλη πρόταση θα μπορούσε να είναι η εγκαθίδρυση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη συνεχή επιμόρφωση όλων των εργαζομένων των διαφορετικών τμημάτων του νοσοκομείου αλλά και την βελτίωση της επικοινωνίας και συναισθηματικής τους σύνδεσης με τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Οι ιατροί οφείλουν να ενημερώνουν με περισσότερη σαφήνεια τους ασθενείς για την ασθένειά τους καθώς και για την θεραπεία τους. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων πρέπει να αξιοποιήσουν κάθε δυνατό μέσο παροχής χρήσιμων πληροφοριών όπως έρευνες ικανοποίησης ασθενών ώστε να εντοπιστούν οι παθογένειες του συστήματος και να βελτιωθούν ακόμη περισσότερο οι υπηρεσίες υγείας. Τα αναγκαία αποτελέσματα των ερευνών μαζί με την συνεχή βελτίωση του ήδη υπάρχοντος προγράμματος ποιοτικού ελέγχου θα οδηγήσουν σε βάθος χρόνου στην ανάπτυξη σύγχρονων προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας όχι μόνο στον ιατρικό τομέα αλλά και στον διοικητικό. Η τοποθέτηση ενός ικανού Διευθυντή (Manager) με γνώμονα μόνο τα προσόντα του και όχι τα προσωπικά συμφέροντα των εμπλεκόμενων θα οδηγήσει στην καλύτερη και δικαιότερη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού που είναι και το πολυτιμότερο περιουσιακό στοιχείο του ιδρύματος κατά μήκος όλων των τμημάτων του νοσοκομείου ώστε να μην προκληθεί η επαγγελματική τους εξουθένωση (burnout). Επίσης, η θεσμοθέτηση πληροφοριακών συστημάτων που θα ενώνουν όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου θα μειώσουν δραματικά τους χρόνους ολοκλήρωσης κάθε είδους χρονοβόρας διαδικασίας. Τα πιο πάνω πληροφοριακά συστήματα μαζί με την πρόσληψη αναγκαίου αριθμού επαγγελματιών υγείας οι οποίοι θα τα χειρίζονται θα μειώσουν το χρόνο εξυπηρέτησης ζωτικής σημασίας ρουτινών όπως κλείσιμο ραντεβού, αναμονή στη λίστα για εισαγωγή στο νοσοκομείο και εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία τα οποία σε πολλές περιπτώσεις υπερβαίνουν και τους έξι μήνες. Εδώ αναφερόμαστε στον όρο ηλεκτρονική υγεία (e-health) και ένα από τα πληροφοριακά συστήματα που θα πρέπει να εφαρμοστεί θα είναι ο ενιαίος Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενή (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016). Ακόμη, θα πρέπει να επανέλθει ο θεσμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την θέσπιση του οικογενειακού γιατρού και των τοπικών μονάδων υγείας. Τέλος, θα πρέπει να υπάρξει η συμμετοχή των πολιτών-ασθενών στα κέντρα αποφάσεων του εθνικού συστήματος υγείας για να γίνει το σύστημα πιο «ασθενοκεντρικό». Επίσης, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα

σύστημα μηχανογράφησης στις μονάδες υγείας και ένα σύστημα εξωτερικής αξιολόγησης για να υπάρχει η δυνατότητα συλλογής συλλογικών αποτελεσμάτων για την ποιότητα υπηρεσιών. Αυτό μεταφράζεται σε λαχειοφόρο αγορά με τη μορφή διαθεσιμότητας και βιωσιμότητας των υπηρεσιών, η οποία χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Κρίνεται αναγκαία η επανεπένδυση σε έρευνα και συλλογή δεδομένων καλής ποιότητας, ώστε να επιτευχθεί η διαφάνεια της ποιότητας της παροχής και να επιτραπεί η ακριβής ανάθεση ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Το σύνολο του πλαισίου της οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Υγείας είναι σημαντικό να χαρακτηρίζεται από το σεβασμό προς τον χρήστη και τις ανάγκες του (Lionis, 2002). Ο ασθενής θα πρέπει να απολαμβάνει εύκολη πρόσβαση, γρήγορη εξυπηρέτηση, δικαίωμα επιλογής γιατρού, κατάλληλα δωμάτια και υλικοτεχνική υποδομή καθώς και επαγγελματική δεοντολογία. Ανεξάρτητα από τους νομοθετικούς κανονισμούς και το σχηματισμό νέων τομέων, κρίνεται σκόπιμο να καταβάλλεται από κοινού προσπάθεια από το κράτος να ενημερώνει και να αλλάζει σταδιακά την ελληνική νοοτροπία (Souliotis et al, 2005). Η ανάπτυξη νέων δομών όπως η φροντίδα στο σπίτι, η σύντομη θεραπεία, η φυσιοθεραπεία, η επείγουσα θεραπεία, η οδοντιατρική περίθαλψη, η ψυχική φροντίδα, η προσχολική και η σχολική εκπαίδευση θα συμβάλουν στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Tountas et al, 1995). Οι πιο πάνω προτάσεις και παρεμβάσεις θα πρέπει να ακολουθούνται από ανάλογες μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών και των παροχών όπως είναι οι κλειστοί προϋπολογισμοί, η πληρωμή κατά κεφαλή και τα πρωτόκολλα προκειμένου να αποφευχθεί η σπατάλη των πόρων και να εξασφαλιστεί η ικανοποίηση των ασθενών. Μαζί με το προαναφερθέντα σύστημα μηχανογράφησης είναι αναγκαία η ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος (Mossialos et al, 2005). Οι μονάδες υγείας έχουν αδυναμία στο να εμπεδώσουν την νέα τεχνολογία και να την ενσωματώσουν στη φροντίδα υγείας. Η καθιέρωσης της καινούριας τεχνολογίας της τηλεϊατρικής μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση των τοπικών δεικτών υγείας αλλά και στην κάρτα υγείας του Έλληνα πολίτη. Η αποτίμηση του έργου των υπηρεσιών υγείας ανά ιατρική περιοχή πρέπει να γίνει από μια ομάδα έμπειρων ατόμων (Kygiourou et al, 2000). Ο σχηματισμός ενός Ενιαίου Τομέα Υγείας για την παροχή ενοποιημένης φροντίδας υγείας με τη συμμετοχή όλων των ιατρικών και νοσοκομειακών δυνητικών πόρων και την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας και νοσηλευτικής

περίθαλψης. Τέλος οι τροποποιήσεις των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των σχολών νοσηλευτικής, ο καθορισμός του εύρους του νοσηλευτικού χώρου της πρακτικής στην ΠΕΑ, τα κίνητρα για τον προσανατολισμό της νοσηλεύτριας στον αντίστοιχο τομέα και το πολιτικό ενδιαφέρον για την απορρόφηση τους είναι μερικές απαραίτητες παρεμβάσεις για την υλοποίηση της νέας αυτής κατεύθυνσης (Tountas et al, 2002).

8.4 Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα προσπάθησε να καταγράψει τις απόψεις των ερωτηθέντων Εξωτερικών και Εσωτερικών Ασθενών ενός δημόσιου νοσοκομείου ως προς την ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν. Ο σημαντικότερος περιορισμός σε αυτή την έρευνα ήταν ο χρόνος υλοποίησης της. Το χρονικό διάστημα ήταν μικρό με αποτέλεσμα το δείγμα να είναι μικρό και ίσως και όχι τόσο αντιπροσωπευτικό. Επίσης, ήταν η φύση του νοσοκομείου που διεξήχθη η έρευνα (Αντικαρκινικό Νοσοκομείο) ώστε η πρόσβαση στους θαλάμους των ασθενών ήταν αρκετά δύσκολη και μερικές φορές αδύνατη για υγειονομικούς λόγους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

- 1) Agosta L. J. (2005). Patient satisfaction with nurse practitioner delivered primary health care services. Dissertation, department of Human Resource Education and Workforce
- 2) Arah Oa, Klazinga Ns, Delnoij Dm, Ten Asbroek Ah, Custers T, (2003), Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. **Int J Qual Health Care**, 15:377–398
- 3) Baider, L., Uziely, B. & DE Nour, A.K. (1997). The impact of perceived behavior on patient - physician satisfaction. *Ann NY Acad Sci*, 809:266–278
- 4) Bank j., (2000), **THE ESSENCE OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT**, Εκδόσεις Β. Γκιούρδας, Αθήνα
- 5) Carrasco B., Caire V., Stockins B. (2003). Evaluation of senior citizens' satisfaction in Primary Health Centers as assessment of the academic model. *Education for Health*, 16(1): 4 – 13
- 6) Cohen (2011). "Deming's 14 Points". Realisation
- 7) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, (2001), *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC
- 8) Crosby, P.B. (1979), *Quality is Free*. McGraw-Hill, New York.
- 9) Crow, R. et al., (2002), The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, Southampton, v. 6, n. 32, p. 1-224.
- 10) Deming W. Edwards, (1993), *The New Economics for Industry, Government Education*, Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- 11) Edward E. Lawler III and Susan A. Mohrman, (1985) "Quality Circles After the Fad", *Harvard Business Review*
- 12) Evanson E., & Whittington D. (1997). Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland Hospital trust: a focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10 (1): 7-19

- 13) Feigenbaum V., (1951), Total Quality Control : Engineering and Management
- 14) Gnardellis, C., & Niakas, D. (2005) Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System. Int J Healthcare Technology and Management, 6, 307-320.
<http://dx.doi.org/10.1504/IJHTM.2005.006538>
- 15) Goula A., Giannopoulou V., Magouli P., Ntakou M., Yfantopoulos N., (2017), Investigation of the sociomedical infrastructure for health needs coverage in periods of economic crisis, Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(1):91–99
- 16) Grigoroudis, E. and Siskos, Y. (2002) Preference disaggregation for measuring and analysing customer satisfaction: The MUSA method. European Journal of Operational Research, Vol. 143, pp. 148-170.
- 17) Grigoroudis, E. and Siskos, Y. (2010) Customer satisfaction evaluation: Methods for measuring and implementing service quality”, Springer, New York.
- 18) Hammar, (2015), Quality Management System: What is it?
- 19) Hoberg D., (2011) «Patient satisfaction in the ambulatory oncology setting: Are patients’ needs being met? », Μεταπτυχιακή Διατριβή, The University of Adelaide
<https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/67325/8/02whole.pdf>
- 20) Irish Society for quality & Safety in Healthcare, ISQSH (2003) [web site]. Dublin, Irish Society for Quality and Safety in Healthcare (<http://www.isqsh.ie/>
- 21) Jacquet-Lagrèze E. and J. Siskos (1982). Assessing a set of additive utility functions for multicriteria decision-making: The UTA method, European Journal of Operational Research, 10 (2), 151-164.
- 22) James, P.T. (1998), Total Quality Management: An Introductory Text. Prentice Hall.
- 23) Juran, J. M. (1989). Juran on leadership for quality. New York: The Free Press.
- 24) Kabadai M., Niakas D., (2004), Patient satisfaction with services provided by a Community Mental Health Center in northern Greece,

- Archives of Hellenic Medicine, 21(4):354–362
<http://www.mednet.gr/archives/2004-4/pdf/354.pdf>
- 25) Kalogeropoulou M. (2011), “Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness”, Archives of Hellenic Medicine (In Greek), 28(5):667–673
<http://www.mednet.gr/archives/2011-5/pdf/667.pdf>
- 26) Kano N., Nobuhiku S., Fumio T., Shinichi T., (1984), "Attractive quality and must-be quality", Journal of the Japanese Society for Quality
- 27) Kraska RA., Weigand M., Geraedts M., (2017), Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany, Health Expect. 2017 Aug;20(4):593-600
- 28) LaCrosse, M. B. (1975). Nonverbal behavior and perceived counselor attractiveness and persuasiveness. Journal of Counseling Psychology, 22,563–566
- 29) Larsen & Smith, 1981, Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview, 12(3):481-8,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7462949>
http://docplayer.gr/storage/18/758527/1486300449/RIHh_RjwXRISeP8py9IIWQ/758527.pdf
- 30) Matsui, D., Cho, M. & Reider, M.J. (1998). Physicians’ attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome. *Pediatr Emerg Care*, 14:198–201
- 31) Mattarozzi K, Baldin E, Zenesini C, Solari A, Amato MP, Leone M, Mancardi G, Martinelli V, Savettieri G, Solaro C, Tola MR, D'Alessandro R, (2017), Effect of organizational features on patient satisfaction with care in Italian multiple sclerosis centres, *Eur J Neurol*. 2017 Apr;24(4):631-637
- 32) Mi Aie Leea, Young-Hee Yom, (2007), «A comparative study of patients’ and nurses’ perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey», *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007) 545–555
- 33) Minaki P., Samoli E., Theodorou M., (2013), Patient complaints at three public hospitals in Greece: Who cares?, Archives of Hellenic Medicine (In Greek), 30(1):67–78
<http://www.mednet.gr/archives/2013-1/pdf/67.pdf>

- 34) Moullin M., (2004), Eight essentials of performance measurement. *Int. J Health Care Qual Assur.*
- 35) Nabbuye - Sekandi J., Makumbi F., Kasangaki A., Kizza I., Joshuatugumisirize, Nshimye E., Mbabali S., Peters D., (2011), Patient satisfaction with services in outpatient clinics at Mulago hospital, Uganda, *International Journal for Quality in Health Care*
- 36) Nelson, C.W. & Niederberger, J. (1990). Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hosp Health Serv Adm*, 35:409–427
- 37) Niakas D., Gnardellis C., Theodorou M. (2004), “Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey.” *Health Services Management Research*, Feb; 17(1):62-69.
- 38) Ovretveit J., (1995), The Economics of Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16:(3):116–127.
- 39) Pappa E., Niakas D., (2006), “Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area”. *BMC Health Services Research*, 6:146
- 40) Papagiannopoulou, V., Pierrakos, G., Sarris, M., Yfantopoulos, Y. (2008), “Measuring satisfaction with health care services in an Athens pediatric hospital”, *Archives of Hellenic Medicine (In Greek)*, 25(1):73–81 <http://www.mednet.gr/archives/2008-1/pdf/73.pdf>
- 41) Parasuraman Zeithaml, Servqual a Multiple – Item Scale for Measuring Consumer Reception of Service Quality, *Journal of Retailing*, Berry 1988, 1ος Αρ. 64, σελ 13-40.
- 42) Pierrakos G., M. Sarris, S. Soulis, A. Goula, D. Latsou, I. Pateras, K. Vourliotou, P. Giannoulatos (2013), Comparative analysis of two studies of outpatient satisfaction in primary medical care, *Archives of Hellenic Medicine (In Greek)*, 30(3):316–324 <http://www.mednet.gr/archives/2013-3/pdf/316.pdf>
- 43) Pierrakos, G., Tomaras P., (2009), «The Role of Patient Satisfaction in the Development of Health Care Services Marketing», *Nosileftiki* . Jan2009, Vol. 48 Issue 1, p105-114. 10p

- 44) Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Bamidis, P., Niakas, D., (2009), Measurement Of Patient Satisfaction Of The Quality Of Health Services Provided In Outpatient Units, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 4 - Τεύχος 4 http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/05/metrisi_tis_ikanopoihsis_asthenon_apo_tin_poiotita_ton_ipiresion_igeias.pdf
- 45) Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P., Niakas, D. (2014). Assessment of Patient Satisfaction of the Quality of Health Care Provided by Outpatient Services of an Oncology Hospital. *Global Journal of Health Science; Vol. 6, No. 5; 2014*, 196-203, <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/37797/21114>
- 46) Polyzos, N., Mpartzokas, D., Pierrakos G., Asimakopoulou J., Yfantopoulos, J., (2005), Comparative surveys for patient satisfaction between hospitals in Athens, Archives of Hellenic Medicine (In Greek) = 22(3):286–297 <http://www.mednet.gr/archives/2005-3/pdf/284.pdf>
- 47) Robledo Ma., (2001), Measuring and managing service quality: Integrating customer expectations. *Managing Service Quality*, 11:22–31
- 48) Servqual A Parasuraman, VA Zeithaml, LL Berry *Journal of retailing* 64 (1), 12-40
- 49) Siskos Y. (1985). Analyses de régression et programmation linéaire, *Révue de Statistique Appliquée* XXXII, 23 (2), 41-55.
- 50) Siskos Y. and D. Yannacopoulos (1985). UTASTAR: An ordinal regression method for building additive value functions, *Investigação Operational*, 5 (1), 39-53.
- 51) Short, P. & Rahim, M.A. (1995), “Total Quality management in Hospitals”, *Total Quality Management*, Volume 6 Number 3 pp. 255-263
- 52) Steiber.S and Krowinski,WJ (1990). Measuring and managing patient satisfaction. American Hospital Publishing Inc.,United States. Pg. 17
- 53) Strasser RP, Harvey D, Burley M. (1994) The health service needs of small rural communities. *The Australia Journal of Rural Health* 2(2):7[13.
- 54) Taguchi, Genichi,(1986) “Introduction to the Quality Engineering”, Asian Oproductivity Organization, Tokyo.
- 55) "Taking the First Step with PDCA" (2009)

- 56) The Whoqol Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41:1403-1409.
- 57) Turhal N., Efe B., Gumus M., Aliustaoglu M., Karamanoglu A., Sengoz M., (2002), Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: a staff survey, *BioMed Central Ltd*
- 58) Upul Senarath, Nalika S. Gunawardena, Benedict Sebastiampillai, Arosha Senanayake, Sachintha Lekamge, Anushka Seneviratna, Madushan Jinadasa, Dilshan Wijeratne, (2013) "Patient satisfaction with nursing care and related hospital services at the National Hospital of Sri Lanka", *Leadership in Health Services*, Vol. 26 Issue: 1, pp.63-77
- 59) Vuori, H. (1987). Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13 (3), 106-108.
- 60) Weinstein, M.C. and Stason, W.B. (1977) Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices. *New England Journal of Medicine*, 296, 716-721. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197703312961304>
- 61) Wolf, M.H., Putnam, S.M., James, S.A. & Stiles, W.B. (1978), The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J. Behav. Med.*, 1, 391-401
- 62) Zamri Md Ali M., Winn T., Sadiq M., Abdullah M., Baba A., Salleh R., (2004), «Patient Satisfaction Toward Medical Ward Services In a Teaching Hospital And a General Hospital», *Jurnal Kesihatan Masyarakat Isu Khas*
- 63) Αδαμαντίδου Τ. (2004), Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*. 2004: 29-31
- 64) Αγγελουπούλου Ν., Παπαδόπουλος Π., (2011) «Η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών του νομού Ηλείας. Μελέτη περίπτωσης των γενικών νοσοκομείων του νομού Πύργου, Αμαλιάδας και Κρεστένων», Πτυχιακή Εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12959/SDO_D_MYP_00943_Medium.pdf?sequence=1

- 65) Αναγνωστοπούλου, (2010), «Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης και διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής τους στο κόστος, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας», Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας, Τμήμα Πληροφορικής με εφαρμογές στην Βιοιατρική, Λαμία http://ir.lib.uth.gr/bitstream/handle/11615/37321/GL_lib-exact_0040.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 66) Αρβανιτογιάννης, Ι. ,Κούρτης, Λ., (2001), « ISO 9000-2000 ,Εκδόσεις Αθ. Σταμούλη, Αθήνα
- 67) Γαβριήλ Ε. , (2008-2009), «Η ικανοποίηση των ασθενών απο τα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου», Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/88>
- 68) Δερβιτσιώτη, Κ.Ν. ,(1993), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», Εκδόσεις Σταμούλη, σελ 43
- 69) Δερβιτσιώτης Κ., (1999), Διοίκηση Παραγωγής, Σύγχρονες Προσεγγίσεις
- 70) Δερβιτσιώτης, Κ. (2001), Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, 2^η έκδοση, Αθήνα: Interbooks
- 71) Διεύθυνση Υγειονομικού του ΓΕΝ, (2010), «Αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης Ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΝΝΑ», Ενημερωτικό Δελτίο <http://www.onalert.gr/files/Image/pdf/ereyna.pdf>
- 72) Ειδική Έκδοση της TÜV HELLAS (TÜV NORD), (2016), Οδηγός για το Πρότυπο ISO 9001:2015
- 73) Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ (1999) Έρευνα ικανοποίησης καταναλωτών από τις Υπηρεσίες Υγείας,1999, Ιατρικός Τύπος. Ιούλιος
- 74) Ζαβλανός, Σ., (2006), Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα, εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα.
- 75) Ζιάκας Φ., (2008), Βασικά Εργαλεία Ποιότητας
- 76) Ζήκου Α., (2013), «Κριτήρια επιλογής δημόσιου ή Ιδιωτικού Φορέα Υγείας και Ικανοποίηση Ασθενών», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά-Τ.Ε.Ι. Πειραιά, Διοίκηση της Υγείας, <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6318/Zikou.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- 77) Καμπουρίδης Γ., (2001), Η Στρατηγική της Ποιότητας και η Ελληνική Μικρομεσαία Επιχείρηση, Εκδόσεις Κλειδάριθμος
- 78) Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ., Νιάκας Δ.,(2004), «Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής.» Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας Δ. Εκδόσεις Mediforce Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.
- 79) Κερμίτσης Α., (2005), Servqual, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα
- 80) Κουθούρης, Χ., Εξάρχου, Β., (2015), Αξιολόγηση της Ποιότητας των Υπηρεσιών σε Κέντρα Αποκατάστασης Υγείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, Ελληνικό Περιοδικό Διοίκηση Αθλητισμού & Αναψυχής τόμος 12(1), 35-50
http://www.elleda.gr/sites/default/files/4_koythoyris_a_elleda_35-50.pdf
- 81) Κουκουσέλα Σ., Μυλωνάκη Χ., (2008), «Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής
https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/1717/Koukousela_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 82) Λογοθέτης, Ν., Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας, 2η εκδ., Interbooks, 2005.
- 83) Μαγγίνα Α, (2012), «Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία:(υπηρεσίες υποδοχής, υποδομής, νοσηλευτικές, ιατρικές, διοικητικές). Η περίπτωση των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας», Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας,
http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/13065/SDO_D_MYP_01050_Medium.pdf?sequence=1
- 84) Μαρουφίδου Μ., Παπάζογλου Χ., (2011), «Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου & ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα», Πτυχιακή Εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Καβάλας, Παράρτημα Διδυμότειχου, Τμήμα Νοσηλευτικής.
<http://digilib.teiemt.gr/jspui/bitstream/123456789/3912/1/DIDZ01Z0010.pdf>

- 85) Μερκούρης Α., (1996), Patient Satisfaction. Criterion Of The Quality Of Nursing Services, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- 86) Μπασδάνη Γ., Νιάχρχου Α., (2004), «Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Μελέτη περίπτωσης του Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης και του ΠΑ.Γ.Ν.Η», Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας
http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12436/SDO_D_MYP_00398_Medium.pdf?sequence=1
- 87) 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, Vol 6, N1, pp.32.
- 88) Παπανικολάου Β, Σιγάλας Ι. (1995) «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου : «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας. Θεσσαλονίκη
- 89) Πετσετάκη Ε., «Εξασφάλιση Ποιότητας Φροντίδας στις Υπηρεσίες», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, σελ. 13-25
- 90) Σκάνδαλος Ε., (2007) « Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας μέσω της ικανοποίησης των ασθενών περίπτωση νοσοκομείο ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ », Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας,
http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12602/SDO_D_MYP_00577_Medium.pdf?sequence=1
- 91) Σταυρόπουλος Ν., (2009), Ποιότητα υπηρεσιών υγείας μελέτη ικανοποίησης ασθενών δημόσιου νοσοκομείου, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

- 92) Σωτηροπούλου Α., Καλογιάννη Α., Βασταρδής Λ., Παπαγιαννάκη Β., Καδδά Ό., Μαρβάκη Χ., (2014), Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς, Το Vimatou Asklipeion” Journal, Volume 13, Issue 2 (April – June 2014).
- 93) Ταγαράς Γ., (2001), Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας, Εκδόσεις Ζήτη.
- 94) Τζανετάκη Θ., (2006), «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων,
- 95) Τσιότρας, Γ., (2002), Βελτίωση Ποιότητας, Εκδόσεις Μπένος, Αθήνα
- 96) Τσίτση Θ., (2009), «Ικανοποίηση εσωτερικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/269>
- 97) Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005). Ετήσια έκθεση για την υγεία. Αθήνα http://www.apollo.gr/dev/Releases/Law_Quality_Nom.doc
- 98) Φαμέλη Α., (2005), «Το μοντέλο του EFQM και η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες»
- 99) Φαρατζιάν Α. Στρατηγική και Ποιότητα Μονάδων και Υπηρεσιών Υγείας, Διπλωματική εργασία, Τμήμα οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πειραιά, 2007.
- 100) ΦΕΚ Α 254/Α/1953 Περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wFluEIlbBWzpxdtvSoClrL8goX2c34K7tJ5MXD0LzQTLWPU9yLzB8V68knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx3UnKl3nP8NxdnJ5r9cmWyJWelDvWS_18kAEhATUkJb0x1LldQ163nV9K--td6SluVyKah1CiW3flvqYfEKpZx-MnqGf8dPqAlpESAQI2U2A
- 101) ΦΕΚ Β 875/Β/2013, Οργανισμός του Γενικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wEaosRGzKxO6XdtvSoClrL8rJYD1r1byyV5MXD0LzQTLf7MGgcO23N88knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx3UnKl3nP8NxdnJ5r9cmWyJWelDvWS_18kAEhATUkJb0x

1LIIdQ163nV9K--

td6SIuePCk5YB7xvjTZstvkwsWLZrBLEPRxPfSIxmx9N1Pw1L

- 102) Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., Αγά Ε., (2007). Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. e- Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας.
- 103) Χάρλα Κ., (2014), «Διερεύνηση και αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας σε ιδιωτικό νοσοκομείο», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
<http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6558/DY1150.pdf?sequence=1>
- 104) Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας"
www.agsavvas-hosp.gr (09/06/2017)
- 105) History of Quality <http://asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/overview.html> (15/07/2017)
- 106) The future of the Quality Manual in ISO 9001:2015
<https://advisera.com/9001academy/knowledgebase/the-future-of-the-quality-manual-in-iso-90012015/> (25/05/2017)
- 107) www.iso.gr (29/06/2017)
- 108) www.iso.org(29/06/2017)
- 109) www.eof.gr (12/08/2017)
- 110) www.pasteur.gr (12/08/2017)
- 111) www.keelpno.gr(12/08/2017)
- 112) www.baldrigepe.org (12/08/2017)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο Μέτρηση Ικανοποίησης Εξωτερικών Ασθενών από το Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – «Ο Άγιος Σάββας»



Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών των Εξωτερικών Ιατρείων του Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου – Ο Άγιος Σάββας».

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 ενότητες με συνολικά 42 ερωτήσεις. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει δημογραφικές ερωτήσεις, η δεύτερη περιλαμβάνει ερωτήσεις ικανοποίησης και χωρίζεται σε 4 υποενότητες, που αφορούν στην ικανοποίηση σας από τα Εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου από την υποδοχή και το περιβάλλον αυτού καθώς και από την ικανοποίηση σας από το Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό. Στην Τρίτη ενότητα αξιολογείται η συνολική σας ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και στην τέταρτη η πιθανή σας μελλοντική επίσκεψη στο νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρώς ανώνυμο και δεν απαιτείται η δήλωση κανενός προσωπικού σας στοιχείου.

1. Δημογραφικές Ερωτήσεις

<u>Φύλο</u>		<u>Οικογενειακή κατάσταση</u>	
Γυναίκα	<input type="checkbox"/>	Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Άνδρας	<input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>
		Έγγαμος/η με παιδιά/ά	<input type="checkbox"/>
<u>Ηλικία</u>		Διαζευγμένος/η	<input type="checkbox"/>
Έως 25	<input type="checkbox"/>	Χήρος/α	<input type="checkbox"/>
26-35	<input type="checkbox"/>	<u>Εκπαίδευση</u>	
36-45	<input type="checkbox"/>	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	<input type="checkbox"/>
46-55	<input type="checkbox"/>	Απόφοιτος ΑΕΙ ή ΤΕΙ	<input type="checkbox"/>
56-65	<input type="checkbox"/>	Απόφοιτος Λυκείου	<input type="checkbox"/>
66+	<input type="checkbox"/>	Απόφοιτος Γυμνασίου	<input type="checkbox"/>
		Απόφοιτος Δημοτικού	<input type="checkbox"/>

2. Ερωτήσεις Ικανοποίησης

2.1 Υποδομές

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημέν ος/η	Λίγο Ικανοποιημέν ος/η	Ούτε Δυσανεστημέν ος/η Ούτε Ικανοποιημένο ς/η	Λίγο Δυσανεστημέν ος/η	Πολύ Δυσανεστημέν ος/η
1. Τον Ιατρικό εξοπλισμό του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Τις κτιριακές εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Την πρόσβαση στους χώρους του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Την ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων για τη διάρκεια της αναμονής σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Την καθαριότητα των χώρων αναμονής του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Την καθαριότητα των χώρων εξέτασης του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Τη Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση - ψύξη)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Τον χρόνο αναμονής για εξέταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημέν ος/η	Λίγο Ικανοποιημέν ος/η	Ούτε Δυσανεστημέν ος/η Ούτε Ικανοποιημένο ς/η	Λίγο Δυσανεστημέν ος/η	Πολύ Δυσανεστημέν ος/η
1. Τη Συμπεριφορά και την Ευγένεια των ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Τη ενημέρωσή σας από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειάς σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.Τη ενημέρωσή σας από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της θεραπείας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Την ακρίβεια της διάγνωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Την τήρηση του ιατρικού απορρήτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Την προθυμία του ιατρικού προσωπικού να σας ακούσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Την προθυμία του ιατρικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Τις γνώσεις του Ιατρικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Υπηρεσίες Νοσηλευτικού Προσωπικού

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημένος/η	Λίγο Ικανοποιημένος/η	Ούτε Δυσανεστημένος/η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
1. Τη Συμπεριφορά και την Ευγένεια του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Την υποστήριξη του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Την επικοινωνία με το Νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Την εμπιστοσύνη με το Νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Τις γνώσεις του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Την ταχύτητα εξυπηρέτησης του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να σας ακούσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημένος/η	Λίγο Ικανοποιημένος/η	Ούτε Δυσανεστημένος/η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
1. Την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Το χρόνο κλεισίματος του ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Τη διαδικασία διευθέτησης ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών εισόδου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών εξόδου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Την επικοινωνία με το Διοικητικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Συνολική Ικανοποίηση από τα Εξωτερικά Ιατρεία

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από:

	Πολύ Ικανοποιημένος	Λίγο Ικανοποιημένος	Ούτε Δυσανεστημένος	Λίγο Δυσανεστημένος	Πολύ Δυσανεστημένος
--	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

	ος/η	ς/η	ς/η Ούτε Ικανοποιημένος/ η	ς/η	/η
Τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες στα Εξωτερικά ιατρεία από το Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – Ο Άγιος Σάββας»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Μελλοντική Επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία

	Πολύ Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Καθόλου Πιθανό
1. Πόσο Πιθανό Θεωρείτε να Συνεχίσετε να Χρησιμοποιείτε τις Υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων του Αγίου Σάββα στο Μέλλον;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Πόσο Πιθανό Θεωρείτε να Συστήσετε σε Τρίτους τη Χρήση των Υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων του Αγίου Σάββα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Ερωτηματολόγιο Μέτρηση Ικανοποίησης Εσωτερικών Ασθενών από το Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – «Ο Άγιος Σάββας»



Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης νοσηλευομένων ασθενών του Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου – Ο Άγιος Σάββας».

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 ενότητες με συνολικά 45 ερωτήσεις. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει δημογραφικές ερωτήσεις, η δεύτερη περιλαμβάνει ερωτήσεις ικανοποίησης και χωρίζεται σε 4 υποενότητες, που αφορούν στην ικανοποίηση σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας στο νοσοκομείο από το περιβάλλον αυτού καθώς και από την ικανοποίηση σας από το Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό. Στην Τρίτη ενότητα αξιολογείται η συνολική σας ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και στην τέταρτη η πιθανή σας μελλοντική εισαγωγή στο νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρώς ανώνυμο και δεν απαιτείται η δήλωση κανενός προσωπικού σας στοιχείου.

1. Δημογραφικές Ερωτήσεις

Φύλο

Γυναίκα

Άνδρας

Ηλικία

Έως 25

26-35

36-45

46-55

56-65

66+

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Έγγαμος/η με παιδί/ά

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Εκπαίδευση

Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού

Απόφοιτος ΑΕΙ ή ΤΕΙ

Απόφοιτος Λυκείου

Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Δημοτικού

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνοδός

2. Ερωτήσεις Ικανοποίησης

2.1 Υποδομές Νοσοκομείου

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημένος/ η	Λίγο Ικανοποιημένος/ η	Ούτε Δυσανεστημένος/ η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/ η	Πολύ Δυσανεστημένος/ η
1. Την καθαριότητα του δωματίου σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Την καθαριότητα του wc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Το επίπεδο θορύβου του χώρου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Τις ώρες κοινής ησυχίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Την ποιότητα του Ξενοδοχειακού εξοπλισμού που υπήρχε στο δωμάτιο (π.χ. κρεβάτι)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Την ποιότητα του ιατρικού εξοπλισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Τη Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση - ψύξη)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Την ποιότητα του φαγητού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Την ποσότητα του φαγητού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. . Τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών στο θάλαμό σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Τις ώρες επισκεπτηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημένος/ η	Λίγο Ικανοποιημένος/ η	Ούτε Δυσανεστημένος/ η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/ η	Πολύ Δυσανεστημένος/ η
1. Τη Συμπεριφορά και την Ευγένεια των ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Τη ενημέρωση σας από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ασθένειας σας					
3.Τη ενημέρωση σας από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της θεραπείας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Την ακρίβεια της διάγνωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Την τήρηση του ιατρικού απορρήτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Την προθυμία του ιατρικού προσωπικού να σας ακούσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Την προθυμία του ιατρικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Τις γνώσεις του Ιατρικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Υπηρεσίες Νοσηλευτικού Προσωπικού

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημένος/η	Λίγο Ικανοποιημένος/η	Ούτε Δυσανεστημένος/η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
1. Τη Συμπεριφορά και την Ευγένεια του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Την υποστήριξη του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Την επικοινωνία με το Νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Την εμπιστοσύνη με το Νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Τις γνώσεις του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Την ταχύτητα εξυπηρέτησης του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να σας ακούσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Την αριθμητική επάρκεια του Νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από :

	Πολύ Ικανοποιημένος/η	Λίγο Ικανοποιημένος/η	Ούτε Δυσανεστημένος/η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
1. Την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών Εισαγωγής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών Εξιτηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Την επικοινωνία με το Διοικητικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Συνολική Ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Συνολική Ικανοποίηση

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε από:

	Πολύ Ικανοποιημένος/η	Λίγο Ικανοποιημένος/η	Ούτε Δυσανεστημένος/η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
Τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας στο Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – Ο Άγιος Σάββας»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Μελλοντική Επίσκεψη

	Πολύ Πιθανό	Αρκετά Πιθανό	Λίγο Πιθανό	Καθόλου Πιθανό
1. Πόσο Πιθανό Θεωρείτε να νοσηλευτείτε ξανά σε αυτό το νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Πόσο Πιθανό Θεωρείτε να συστήσετε σε τρίτους το νοσοκομείο προκειμένου να νοσηλευτούν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Η μεθοδολογία MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis)

Βασικές αρχές

Η μέθοδος MUSA (Multicriteria Satisfaction Analysis) προσπαθεί να εκτιμήσει τη συνολική και τις επιμέρους συναρτήσεις ικανοποίησης Y^* και X_i^* αντίστοιχα, δεδομένων των προτιμήσεων Y και X_i που έχει εκφράσει το σύνολο των πελατών. Το Σχήμα δείχνει παραστατικά τη βασική αυτή αρχή της πολυκριτήριας μεθοδολογίας (δεδομένα και υπό εκτίμηση μεταβλητές), ενώ ο ορισμός των μεταβλητών παρουσιάζεται αναλυτικά στο Σχήμα. Η μέθοδος MUSA ακολουθεί τις γενικές αρχές της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης υπό περιορισμούς, χρησιμοποιώντας τεχνικές γραμμικού προγραμματισμού για την επίλυσή της (Jacquet-Lagrèze and Siskos, 1982, Siskos and Yannacopoulos, 1985, Siskos, 1985). Η βασική εξίσωση της γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης έχει ως εξής:

$$\begin{cases} Y^* = \sum_{i=1}^n b_i X_i^* \\ \sum_{i=1}^n b_i = 1 \end{cases}$$

Μεταβλητές της μεθόδου MUSA

- Y : συνολική ικανοποίηση του πελάτη
- α : αριθμός επιπέδων της κλίμακας συνολικής ικανοποίησης
- y^m : το m επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($m=1,2,\dots,\alpha$)
- n : αριθμός κριτηρίων
- X_i : ικανοποίηση του πελάτη σύμφωνα με το i κριτήριο ($i=1,2,\dots,n$)
- α_i : αριθμός επιπέδων της κλίμακας ικανοποίησης του κριτηρίου i
- x_i^k : το k επίπεδο ικανοποίησης του κριτηρίου i ($k=1,2,\dots,\alpha_i$)
- Y^* : συνάρτηση αξιών του Y (συνάρτηση ολικής ικανοποίησης)

y^{*m} : αξία του y^m επιπέδου ικανοποίησης

X_i^* : συνάρτηση αξιών του X_i (συνάρτηση μερικής ικανοποίησης)

x_i^{*k} : αξία του x_i^k επιπέδου ικανοποίησης

Μαθηματική ανάπτυξη μοντέλου

Η μέθοδος MUSA προσπαθεί να εκτιμήσει μια συλλογική συνάρτηση αξιών (collective value function) Y^* και ένα σύνολο μερικών συναρτήσεων ικανοποίησης X_i^* με βάση τις γνώμες των πελατών, έχοντας σαν αντικειμενικό σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής συμφωνίας ανάμεσα στη συνάρτηση Y^* και στις απόψεις των πελατών Y . Πιο αναλυτικά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι:

Οι συναρτήσεις Y^* και X_i^* εκφράζουν τις προτιμήσεις ενός συνόλου καταναλωτών,

Η μέθοδος MUSA «συνθέτει» ένα σύνολο διαφορετικών απόψεων ικανοποίησης σε μοναδικές συναρτήσεις Y^* και X_i^* ,

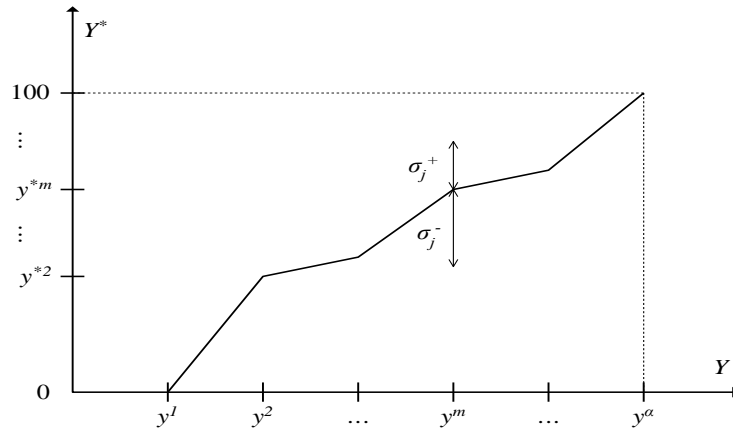
Η σύνθεση αυτή γίνεται με τις μικρότερες δυνατές αποκλίσεις.

Με βάση την προηγούμενη διαμόρφωση του προβλήματος και εισάγοντας μια διπλή μεταβλητή σφάλματος, η βασική εξίσωση της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης παίρνει την ακόλουθη μορφή:

$$\bar{Y}^* = \sum_{i=1}^n b_i X_i^* - \sigma^+ + \sigma^-$$

όπου \bar{Y}^* είναι η εκτίμηση της συλλογικής συνάρτησης αξιών Y^* , σ^+ και σ^- είναι αντίστοιχα το σφάλμα υπερεκτίμησης και υποεκτίμησης. Η εξίσωση ισχύει για κάθε ένα πελάτη που έχει εκφράσει μια συγκεκριμένη άποψη ικανοποίησης και για το λόγο αυτό οι μεταβλητές σφάλματος θα πρέπει να ορισθούν για κάθε πελάτη χωριστά, όπως φαίνεται και στο Σχήμα. Εξετάζοντας προσεκτικά την εξίσωση είναι εύκολο να παρατηρηθεί η ομοιότητα της μεθόδου MUSA είτε με τις βασικές αρχές του γραμμικού προγραμματισμού στόχων (goal programming), είτε με την μεθοδολογία

της γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης υπό περιορισμούς (ordinal regression analysis) και ειδικότερα με την οικογένεια των μοντέλων προσθετικής χρησιμότητας UTA (Jacquet-Lagrèze and Siskos, 1982; Siskos and Yannacopoulos, 1985).



Μεταβλητές σφάλματος για τον j πελάτη

Σύμφωνα με τις υποθέσεις και τους ορισμούς που έχουν αναφερθεί, το πρόβλημα της εκτίμησης της ικανοποίησης πελατών μπορεί πλέον να μορφοποιηθεί σαν ένα πρόβλημα μαθηματικού προγραμματισμού με στόχο την ελαχιστοποίηση του αθροίσματος των μεταβλητών σφάλματος υπό τους περιορισμούς:

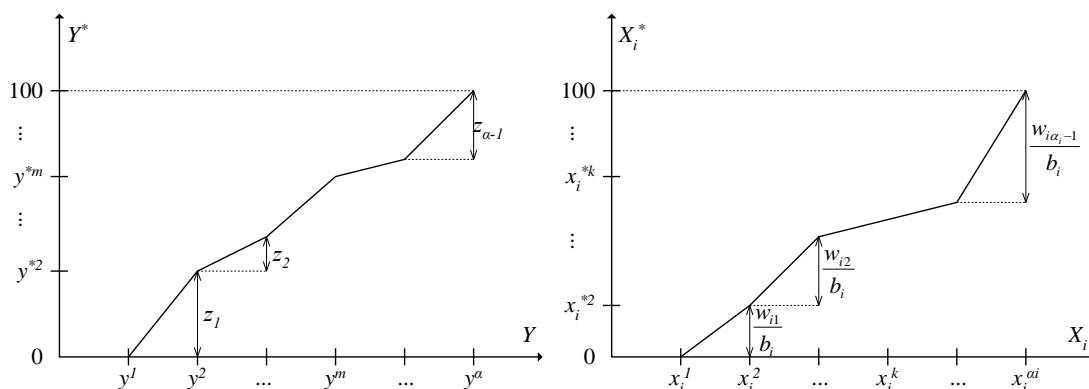
Βασική εξίσωση ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης για κάθε πελάτη,

Περιορισμοί κανονικοποίησης των Y^* και X_i^* στο διάστημα $[0, 100]$,

Περιορισμοί μονοτονίας των Y^* και X_i^* .

Το μέγεθος του προηγούμενου μαθηματικού προγράμματος μπορεί να ελαττωθεί, με στόχο τη μείωση της υπολογιστικής δυσκολίας εύρεσης της βέλτιστης λύσης, εξαλείφοντας το σύνολο των περιορισμών μονοτονίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση νέων μεταβλητών, οι οποίες εκφράζουν τα διαδοχικά βήματα αύξησης των συναρτήσεων Y^* και X_i^* (Siskos and Yannacopoulos, 1985, Siskos, 1985) και ορίζονται ως εξής.

$$\begin{cases} z_m = y^{*m+1} - y^{*m} & \text{για } m = 1, 2, \dots, \alpha - 1 \\ w_{ik} = b_i (x_i^{*k+1} - x_i^{*k}) & \text{για } k = 1, 2, \dots, \alpha_i - 1 \text{ και } i = 1, 2, \dots, n \end{cases}$$



Οι μεταβλητές μετασχηματισμού z_m και w_{ik}

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η εισαγωγή των νέων αυτών μεταβλητών επιτυγχάνει τη γραμμικότητα του μοντέλου, δεδομένου ότι η εξίσωση δεν είναι γραμμική (τόσο οι μεταβλητές Y^* και X_i^* , όσο και οι συντελεστές b_i πρέπει να εκτιμηθούν).

Χρησιμοποιώντας την εξίσωση οι αρχικές μεταβλητές απόφασης του γραμμικού προγράμματος γράφονται:

$$\begin{cases} y^{*m} = \sum_{t=1}^{m-1} z_t & \text{για } m = 2, 3, \dots, \alpha \\ b_i x_i^{*k} = \sum_{t=1}^{k-1} w_{it} & \text{για } k = 2, 3, \dots, \alpha_i \text{ και } i = 1, 2, \dots, n \end{cases}$$

οπότε εισάγοντας τις νέες μεταβλητές z_m και w_{ik} και χρησιμοποιώντας τις εξισώσεις η εξίσωση παλινδρόμησης γίνεται:

$$\sum_m z_m = \sum_i \sum_k w_{ik} - \sigma^+ + \sigma^-$$

Πιο συγκεκριμένα, έστω ότι ο πελάτης j έχει εκφράσει την ικανοποίησή του με βάση τις καθορισμένες ποιοτικές κλίμακες Y και X_i , δηλαδή:

$$\begin{cases} \text{ολική ικανοποίηση } \bar{y}^j = y^{t_j} & \text{με } y^{t_j} \in Y = \{y^1, y^2, \dots, y^{t_j}, \dots, y^\alpha\} \\ \text{μερική ικανοποίηση } \bar{x}_i^j = x_i^{t_{ij}} & \text{με } x_i^{t_{ij}} \in X_i = \{x_i^1, x_i^2, \dots, x_i^{t_{ij}}, \dots, x_i^{\alpha_i}\} \text{ για } i = 1, 2, \dots, n \end{cases}$$

τότε για την εξίσωση θα ισχύει:

$$\sum_{m=1}^{t_j-1} z_m = \sum_{i=1}^n \sum_{k=1}^{t_i-1} w_{ik} - \sigma_j^+ + \sigma_j^- \quad \forall j$$

Άρα η τελική μορφή του γραμμικού προγράμματος έχει ως εξής:

$$\left\{ \begin{array}{l} [\min] F = \sum_{j=1}^M \sigma_j^+ + \sigma_j^- \\ \text{υπό τους περιορισμούς} \\ \sum_{i=1}^n \sum_{k=1}^{t_i-1} w_{ik} - \sum_{m=1}^{t_j-1} z_m - \sigma_j^+ + \sigma_j^- = 0 \quad \text{για } j=1,2,\dots,M \\ \sum_{m=1}^{\alpha-1} z_m = 100 \\ \sum_{i=1}^n \sum_{k=1}^{\alpha_i-1} w_{ik} = 100 \\ z_m, w_{ik}, \sigma_j^+, \sigma_j^- \geq 0 \quad \forall m,i,k,j \end{array} \right.$$

όπου M είναι ο συνολικός αριθμός των πελατών.

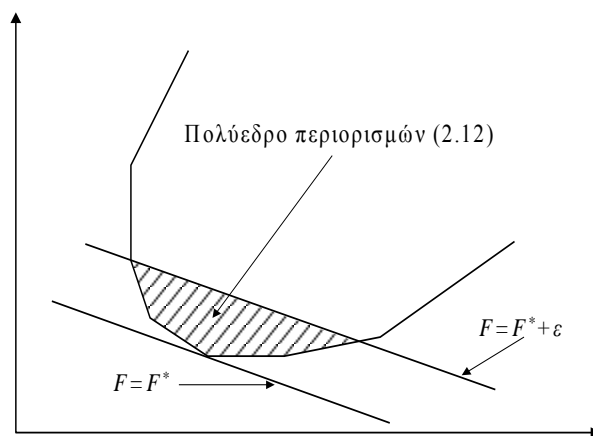
Οι αρχικές μεταβλητές του προβλήματος υπολογίζονται με βάση τη βέλτιστη λύση του προηγούμενου γραμμικού προγράμματος, αφού εύκολα αποδεικνύεται ότι:

$$\left\{ \begin{array}{l} y^{*m} = \sum_{t=1}^{m-1} z_t \quad \text{για } m=2,3,\dots,\alpha \\ b_i = \frac{\sum_{t=1}^{\alpha_i-1} w_{it}}{100} \quad \text{για } i=1,2,\dots,n \\ x_i^{*k} = 100 \frac{\sum_{t=1}^{k-1} w_{it}}{\sum_{t=1}^{\alpha_i-1} w_{it}} \quad \text{για } k=2,3,\dots,\alpha_i \text{ και } i=1,2,\dots,n \end{array} \right.$$

Τα οριακά σημεία των συναρτήσεων ικανοποίησης y^{*1}, x_i^{*1} υπολογίζονται με βάση τους περιορισμούς κανονικοποίησης. Η ανάλυση ευστάθειας της συγκεκριμένης μεθόδου, δεδομένου ότι βασίζεται στις γενικές αρχές του γραμμικού προγραμματισμού, αντιμετωπίζεται σαν ένα πρόβλημα ανάλυσης μεταβελτιστοποίησης (post optimality analysis). Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να αναφερθεί ότι δεν είναι σπάνιο το πρόβλημα της ύπαρξης πολλαπλών βέλτιστων (multiple optimal solutions) ή ημιβέλτιστων (near optimal solutions) λύσεων στις εφαρμογές του γραμμικού προγραμματισμού, ιδίως σε προβλήματα μεγάλου μεγέθους.

Το Σχήμα παρουσιάζει το σύνολο των ημιβέλτιστων λύσεων του γραμμικού προγράμματος όπου αναζητούνται νέες βέλτιστες λύσεις για τις οποίες η τιμή της αντικειμενικής συνάρτησης διαφέρει της βέλτιστης τιμής F^* κατά μια μικρή (πρακτικά αμελητέα) προκαθορισμένη ποσότητα ε . Ο χώρος των ημιβέλτιστων λύσεων οριοθετείται από το σύνολο-υπερπολύεδρο:

$$\begin{cases} F \leq F^* + \varepsilon \\ \text{όλοι οι περιορισμοί του γ.π.} \end{cases}$$



Ανάλυση μεταβελτιστοποίησης και ημιβέλτιστες λύσεις (Jacquet-Lagrèze and Siskos, 1982)

Η φάση της ανάλυσης μεταβελτιστοποίησης ολοκληρώνει τον αλγόριθμο της μεθοδολογίας MUSA και περιλαμβάνει την μορφοποίηση και επίλυση n γραμμικών προβλημάτων, όσος και ο αριθμός των κριτηρίων ικανοποίησης. Τα γραμμικά αυτά προγράμματα μεγιστοποιούν το βάρος b_i κάθε κριτηρίου και έχουν την ακόλουθη μορφή:

$$\begin{cases} [\max] \sum_{k=1}^{\alpha_i-1} b_k x_{ik} & \dots \\ \text{υπό τους περιορισμούς} \\ F \leq F^* + \varepsilon \\ \text{όλοι οι περιορισμοί του γ.π.} \end{cases}$$

όπου ε είναι ένας μικρός θετικός αριθμός και F^* είναι η βέλτιστη τιμή της αντικειμενικής συνάρτησης του γραμμικού προγράμματος. Μια αντιπροσωπευτική τελική λύση για τις μεταβλητές της μεθόδου MUSA υπολογίζεται από την μέση τιμή των βέλτιστων λύσεων που δίνουν τα γραμμικά προγράμματα.

Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Οι εκτιμώμενες συναρτήσεις ικανοποίησης αποτελούν τα βασικά αποτελέσματα της μεθόδου MUSA, δεδομένου ότι εκφράζουν την πραγματική αξία που προσδίδει το σύνολο των πελατών σε ένα καθορισμένο ποιοτικό επίπεδο ικανοποίησης.

Η μορφή των συναρτήσεων αυτών είναι σε θέση να προσδιορίσει το βαθμό απαιτητικότητας των πελατών. Το Σχήμα παρουσιάζει 3 βασικές ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό απαιτητικότητας (τα αποτελέσματα ισχύουν τόσο για την ολική, όσο και για τις μερικές συναρτήσεις ικανοποίησης):

«Κανονικοί» πελάτες: η συνάρτηση ικανοποίησης έχει γραμμική μορφή, γεγονός που σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι πελάτες όσο περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν ότι είναι, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των προσδοκιών τους που εκπληρώνεται.

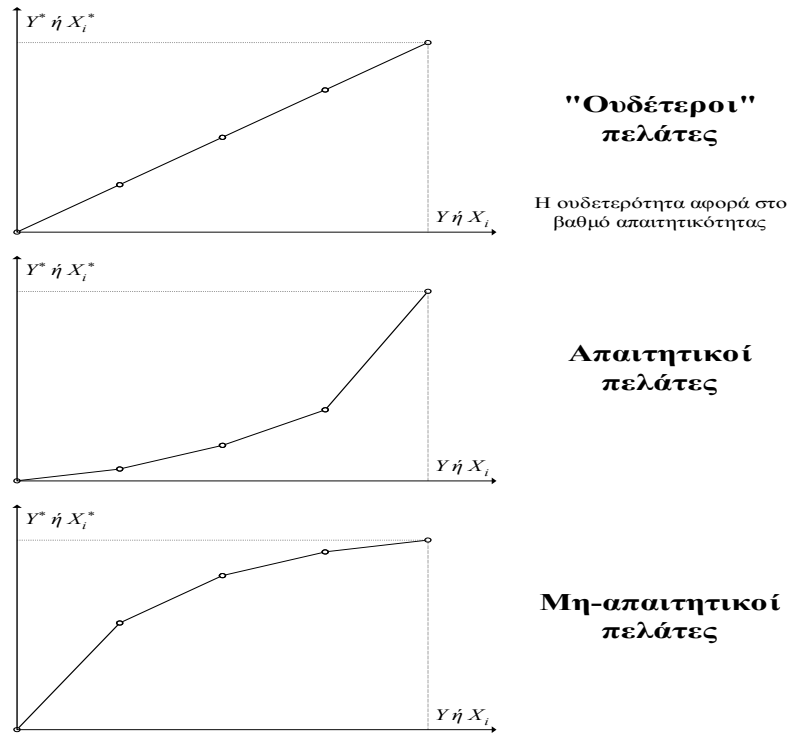
«Απαιτητικοί» πελάτες: η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κυρτή μορφή, δεδομένου ότι η ομάδα αυτή των πελατών δεν είναι ικανοποιημένη παρά μόνο αν τους προσφέρεται το βέλτιστο επίπεδο υπηρεσιών.

«Μη-απαιτητικοί» πελάτες: η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι πελάτες δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι παρόλο που ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται.

Γενικεύοντας, μπορεί να παρατηρηθεί ότι η συνάρτηση Y^* είναι η προσθετική συνάρτηση αξιών-χρησιμότητας (additive value/utility function) των πελατών ενώ οι συναρτήσεις X_i^* είναι οι μερικές ή περιθώριες συναρτήσεις αξιών-χρησιμότητάς (marginal value/utility functions), όπως αναφέρονται στο πλαίσιο της πολυκριτήριας ανάλυσης αποφάσεων. Ειδικά για τη συλλογική συνάρτηση αξιών Y^* , θα πρέπει να

σημειωθεί ότι αντιπροσωπεύει τη δομή των προτιμήσεων του πελάτη και υποδεικνύει τις επιπτώσεις των κριτηρίων ικανοποίησης.

Η βασική μορφή της μεθόδου MUSA, η οποία παρουσιάστηκε στην προηγούμενη παράγραφο, υποθέτει ότι οι συναρτήσεις ικανοποίησης-αξιών Y^* και X_i^* είναι διακριτές μονότονες συναρτήσεις.



Ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό απαιτητικότητας

Τα βάρη των κριτηρίων ικανοποίησης υποδηλώνουν το σχετικό βαθμό σπουδαιότητας που δίνει το σύνολο των πελατών στις αξίες των διαστάσεων ικανοποίησης που έχουν καθοριστεί και ισχύει:

$$\sum_{i=1}^n b_i = 1$$

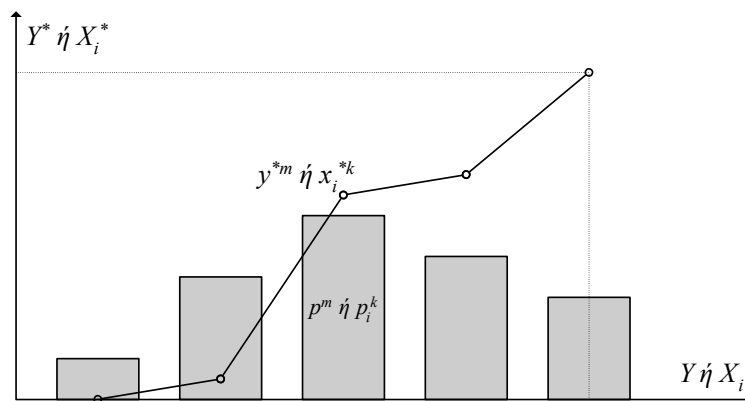
Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η απόφαση για να θεωρηθεί κάποιο κριτήριο ως «σημαντικό», σε ένα βαθμό, εξαρτάται και από το πλήθος των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται. Γενικά, δε θα πρέπει να λησμονείται η φυσική ερμηνεία των

συντελεστών βαρύτητας, ότι τα βάρη είναι βαθμοί παραχώρησης (trade-offs) μεταξύ των αξιών στα κριτήρια. Με βάση τα αποτελέσματα της μεθόδου που έχουν ήδη παρουσιαστεί, είναι δυνατός ο ορισμός ενός συνόλου μέσω δεικτών ικανοποίησης, τόσο ολικά, όσο και για κάθε ένα από τα κριτήρια ικανοποίησης.

Οι μέσοι δείκτες ολικής ικανοποίησης S και μερικής ικανοποίησης S_i ορίζονται με βάση τις σχέσεις

$$\begin{cases} S = \frac{1}{100} \sum_{m=1}^{\alpha} p^m y^{*m} \\ S_i = \frac{1}{100} \sum_{k=1}^{\alpha_i} p_i^k x_i^{*k} \quad \text{για } i = 1, 2, \dots, n \end{cases}$$

όπου p^m και p_i^k είναι αντίστοιχα το ποσοστό των πελατών που ανήκουν στο y^m και x_i^k επίπεδο ικανοποίησης.



Συναρτήσεις ικανοποίησης και συχνότητες απαντήσεων πελατών

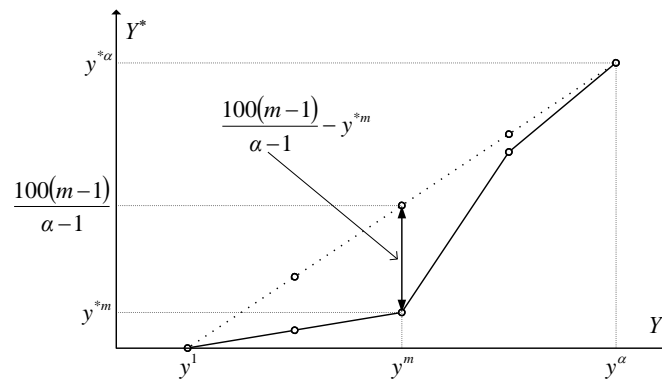
Είναι εύκολο να παρατηρηθεί ότι οι μέσοι δείκτες ικανοποίησης είναι μεγέθη κανονικοποιημένα (0-100%), ενώ όπως φαίνεται και στο Σχήμα, ο προηγούμενος ορισμός υποδεικνύει ότι ένας δείκτης ικανοποίησης είναι η μέση τιμή της αντίστοιχης συνάρτησης ικανοποίησης-αξιών.

Άλλο σημαντικό αποτέλεσμα της μεθόδου είναι οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας, οι οποίοι ορίζονται με βάση τις σχέσεις:

$$D = \frac{\sum_{m=1}^{\alpha-1} \left(\frac{100(m-1)}{\alpha-1} - y^{*m} \right)}{100 \sum_{m=1}^{\alpha-1} \frac{m-1}{\alpha-1}} \quad \text{για } \alpha > 2$$

$$D_i = \frac{\sum_{k=1}^{\alpha_i-1} \left(\frac{100(k-1)}{\alpha_i-1} - x_i^{*k} \right)}{100 \sum_{k=1}^{\alpha_i-1} \frac{k-1}{\alpha_i-1}} \quad \text{για } \alpha_i > 2 \text{ και } i=1,2,\dots,n$$

όπου D και D_i είναι αντίστοιχα οι μέσοι δείκτες ολικής και μερικής (σύμφωνα με το i κριτήριο) απαιτητικότητας.



Τρόπος υπολογισμού μέσω δεικτών απαιτητικότητας

Σύμφωνα με τις σχέσεις και το Σχήμα μπορεί να παρατηρηθεί εύκολα ότι οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας είναι κανονικοποιημένοι στο διάστημα $[-1, 1]$ και ισχύει:

$D = 1$ ή $D_i = 1$: οι πελάτες παρουσιάζουν τον μέγιστο βαθμό απαιτητικότητας.

$D = 0$ ή $D_i = 0$: η περίπτωση αυτή αφορά «κανονικούς» πελάτες.

$D = -1$ ή $D_i = -1$: οι πελάτες παρουσιάζουν τον ελάχιστο βαθμό απαιτητικότητας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένοι δείκτες εκφράζουν την μέση απόκλιση των συναρτήσεων ικανοποίησης από μια «κανονική» (γραμμική) συνάρτηση αξιών, γεγονός που σημαίνει ότι οι δείκτες απαιτητικότητας μπορεί να έχουν διαφορετικές τιμές σε διαφορετικά επίπεδα της ποιοτικής κλίμακας ικανοποίησης (π.χ. είναι

δυνατόν μια σιγμοειδής συνάρτηση ικανοποίησης να δώσει μηδενικό μέσο δείκτη απαιτητικότητας). Επίσης, οι δείκτες απαιτητικότητας, εκτός από τον καθορισμό των προτιμήσεων και του τρόπου συμπεριφοράς των πελατών, μπορούν να υποδείξουν και το μέγεθος της προσπάθειας που πρέπει να καταβληθεί από την πλευρά της επιχείρησης για τη βελτίωση της συγκεκριμένης διάστασης ικανοποίησης. Συνδυάζοντας τα βάρη των κριτηρίων ικανοποίησης με τους μέσους δείκτες ικανοποίησης είναι δυνατός ο υπολογισμός μιας σειράς διαγραμμάτων δράσης (action diagrams) τα οποία μπορούν να προσδιορίσουν ποια είναι τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της ικανοποίησης των πελατών, καθώς και το που πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες βελτίωσης.

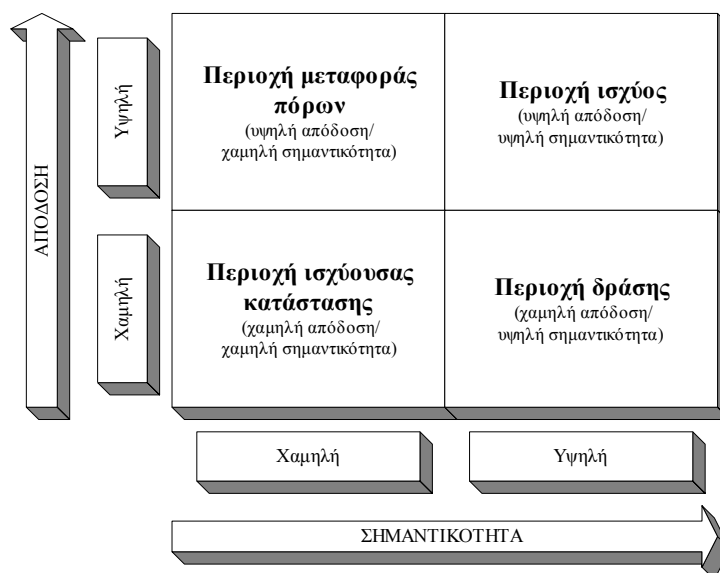
Τα διαγράμματα αυτά είναι ουσιαστικά χάρτες απόδοσης-σημαντικότητας (performance- importancemaps), ενώ αναφέρονται συχνά και ως στρατηγικοί χάρτες (strategicmaps), χάρτες απόφασης (decisionmaps) ή αντιληπτικοί χάρτες (perceptualmaps) στη διεθνή βιβλιογραφία (Customers Satisfaction Council, 1995, Dutka, 1994, Naumannand Giel, 1995). Κάθε διάγραμμα δράσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απόδοση (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και τη σημαντικότητα (βάρη) των κριτηρίων. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατός ο προσδιορισμός των απαιτούμενων ενεργειών για τη βελτίωση ή τη διατήρηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών:

Περιοχή ισχύουσας κατάστασης- status quo (χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα): συνήθως δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια από την πλευρά της εταιρείας, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης δε θεωρούνται σημαντικές από τους πελάτες.

Περιοχή ισχύος (υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): τα χαρακτηριστικά που ανήκουν σε αυτό το τεταρτημόριο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως το συγκριτικό πλεονέκτημα της εταιρείας απέναντι στον ανταγωνισμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης αποτελούν και τη βασική αιτία και ειδοποιό διαφορά που έχει επιλεγεί η χρήση (αγορά) του εξεταζόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας.

Περιοχή δράσης (χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): στο τεταρτημόριο αυτό ανήκουν τα πλέον κρίσιμα χαρακτηριστικά που πρέπει να βελτιωθούν οπωσδήποτε ώστε να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών.

Περιοχή μεταφοράς πόρων (υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα): οι πόροι και γενικότερα η προσπάθεια της επιχείρησης που αφορούν στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν με διαφορετικό τρόπο (π.χ. βελτίωση των διαστάσεων ικανοποίησης που ανήκουν στην περιοχή δράσης).



Διάγραμμα δράσης (Customers Satisfaction Council, 1995)

Λόγω της υποκειμενικής εκτίμησης του επιπέδου απόδοσης και σημαντικότητας (υψηλό ή χαμηλό), είναι δυνατόν να καθοριστούν δυο διαφορετικών ειδών διαγράμματα δράσης (απόλυτα και σχετικά διαγράμματα). Τα διαγράμματα αυτά κατασκευάζονται σύμφωνα με τα δεδομένα του Σχήματος (όπου \bar{b} και \bar{S} είναι αντίστοιχα η μέση τιμή των βαρών και των δεικτών ικανοποίησης των κριτηρίων).

Τα διαγράμματα δράσης μπορούν να υποδείξουν ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν, αλλά δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν ποιο θα είναι το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης, ούτε το μέγεθος της προσπάθειας που χρειάζεται για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη βελτίωση. Το πρόβλημα αυτό λύνεται με την κατασκευή των διαγραμμάτων βελτίωσης, όπου:

Οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας δείχνουν το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλεται για τη βελτίωση ενός χαρακτηριστικού, δεδομένου ότι όσο πιο απαιτητικοί είναι οι πελάτες, τόσο περισσότερο πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης για να εκπληρωθούν οι προσδοκίες τους.

Το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης εξαρτάται τόσο από τη σημαντικότητα του κριτηρίου, όσο και από τη συνεισφορά του στη μη-ικανοποίηση των πελατών. Για το λόγο αυτό, ορίζεται ένα σύνολο μέσων δεικτών αποτελεσματικότητας I_i σύμφωνα με τις σχέσεις:

$$I_i = b_i(1 - S_i) \text{ για } i = 1, 2, \dots, n$$

Οι συγκεκριμένοι δείκτες ορίζονται στο διάστημα $[0, 1]$ ενώ μπορεί εύκολα να αποδειχθεί ότι:

$$\begin{cases} I_i = 1 \Leftrightarrow b_i = 1 \wedge S_i = 0 \\ I_i = 0 \Leftrightarrow b_i = 0 \vee S_i = 1 \end{cases} \text{ για } i = 1, 2, \dots, n$$

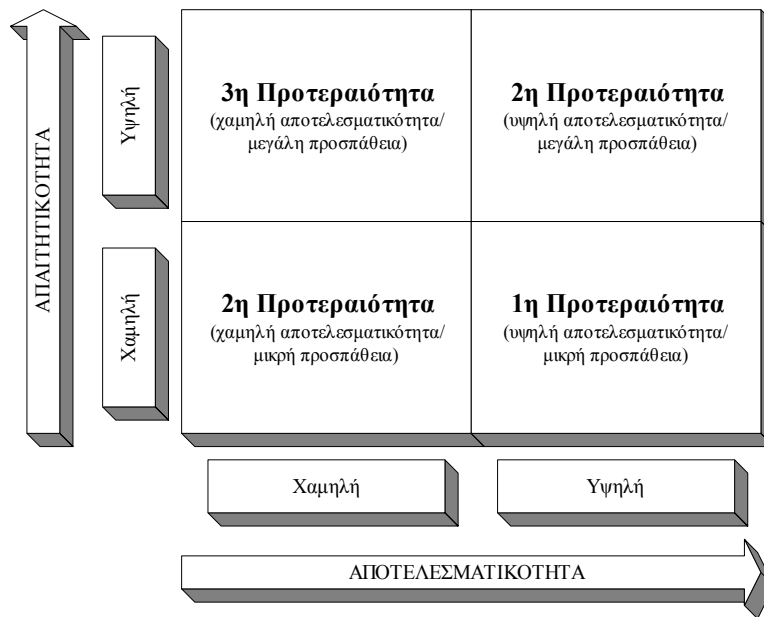
Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα κάθε διάγραμμα βελτίωσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απαιτητικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαστάσεων ικανοποίησης, με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων βελτίωσης:

Η επιχείρηση θα πρέπει να επικεντρώσει τις προσπάθειες βελτίωσης στις διαστάσεις ικανοποίησης που έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα ενώ οι πελάτες δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα απαιτητικοί.

Η δεύτερη προτεραιότητα των ενεργειών βελτίωσης αποτελούν τα κριτήρια που είτε παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλο βαθμό απαιτητικότητας, είτε εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα, ενώ οι πελάτες δε φαίνονται ιδιαίτερα απαιτητικοί.

Τέλος, τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν μικρή αποτελεσματικότητα και μεγάλη απαιτητικότητα αποτελούν την τελευταία προτεραιότητα βελτίωσης.

Με όμοιο τρόπο όπως και στην προηγούμενη παράγραφο, είναι δυνατή η κατασκευή απόλυτων και σχετικών διαγραμμάτων βελτίωσης, σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα. Οι τελικές στρατηγικές απόφασης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το σύνολο της διαθέσιμης πληροφορίας της μεθόδου MUSA, ώστε να επιτυγχάνεται η πλέον αποτελεσματική υποστήριξη της απόφασης.



Διάγραμμα βελτίωσης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV

Το Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – Ο Άγιος Σάββας

1 Το Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο – Ο Άγιος Σάββας

Το Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθήνας «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», ιδρύθηκε το έτος 1935 και υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 254/Α/53). Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, διέπεται από τις διατάξεις του εν λόγω νόμου και φέρει την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ».

2 Παρουσίαση του Νοσοκομείου

Το νοσοκομείο βρίσκεται στη λεωφόρο Αλεξάνδρας 171, στο κέντρο της Αθήνας και δέχεται ασθενείς από όλο το νομό Αττικής και την επαρχία λόγω της ιδιαιτερότητάς του (Αντικαρκινικό Νοσοκομείο).

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου είναι τετρακόσιες πενήντα (450) κλίνες και αυτή τη στιγμή λειτουργούν μόνο οι 288.

Όσον αφορά το προσωπικό του νοσοκομείου αποτελείται από 896. Το Νοσηλευτικό προσωπικό είναι 515 άτομα, το Ιατρικό προσωπικό 203 άτομα, το Τεχνικό προσωπικό 16 άτομα, το Διοικητικό προσωπικό 128 άτομα και το Επιστημονικό προσωπικό 34 άτομα.

Το νοσοκομείο έχει τις ακόλουθες υπηρεσίες:

Ιατρική Υπηρεσία

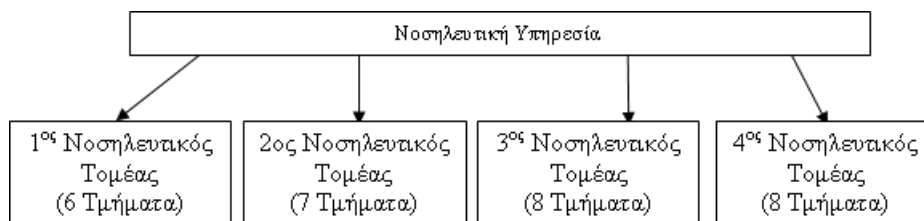
Η Ιατρική Υπηρεσία του νοσοκομείου χωρίζεται σε 3 τομείς και αυτοί με τη σειρά τους σε τμήματα.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
<ul style="list-style-type: none">⊕ Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ⊕ Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ⊕ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ⊕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΘ. ΤΟΜΕΑΣ⊕ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	<ul style="list-style-type: none">ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ⊕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΑΣΤΟΥ⊕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ⊕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ⊕ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ⊕ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ⊕ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΩΡΛ⊕ ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	<ul style="list-style-type: none">⊕ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ⊕ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ⊕ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ⊕ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ⊕ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ⊕ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ-Λ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ⊕ ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ⊕ ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ⊕ ΦΥΣΙΑΤΡΟΣΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΥΙΟΛΟΓΙΑΣ

Οργανόγραμμα(www.agsavvas-hosp.gr5/7/2017)

Νοσηλευτική Υπηρεσία

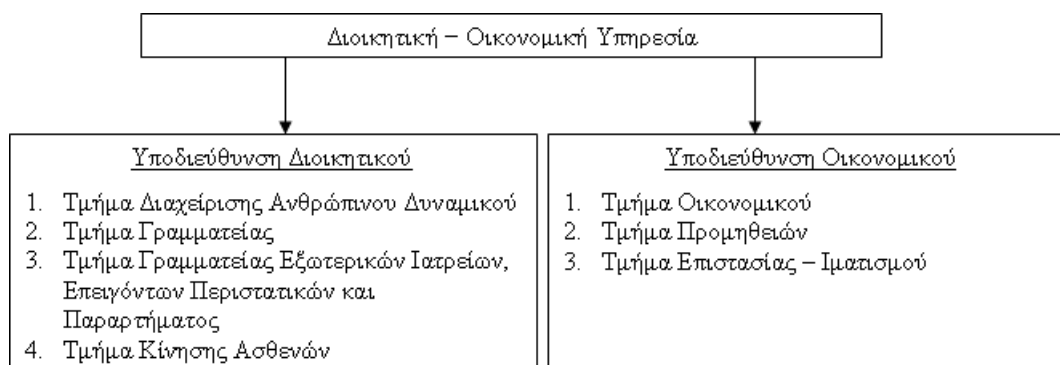
Η Νοσηλευτική Υπηρεσία χωρίζεται σε 4 τομείς:



Δομή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (ΦΕΚ Β 875/Β/2013)

Διοικητική – Οικονομική Υπηρεσία

Η Διοικητική – Οικονομική Υπηρεσία χωρίζεται σε 2 Υποδιευθύνσεις και η κάθε μια σε τμήματα:



Δομή Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας (ΦΕΚ Β 875/Β/2013)

Τεχνική Υπηρεσία

Η Τεχνική Υπηρεσία χωρίζεται σε 3 τμήματα:

- ✓ Τμήμα Τεχνικού
- ✓ Τμήμα Βιομετρικής Τεχνολογίας
- ✓ Τμήμα Ηλεκτρομηχανολογικών Εγκαταστάσεων

Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Το Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης έχει λάβει εντολή από την Διεύθυνση του νοσοκομείου να πραγματοποιεί και στη συνέχεια να παρακολουθεί την πολιτική ποιότητας μέσα από

ένα πλήρες σύστημα ποιότητας. Ως πλήρες σύστημα ποιότητας ορίζουμε την οποιαδήποτε συστηματική διαδικασία ελέγχου για να διαπιστωθεί εάν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία που αναπτύσσεται πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις. Η εύρυθμη λειτουργία ενός νοσηλευτικού κέντρου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εμπιστοσύνη των ασθενών και την αξιοπιστία του κέντρου αυτού και βελτιώνει τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών επιτρέποντάς του να λειτουργεί ομαλά και ανταγωνιστικά. Οι σημερινές πολιτικές διασφάλισης ποιότητας δίνουν έμφαση στην αλίευση ελαττωμάτων προτού η υπηρεσία φτάσει στον ασθενή και περιλαμβάνουν τη λεπτομερή ανάλυση των ενεργειών του νοσοκομείου, έλεγχο της σωστής υλοποίησης αυτών των ενεργειών, διόρθωση των αδυναμιών και τέλος τη τήρηση των ποιοτικών δεικτών. Το Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας δε θα μπορούσε να είναι αποκομμένο από τους αντικειμενικούς σκοπούς του νοσοκομείου που περιγράφονται ως οι ανάγκες και οι προσδοκίες των ασθενών να ξεπεράσουν κάθε μορφή ασθενείας που τους ταλαιπωρεί. Κάποιες από τις αρμοδιότητες που πρέπει να έχει ένα Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας είναι η ενημέρωση και αναθεώρηση των διαφόρων εγγράφων (Ιατρικός φάκελος ασθενή, επιστολές), η διεξαγωγή ελέγχων και καταγραφή αποκλίσεων σε σχέση με το σύστημα Ποιότητας καθώς και η εφαρμογή των κανόνων για την υγιεινή και ασφάλεια τόσο αυτών που εργάζονται όσο και αυτών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. Επίσης η προστασία του περιβάλλοντος από τα απόβλητα του νοσοκομείου, η συνεχής παρακολούθηση και βελτίωση των δραστηριοτήτων, η πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους εργαζομένους κ.α. (ΦΕΚ Β 875/Β/2013)

3 Τα εξωτερικά ιατρεία που λειτουργούν στο Νοσοκομείο

Τα εξωτερικά ιατρεία που λειτουργούν στο Νοσοκομείο είναι:

- ❖ Δύο (2) Παθολογικά Ογκολογικά
- ❖ Αιματολογικό Παθολογικού Τομέα
- ❖ Ακτινοθεραπευτικό
- ❖ Γαστρεντερολογικό
- ❖ Γναθοχειρουργικό
- ❖ Γυναικολογικό
- ❖ Χειρουργική Μαστού

- ❖ Δερματολογικό
- ❖ Διαιτολογικό
- ❖ Ενδοκρινολογικό
- ❖ Γναθοχειρουργικό
- ❖ Ιατρείο Διαταραχών Αιμόστασης
- ❖ Ιατρείο Πόνου
- ❖ Καρδιολογικό
- ❖ Νευροχειρουργικό
- ❖ Ορθοπαιδικό
- ❖ Ουρολογικό
- ❖ Πλαστική Χειρουργική
- ❖ Πνευμονολογικό
- ❖ Φυσιατρικό
- ❖ Ψυχιατρικό
- ❖ Ωτορινολαρυγγολογικό

4 Τα έσοδα του Νοσοκομείου

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

- Από το κράτος με τη μορφή επιχορηγήσεων
- Έσοδα από την νοσηλεία των ασθενών, από τις διαγνωστικές εξετάσεις και άλλες δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών.
- Έσοδα από ενοικιάσεις κτιρίων που ανήκουν στο νοσοκομείο
- Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις περιουσιακών στοιχείων.
- Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τις αρμοδιότητές τους (ΦΕΚ Β 875/Β/2013).

5 Σκοπός του Νοσοκομείου

Σκοπός του νοσοκομείου είναι:

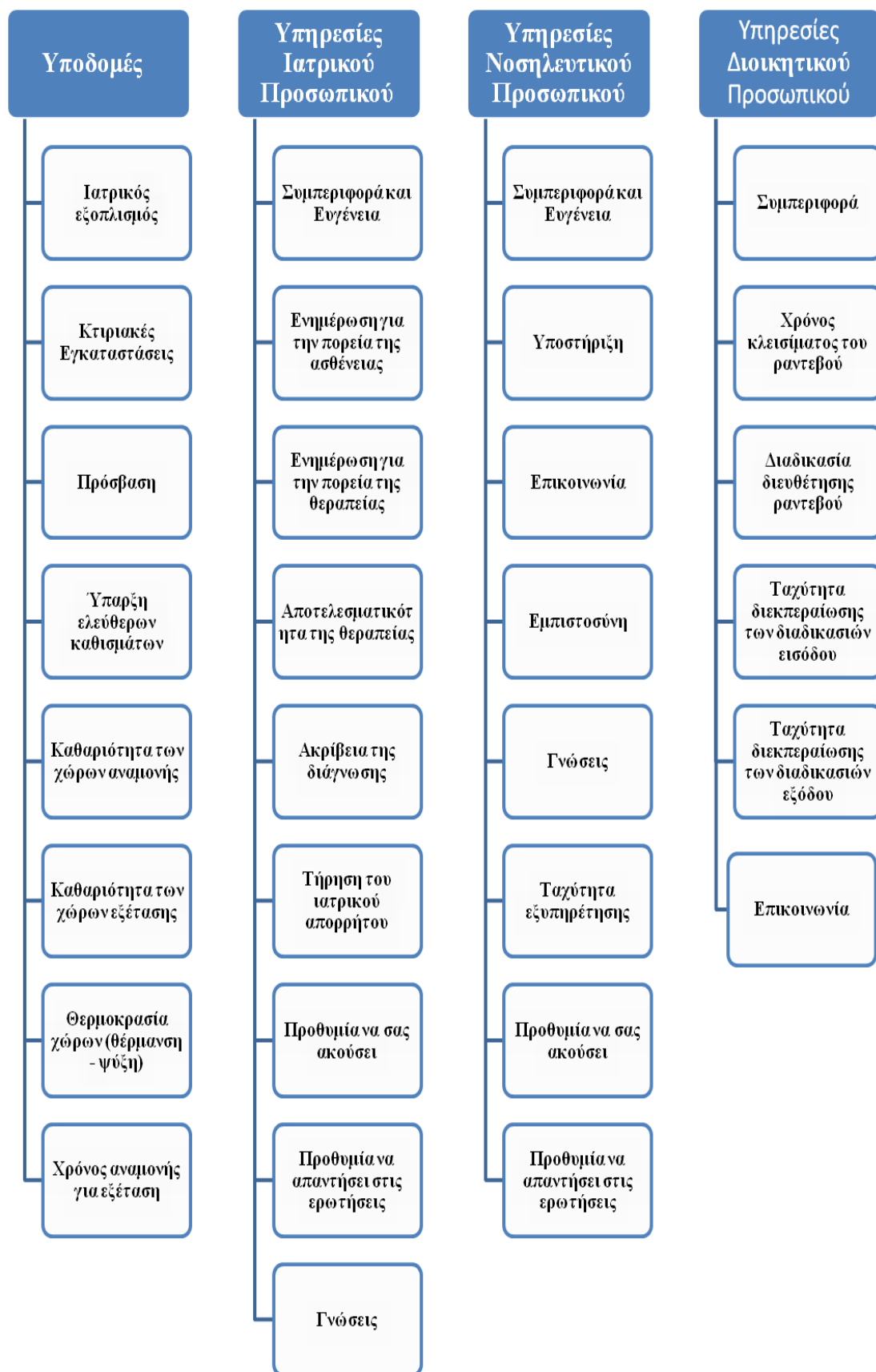
- Να παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας σε ασθενείς όχι μόνο από την Αττική αλλά και από όλη την επικράτεια. Η παροχή υπηρεσιών υγείας προσφέρεται σε όλους ανεξαιρέτως τους

ασθενείς χωρίς διακρίσεις σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ειδικότερα η πρόληψη, διάγνωση και ίαση κάθε μορφής καρκίνου.

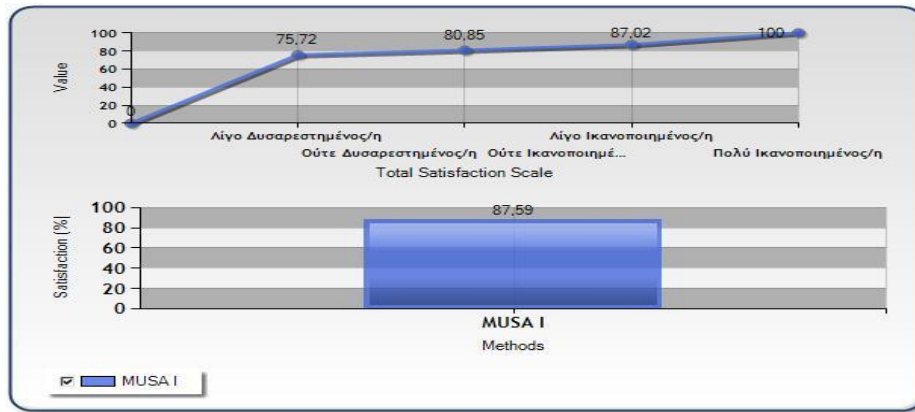
- Να εκπαιδεύει συνεχώς μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων όλους τους εργαζομένους
- Να αναπτύσσει και να προάγει την έρευνα στην υγεία. Για το σκοπό αυτό δημιουργεί ερευνητικά προγράμματα συνεργαζόμενο με διάφορους φορείς.
- Να εφαρμόζει νέες μεθόδους και μορφές φροντίδας υγείας με σκοπό την όσο τον δυνατόν αποτελεσματικότερη θεραπεία των ασθενών.
- Να αναπτύξει διαδικασίες που πραγματοποιούν στόχους σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, την 1η ΥΠΕ Αττικής και το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου

(ΦΕΚ Β 875/Β/2013).

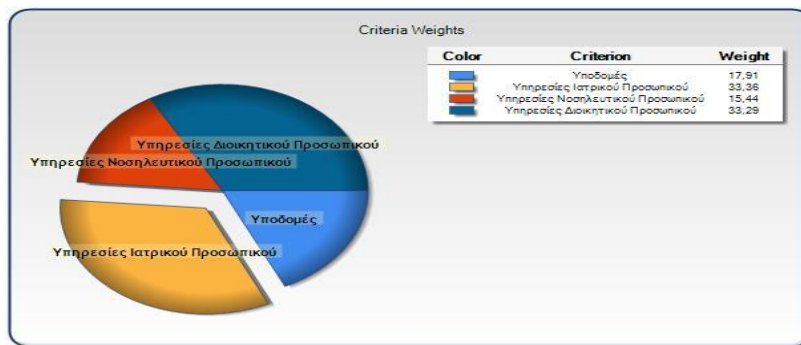
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V



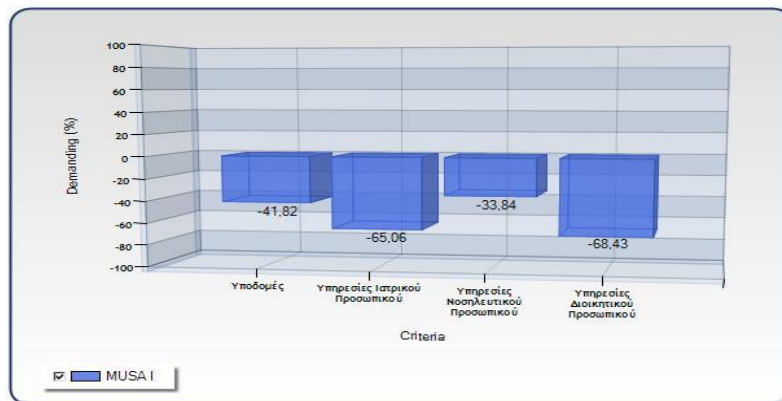
Σχήμα Π1 : Δέντρο Κριτηρίων Ικανοποίησης Εξωτερικών Ασθενών



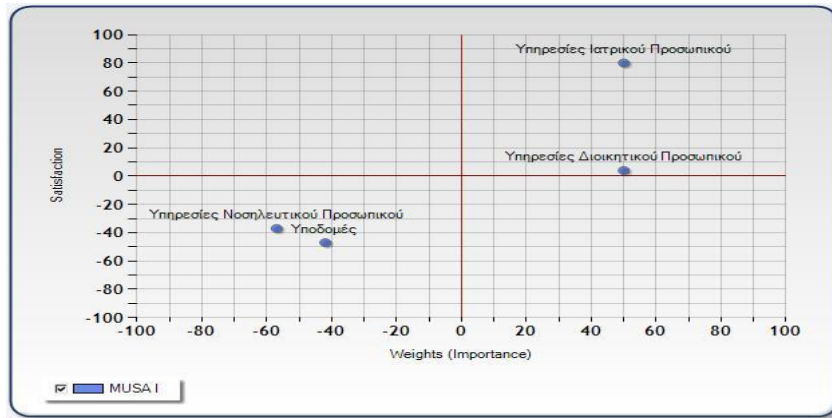
Διάγραμμα Π1 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης Εξωτερικών Ιατρείων



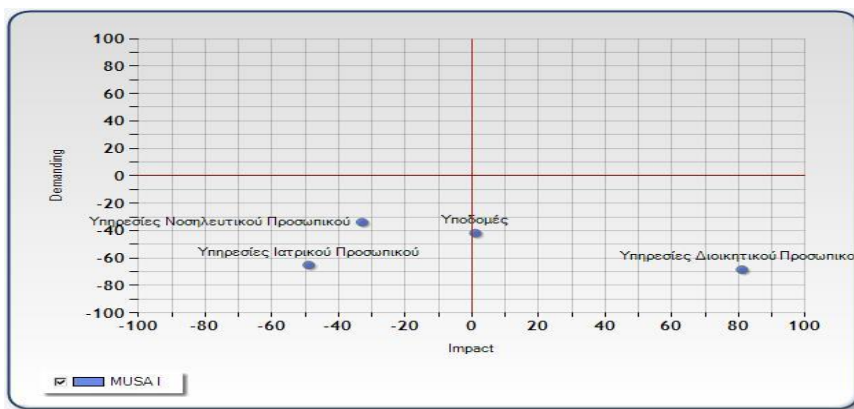
Διάγραμμα Π2 Βάρη Υποκριτηρίων Εξωτερικών Ιατρείων



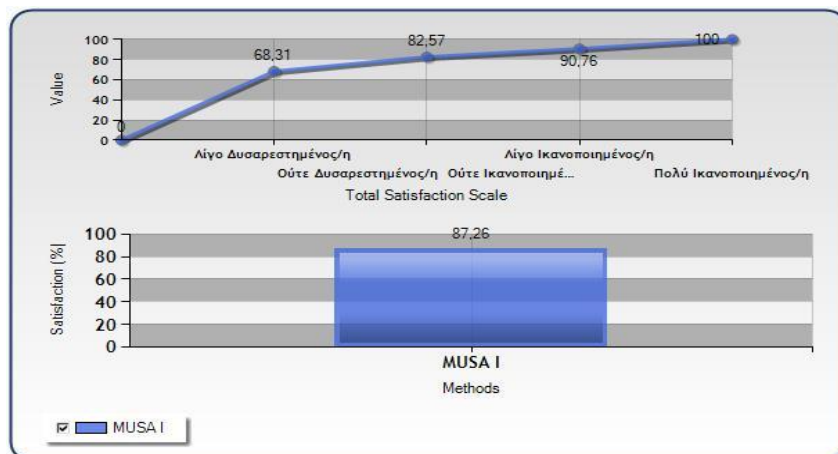
Διάγραμμα Π3 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων Εξωτερικών Ιατρείων



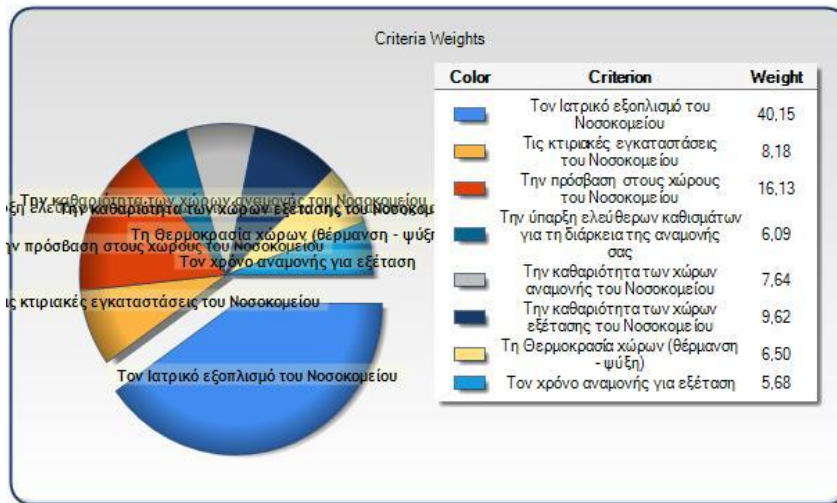
Διάγραμμα Π4 Διάγραμμα Δράσης Εξωτερικών Ιατρείων



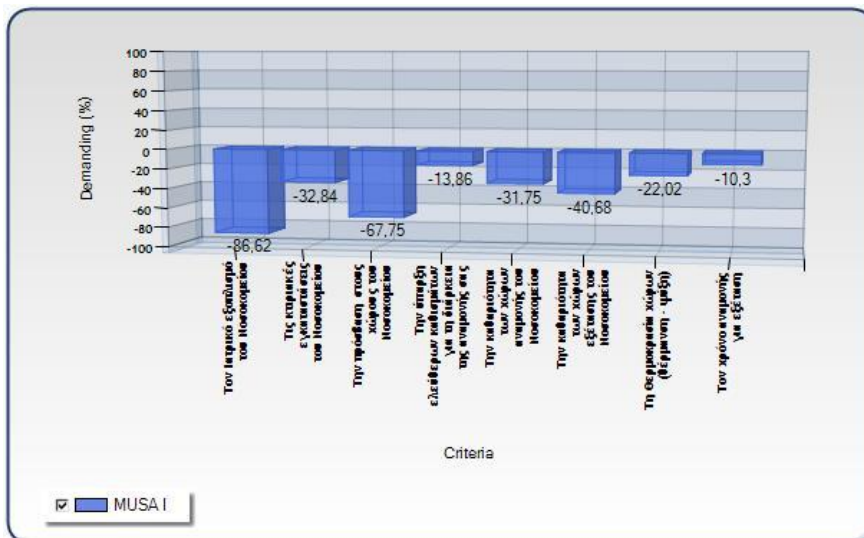
Διάγραμμα Π5 Διάγραμμα Βελτίωσης Εξωτερικών Ιατρείων



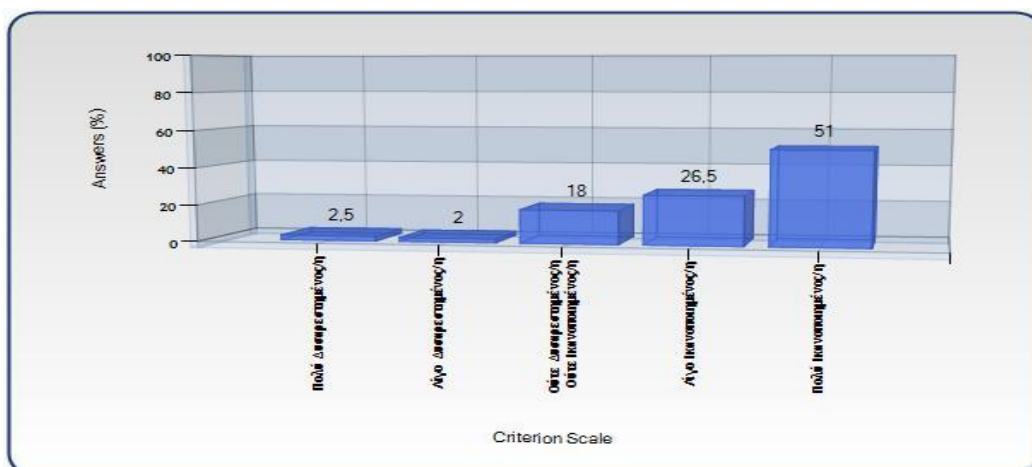
Διάγραμμα Π6 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης Υποδομών



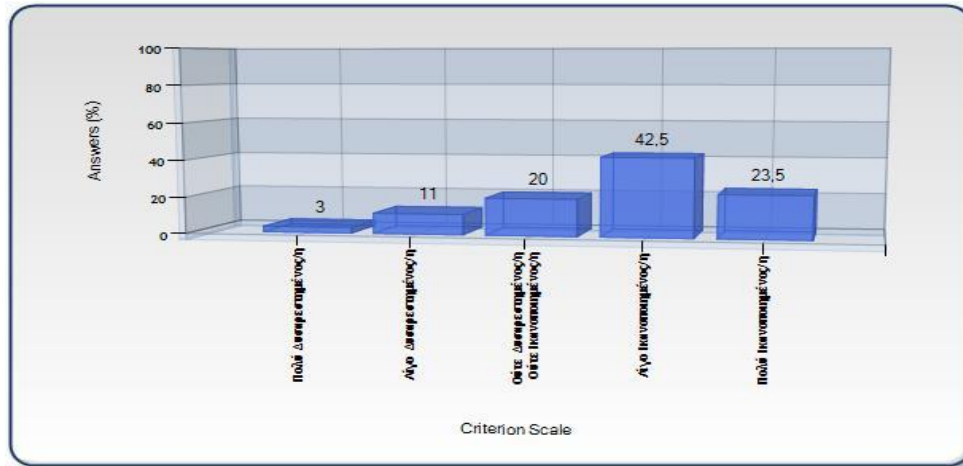
Διάγραμμα Π7 Βάρη Υποκριτηρίων Υποδομών



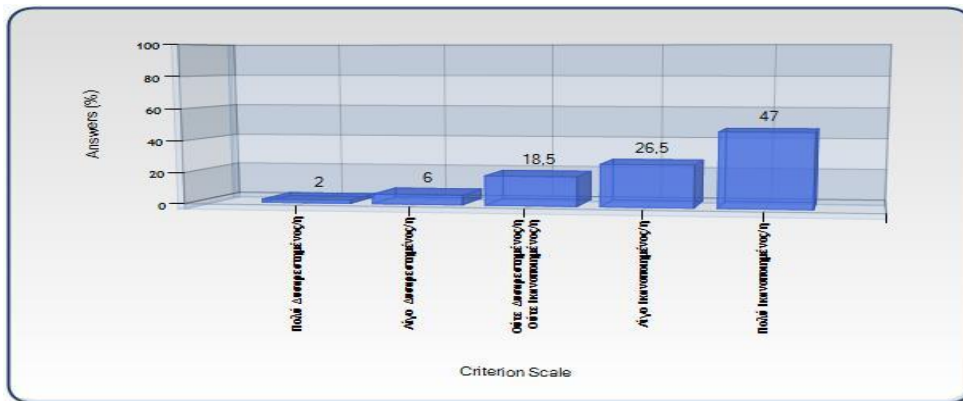
Διάγραμμα Π8 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητα Υποκριτηρίων Υποδομών



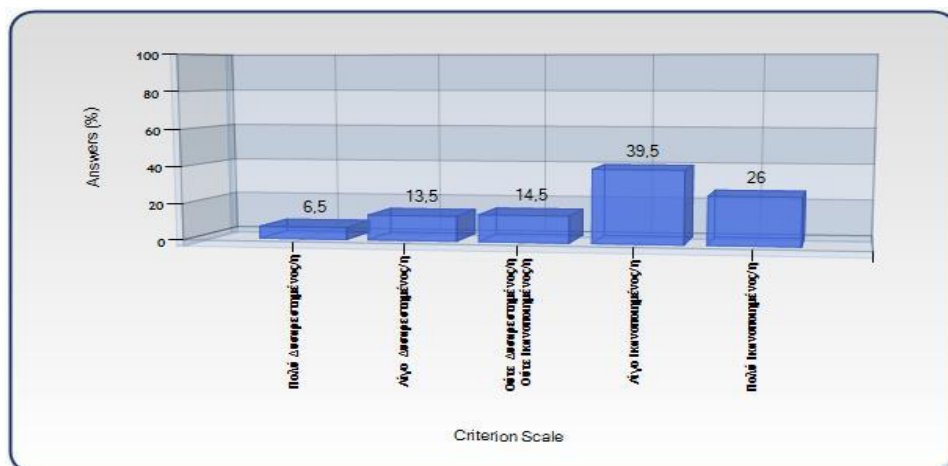
Διάγραμμα Π9 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Ιατρικός Εξοπλισμός Νοσοκομείου»



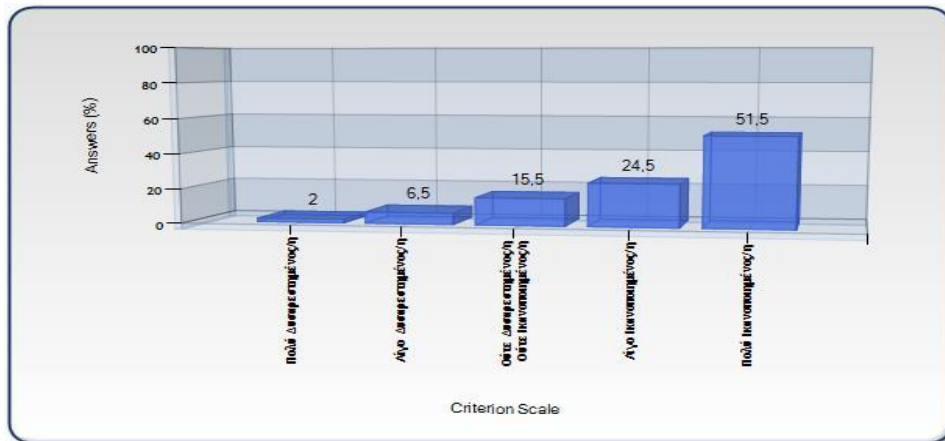
Διάγραμμα Π10 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Κτιριακές εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου»



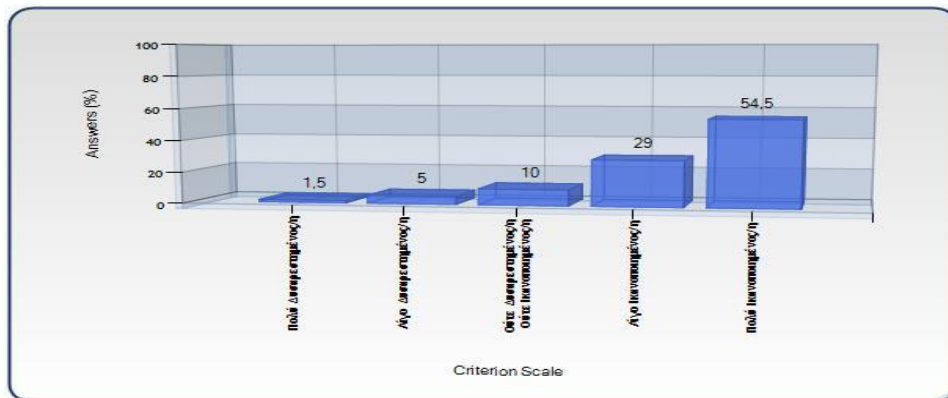
Διάγραμμα Π11 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Πρόσβαση στους Χώρους του Νοσοκομείου»



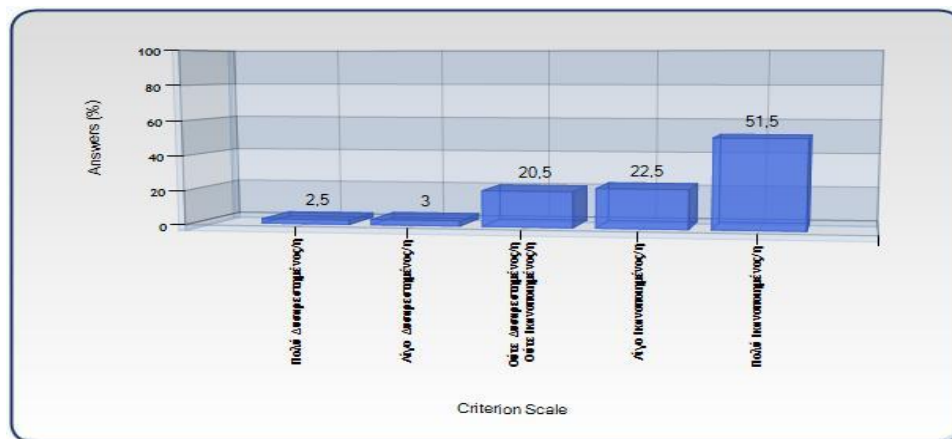
Διάγραμμα Π12 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Υπαρξη ελεύθερων καθισμάτων για τη διάρκεια της αναμονής σας»



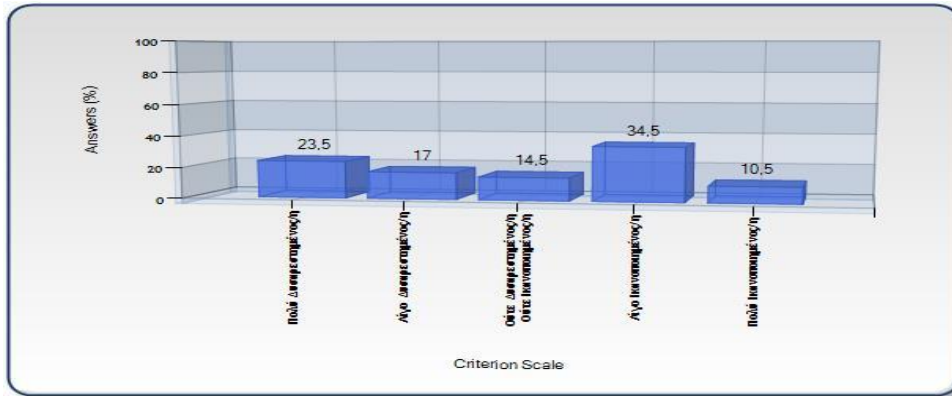
Διάγραμμα Π13 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «καθαριότητα των χώρων αναμονής του Νοσοκομείου»



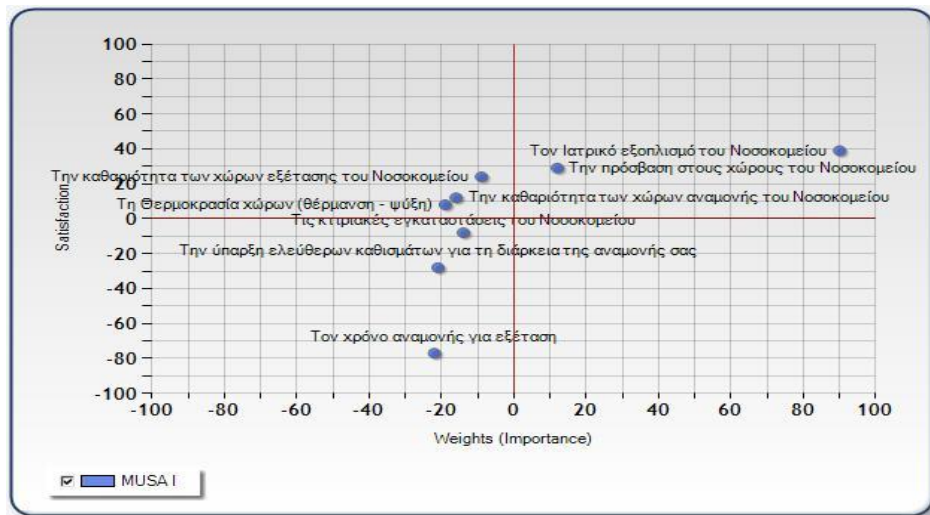
Διάγραμμα Π14 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «καθαριότητα των χώρων εξέτασης του Νοσοκομείου»



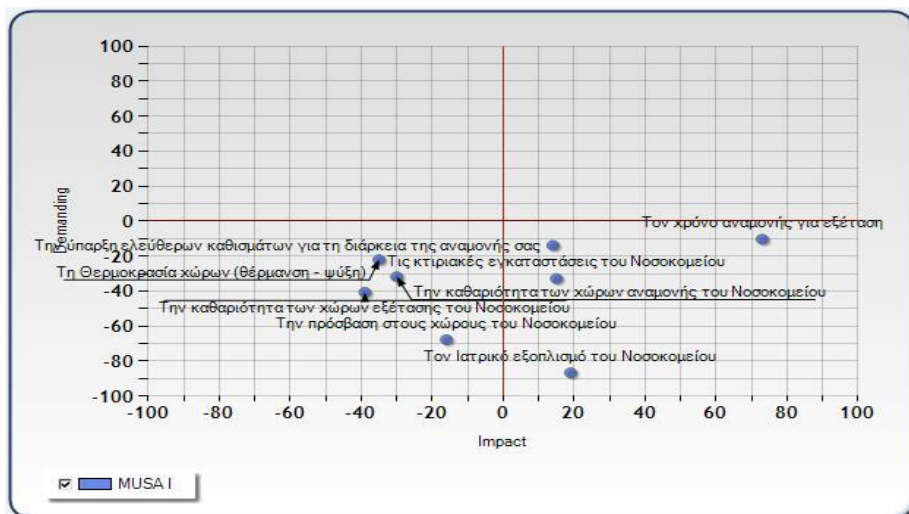
Διάγραμμα Π15 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση - ψύξη)»



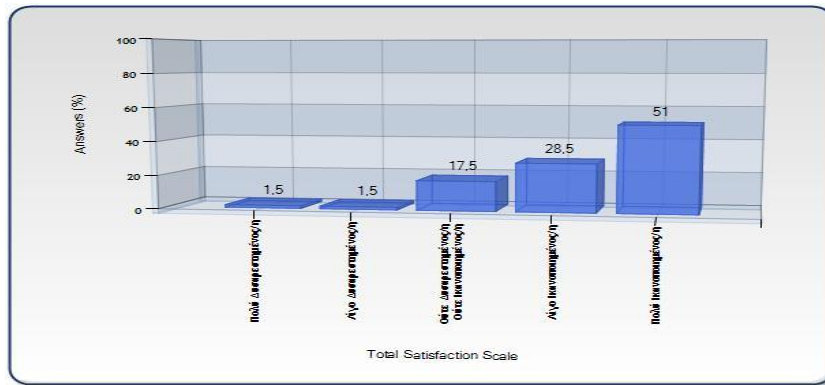
Διάγραμμα Π16 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «χρόνος αναμονής για εξέταση»



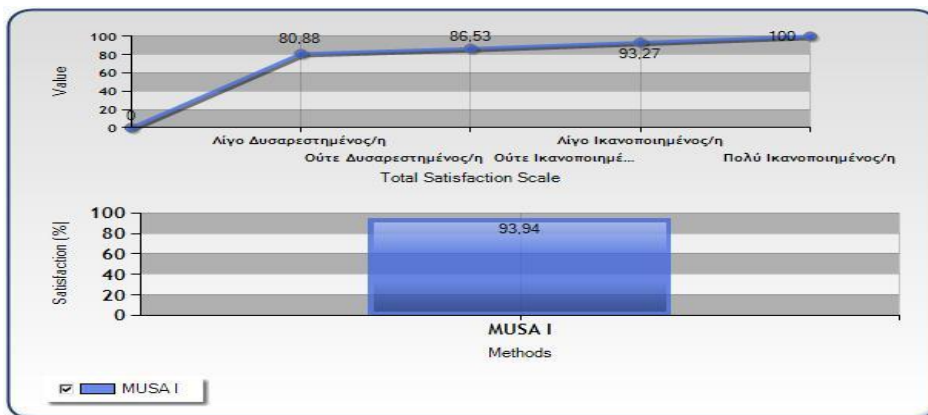
Διάγραμμα Π17 Διάγραμμα Δράσης του κριτηρίου Υποδομές



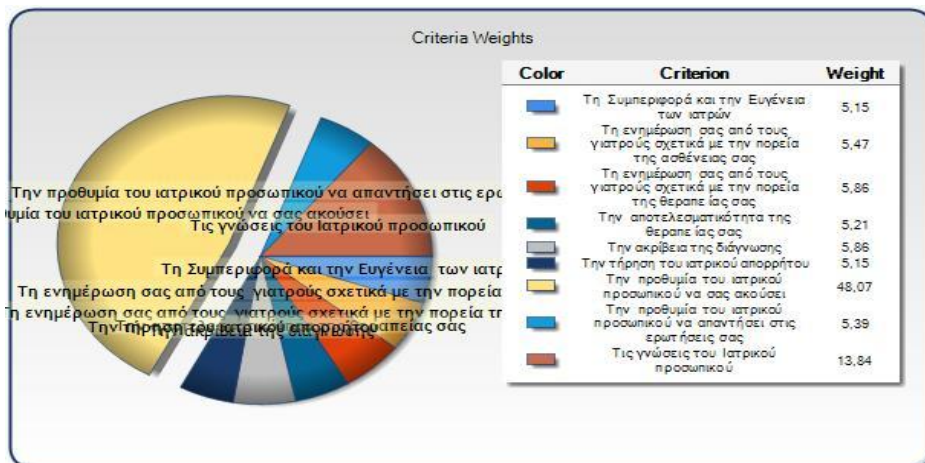
Διάγραμμα Π18 Διάγραμμα Βελτίωσης του κριτηρίου Υποδομές



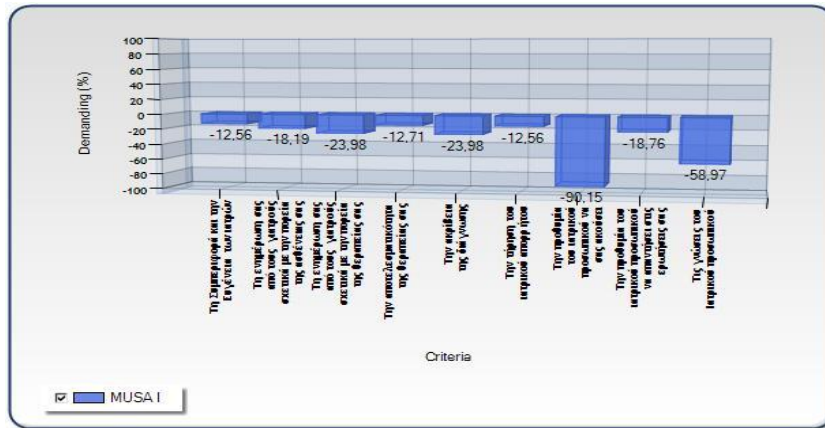
Διάγραμμα Π19 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού



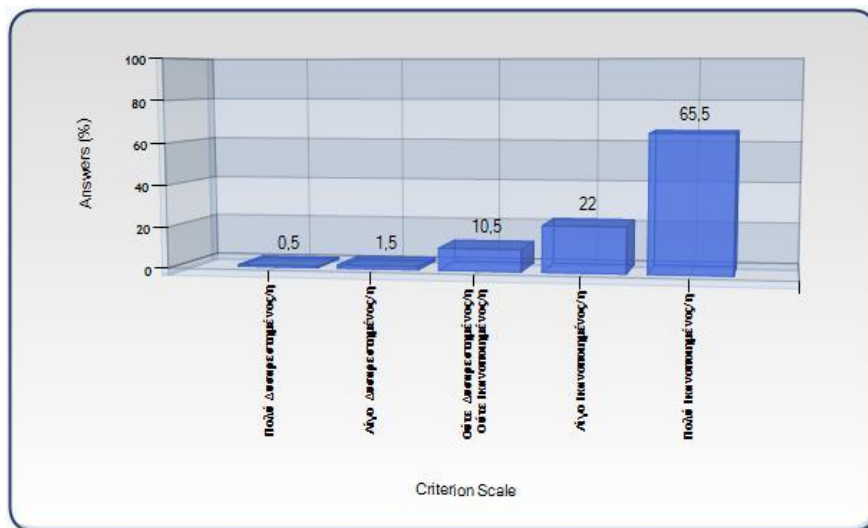
Διάγραμμα Π20 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού



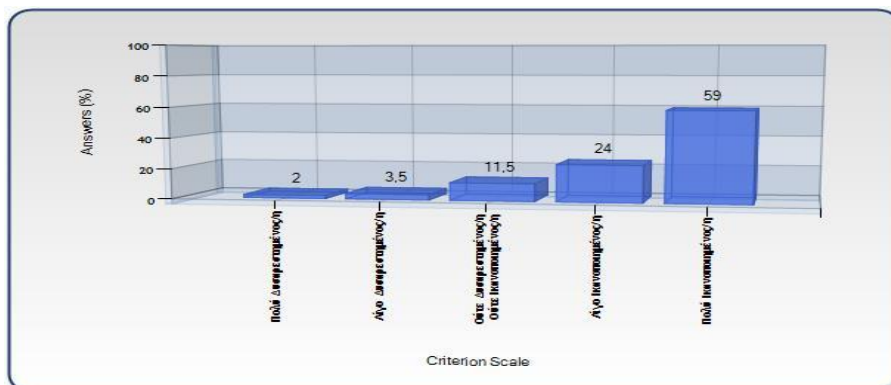
Διάγραμμα Π21 Βάρη Υποκριτηρίων των «Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού»



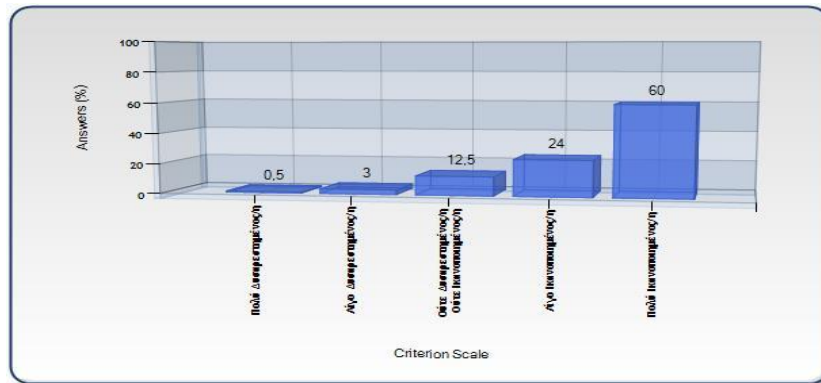
Διάγραμμα Π22 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού



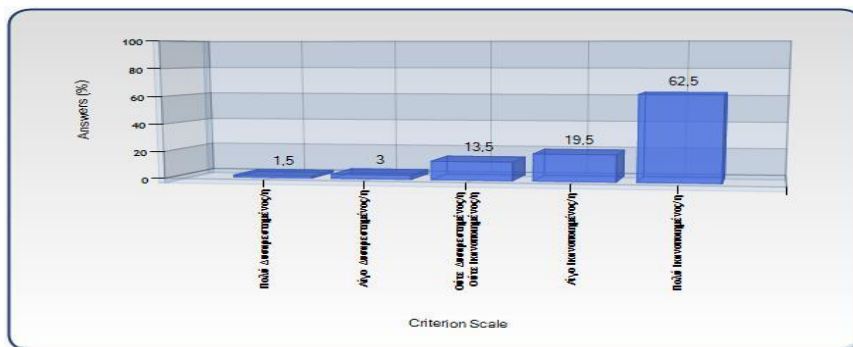
Διάγραμμα Π23 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Συμπεριφορά και Ευγένεια των ιατρών»



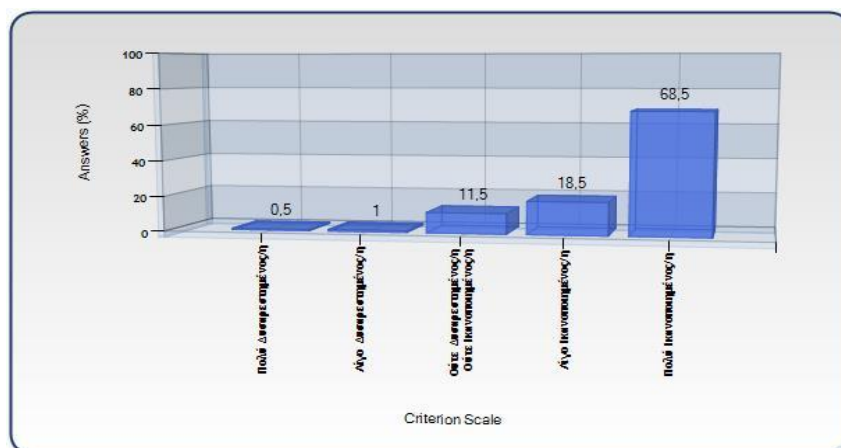
Διάγραμμα Π24 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας»



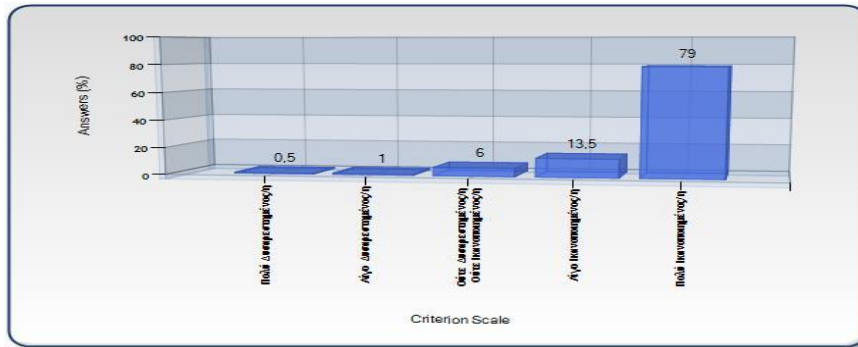
Διάγραμμα Π25 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της θεραπείας»



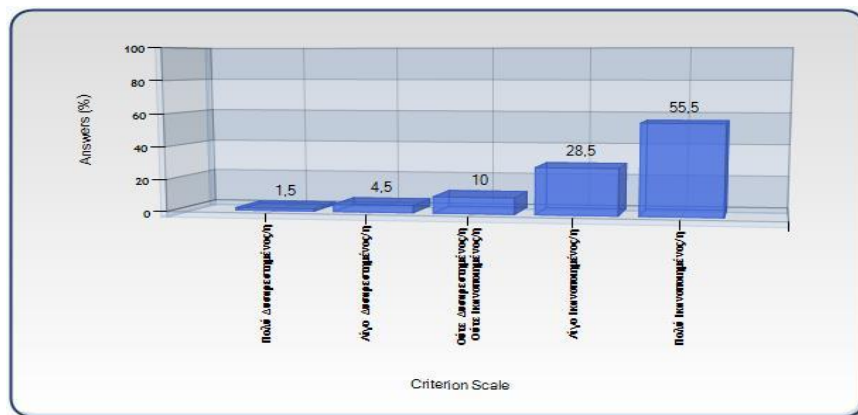
Διάγραμμα Π26 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Αποτελεσματικότητα της θεραπείας»



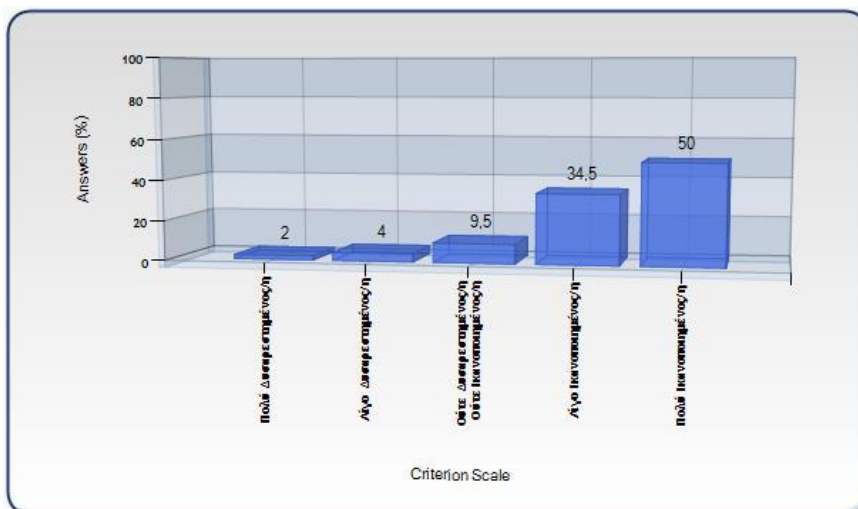
Διάγραμμα Π27 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Ακρίβεια της Διάγνωσης»



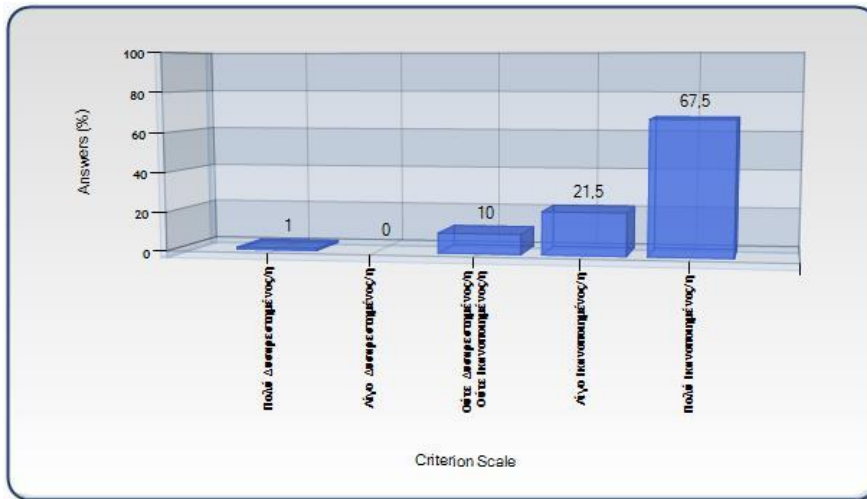
**Διάγραμμα Π28 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου
«Τήρηση Ιατρικού Απορρήτου»**



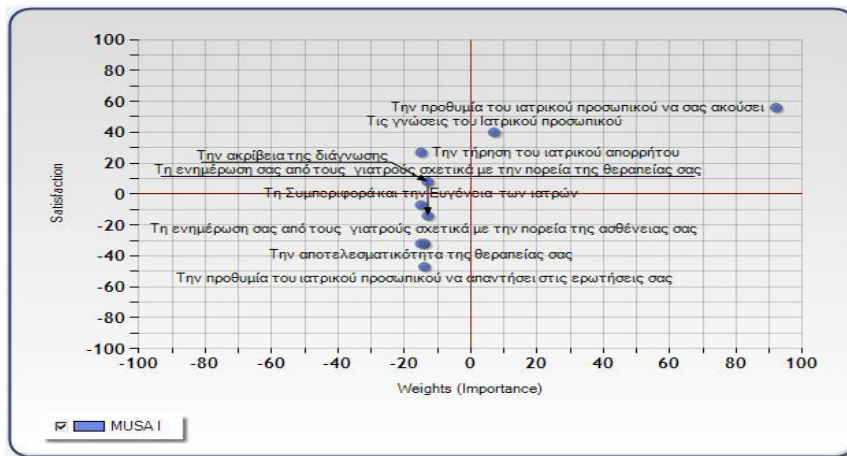
**Διάγραμμα Π29 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου
«Προθυμία του Ιατρικού Προσωπικού να σας ακούσει»**



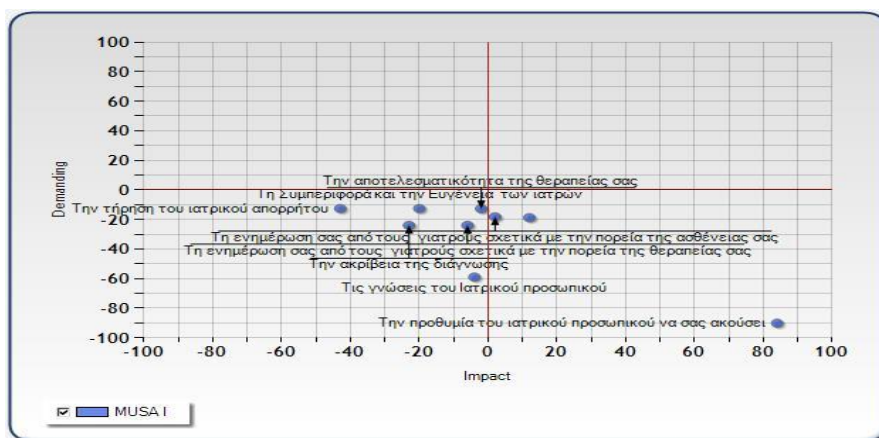
**Διάγραμμα Π30 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου
«Προθυμία του Ιατρικού Προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας»**



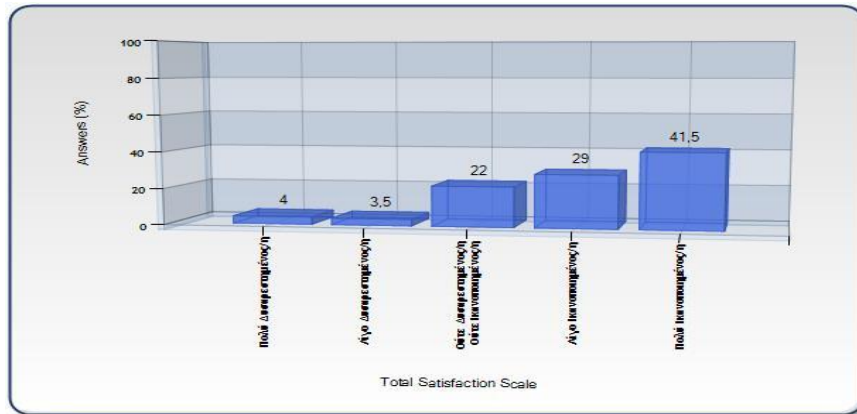
Διάγραμμα Π31 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου «Γνώσεις Ιατρικό Προσωπικού»



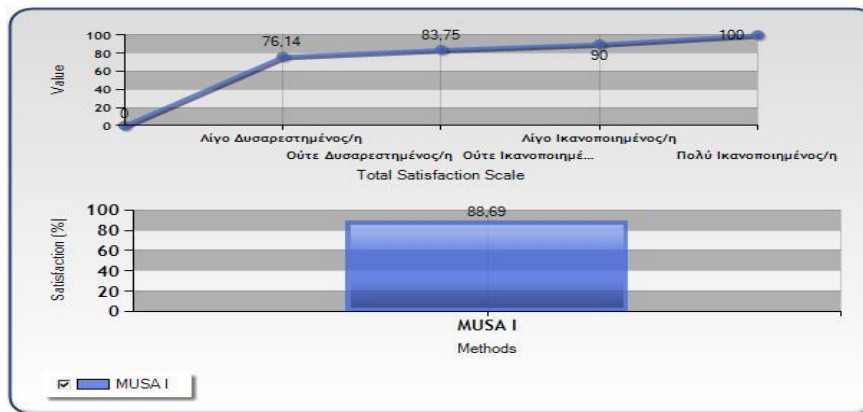
Διάγραμμα Π32 Διάγραμμα Δράσης κριτηρίου Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού



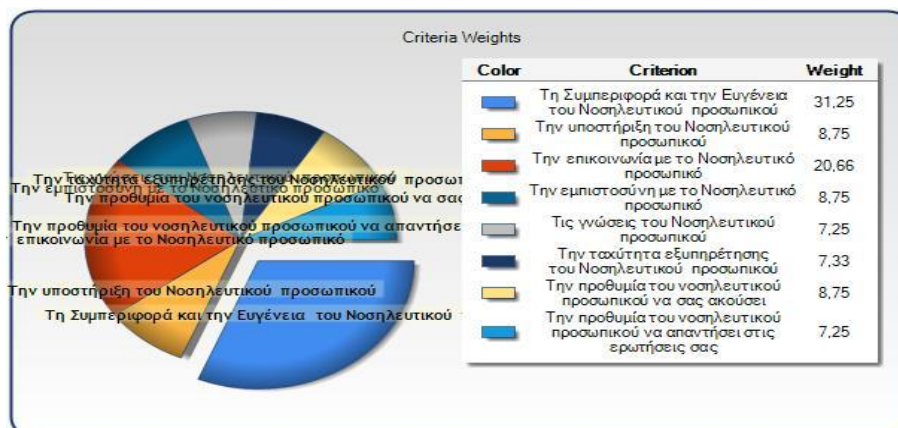
Διάγραμμα Π33 Διάγραμμα Βελτίωσης κριτηρίου Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού



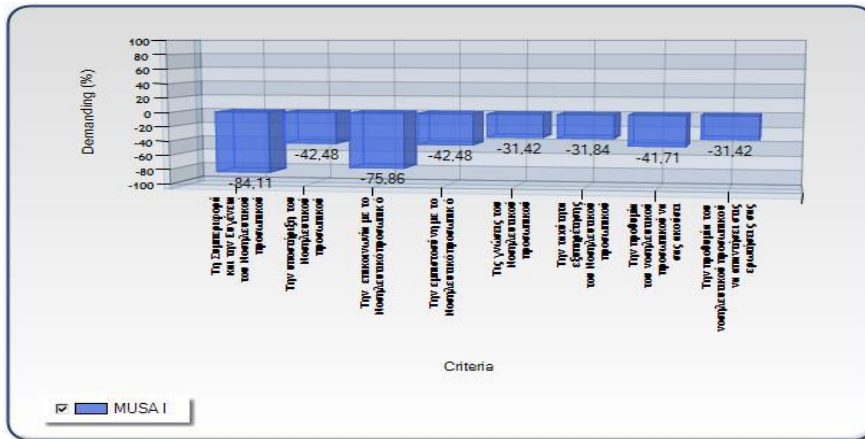
Διάγραμμα Π34 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού



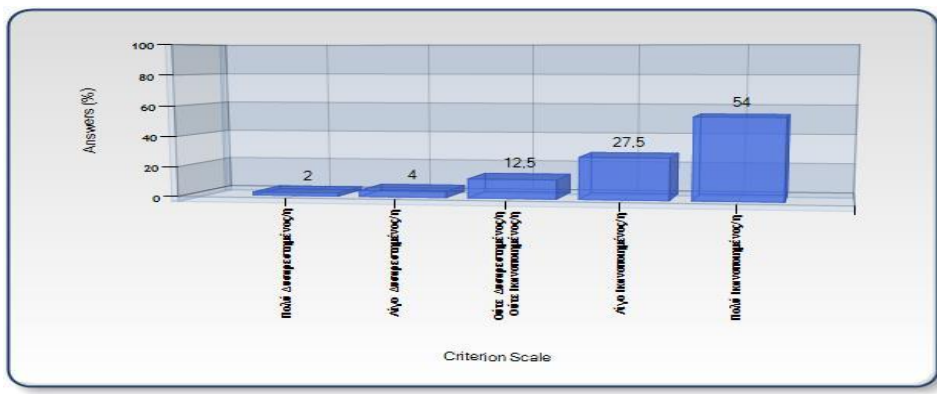
Διάγραμμα Π35 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού



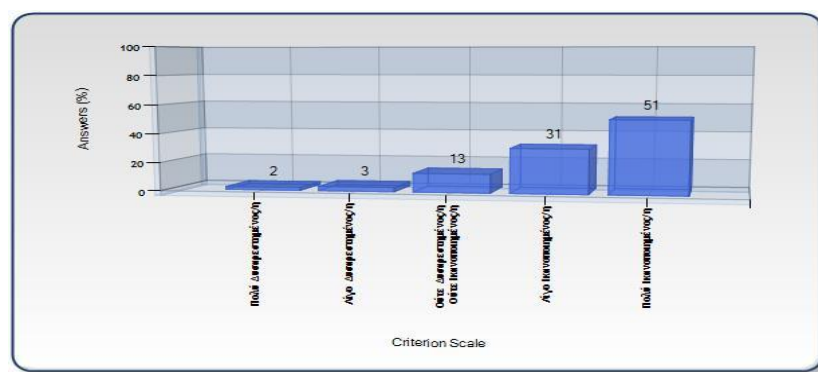
Διάγραμμα Π36 Βάρη Υποκριτηρίων των «Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού»



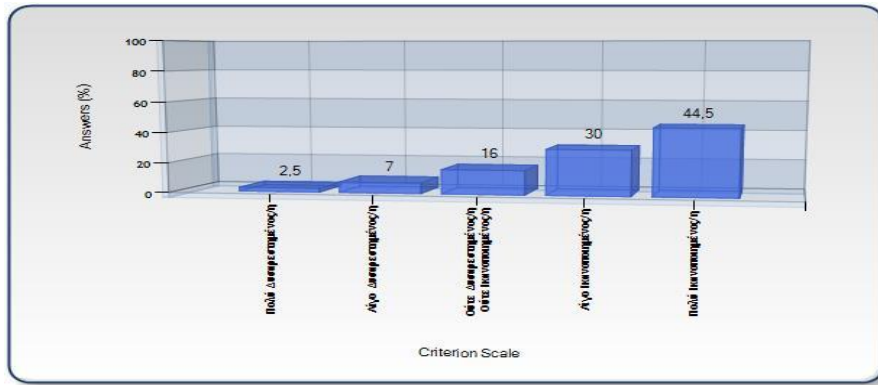
Διάγραμμα Π37 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού



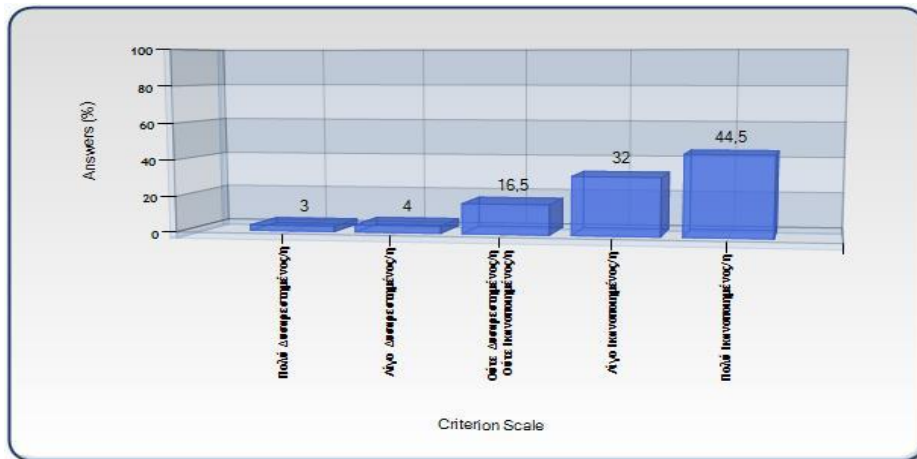
Διάγραμμα Π38 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Συμπεριφορά και την Ευγένεια του Νοσηλευτικού προσωπικού



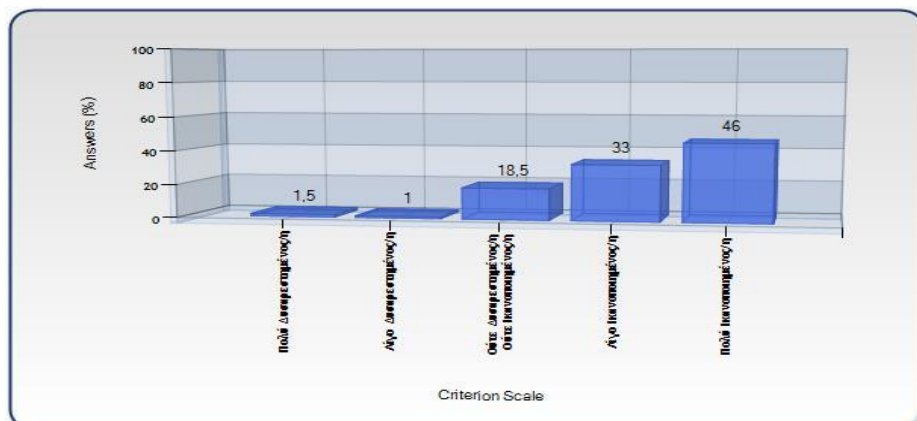
Διάγραμμα Π39 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου υποστήριξη του Νοσηλευτικού προσωπικού



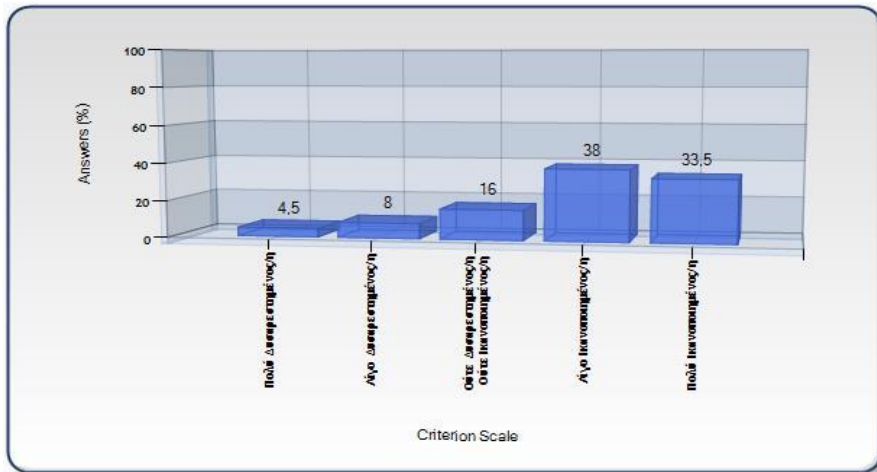
Διάγραμμα Π40 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου επικοινωνία με το Νοσηλευτικό προσωπικό



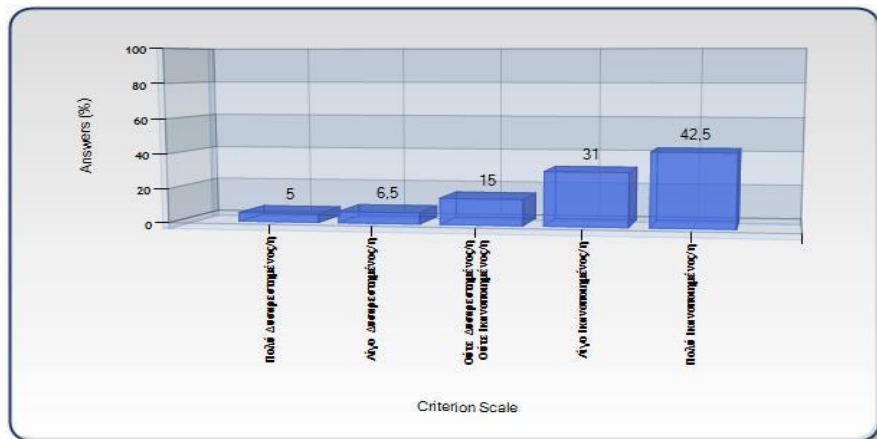
Διάγραμμα Π41 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου εμπιστοσύνη με το Νοσηλευτικό προσωπικό



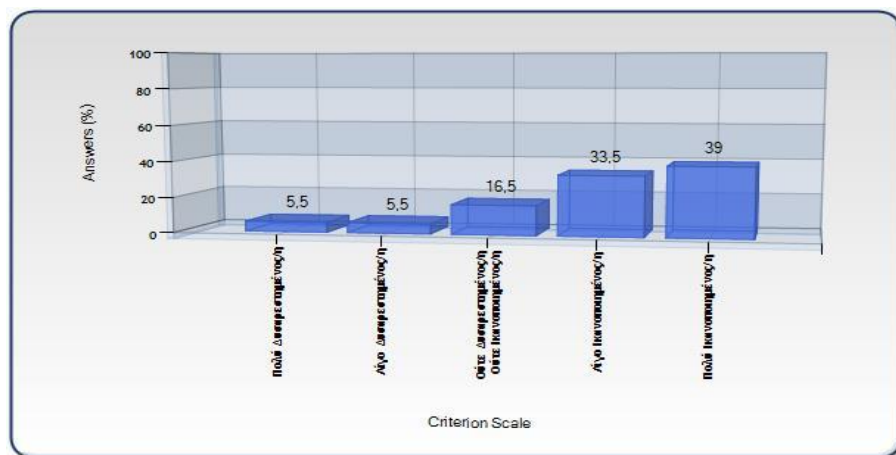
Διάγραμμα Π42 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου γνώσεις του Νοσηλευτικού προσωπικού



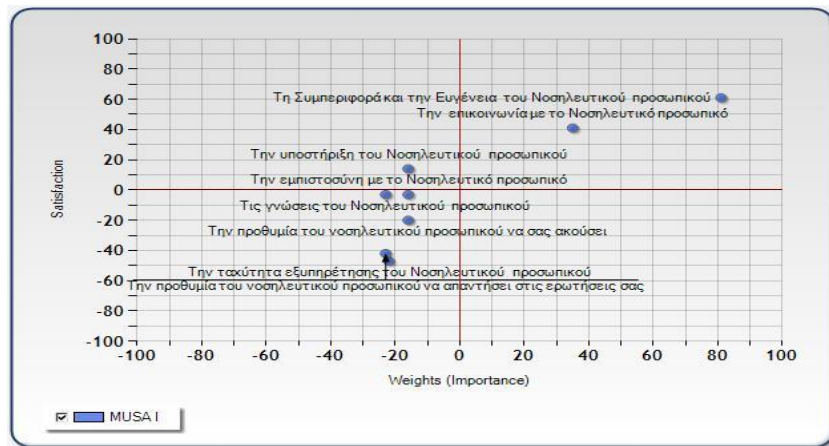
Διάγραμμα Π43 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου ταχύτητα εξυπηρέτησης του Νοσηλευτικού προσωπικού



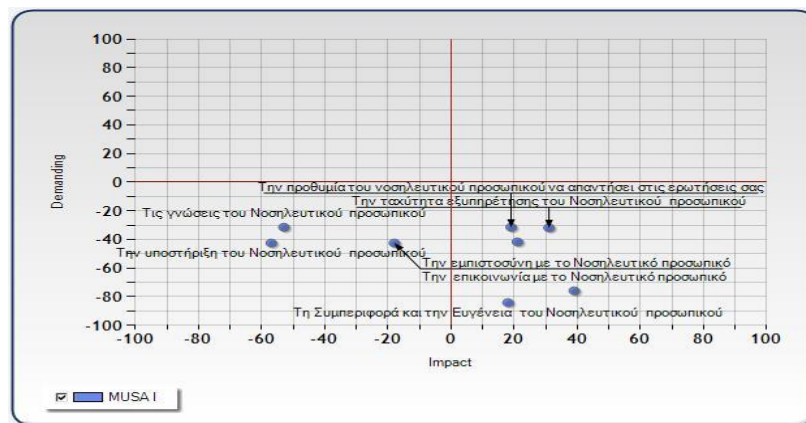
Διάγραμμα Π44 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να σας ακούσει



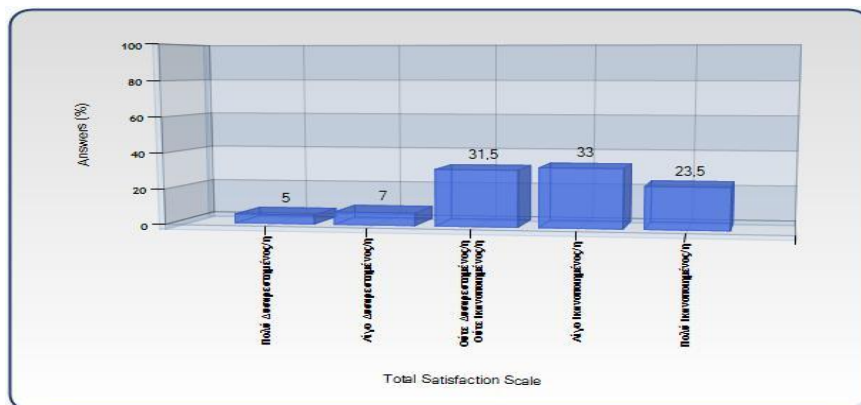
Διάγραμμα Π45 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας



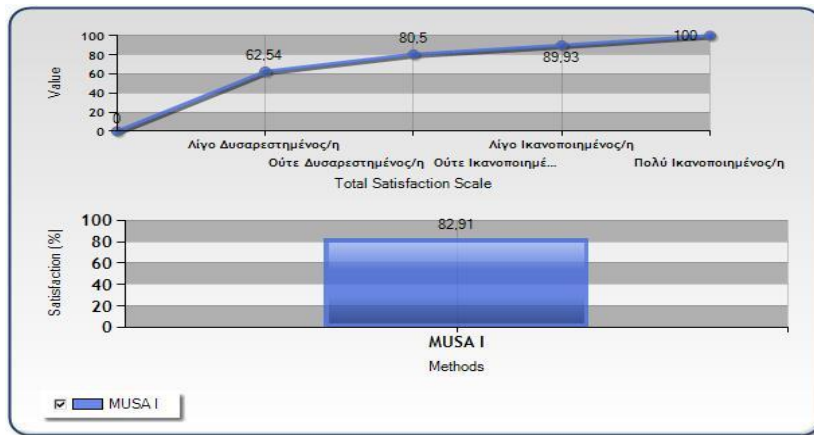
Διάγραμμα Π46 Διάγραμμα Δράσης Κριτηρίου Υπηρεσίες Νοσηλευτικού Προσωπικού



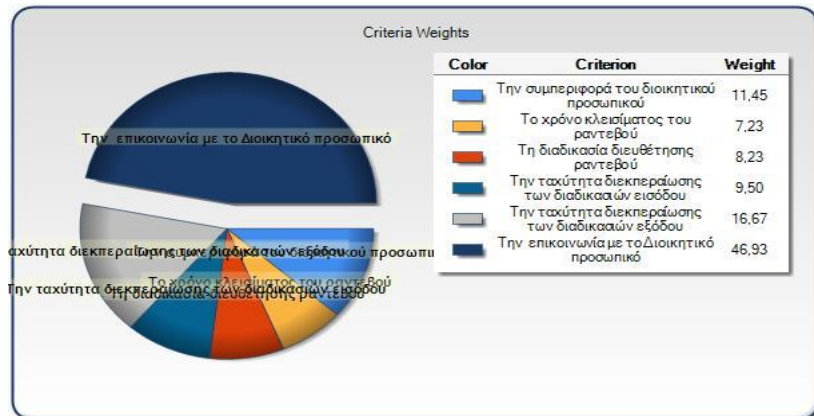
Διάγραμμα Π47 Διάγραμμα Βελτίωσης Κριτηρίου Υπηρεσίες Νοσηλευτικού Προσωπικού



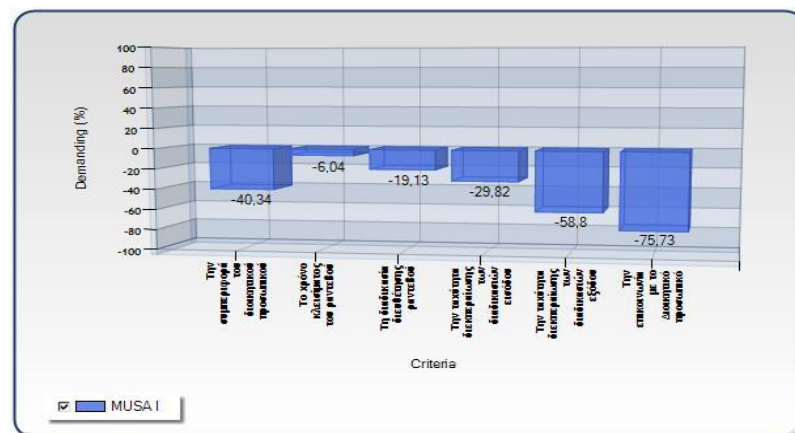
Διάγραμμα Π48 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



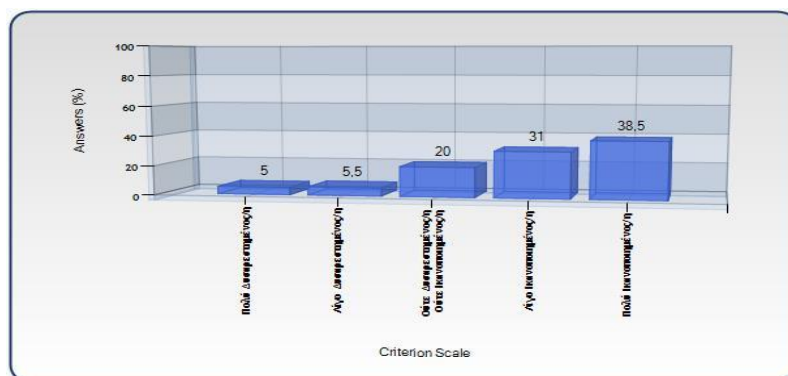
Διάγραμμα Π49 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



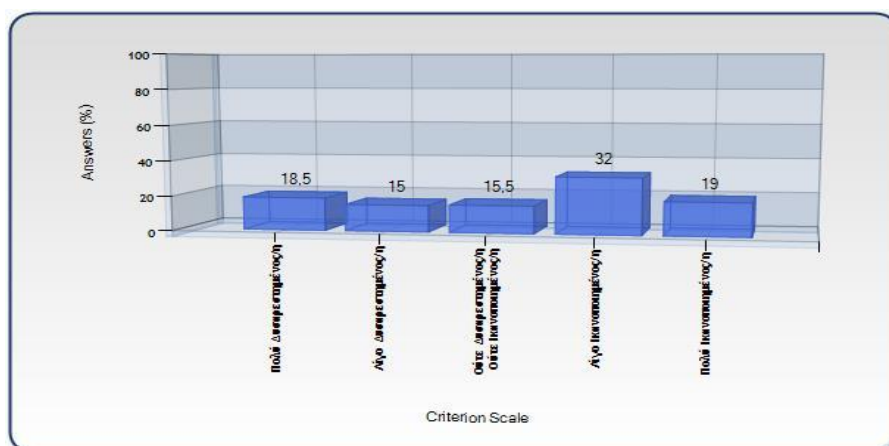
Διάγραμμα Π50 Βάρη Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



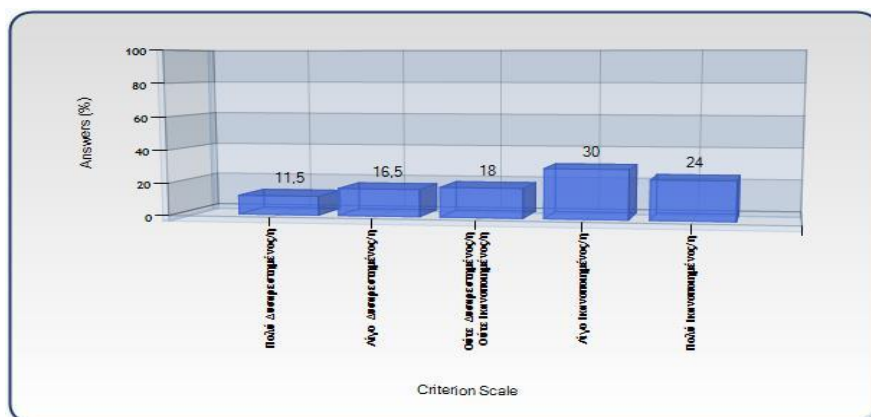
Διάγραμμα Π51 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



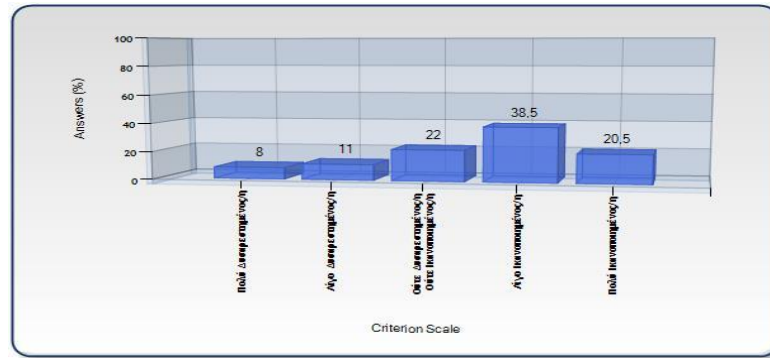
Διάγραμμα Π52 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού



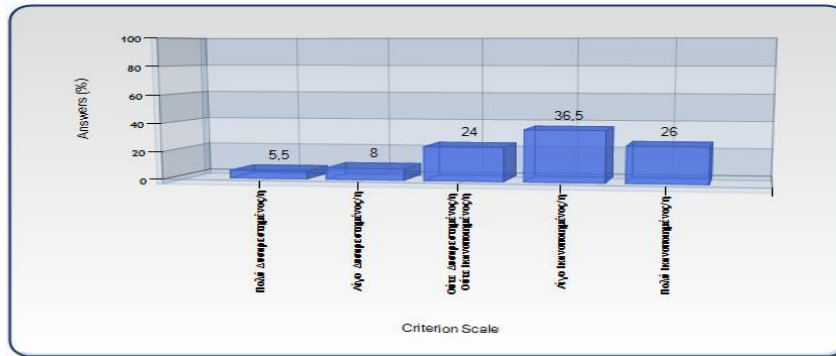
Διάγραμμα Π53 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Το χρόνο κλεισίματος του ραντεβού



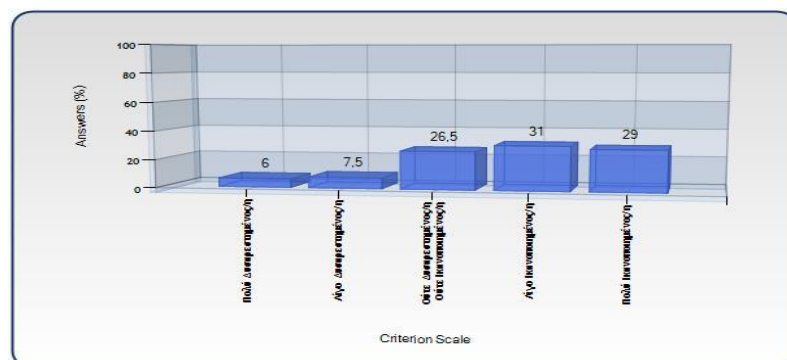
Διάγραμμα Π54 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου διαδικασία διεύθησης ραντεβού



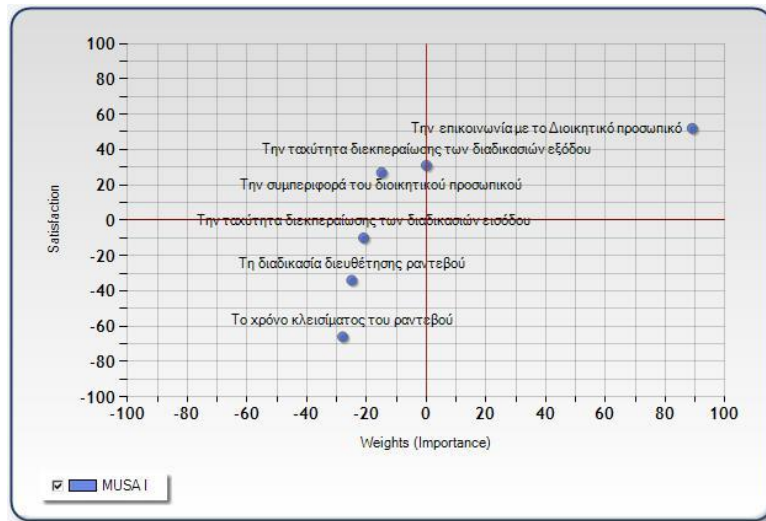
Διάγραμμα Π55 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών εισόδου



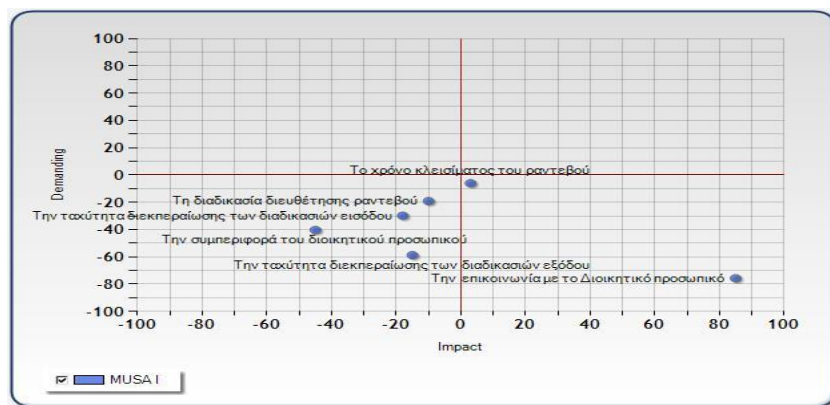
Διάγραμμα Π56 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών εξόδου



Διάγραμμα Π57 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου επικοινωνία με το Διοικητικό προσωπικό

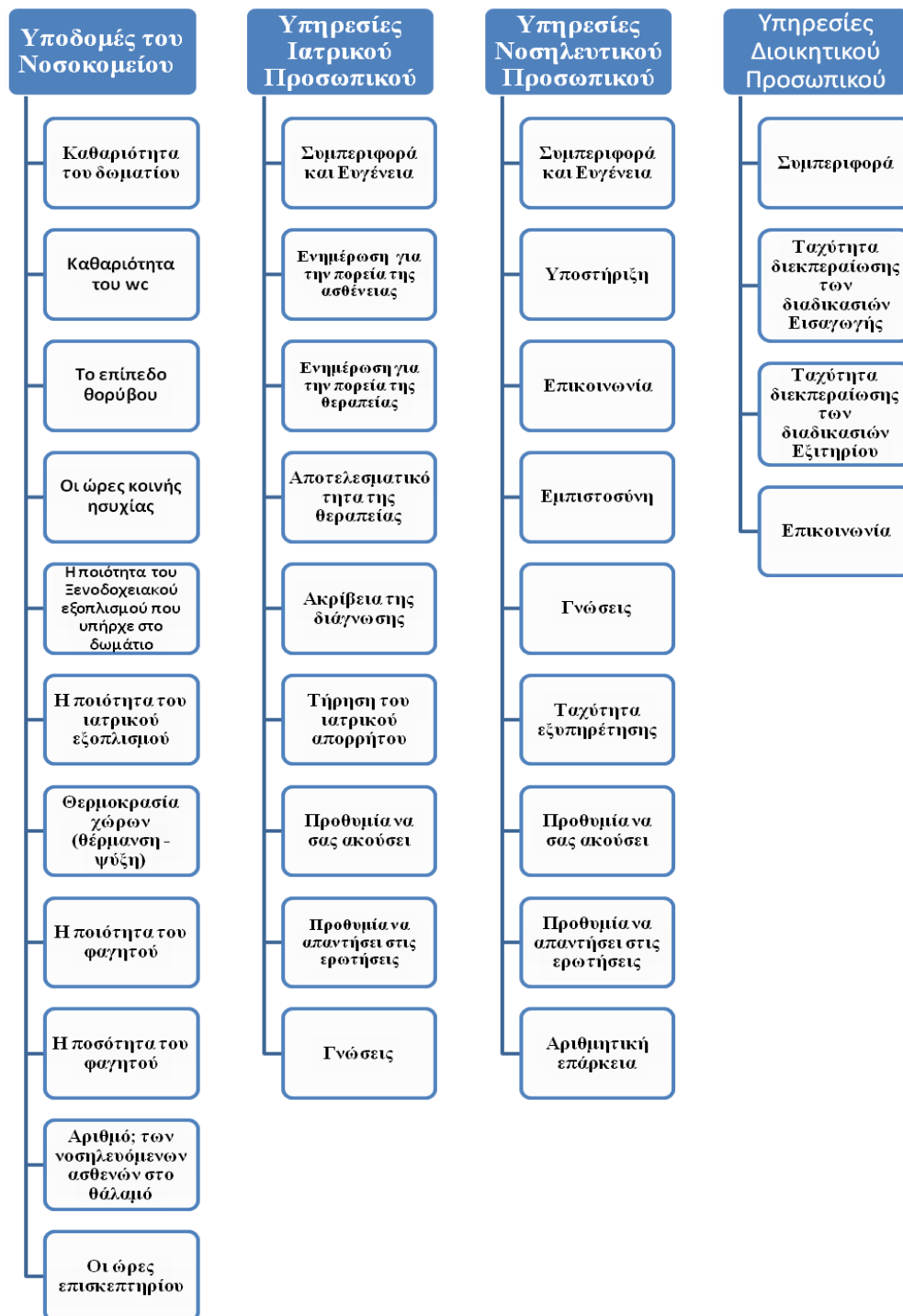


Διάγραμμα Π58 Διάγραμμα Δράσης Κριτηρίου Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού

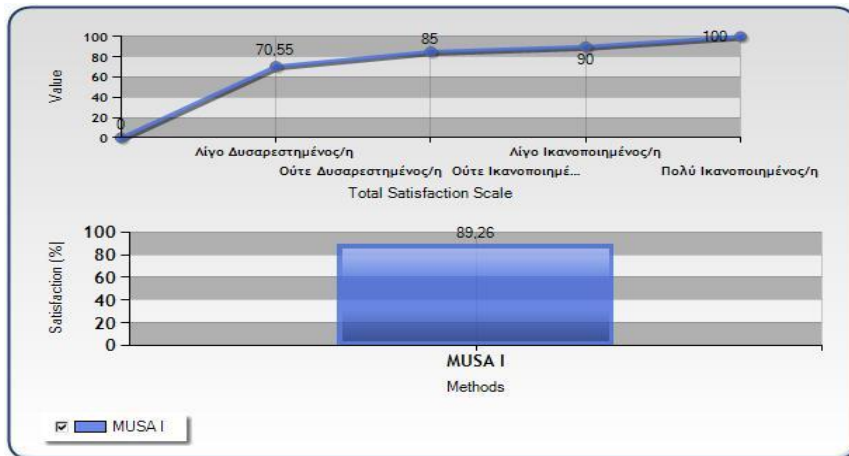


Διάγραμμα Π59 Διάγραμμα Βελτίωσης Κριτηρίου Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού

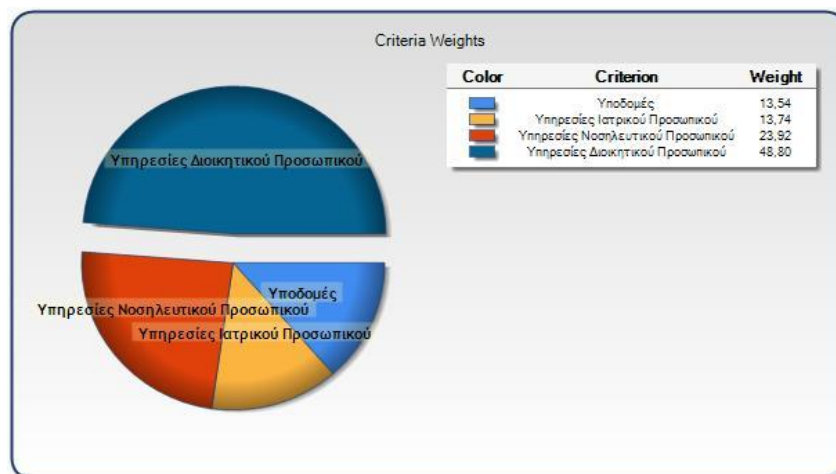
Δέντρο Κριτηρίων-Υποκριτηρίων Ικανοποίησης των Εσωτερικών Ασθενών



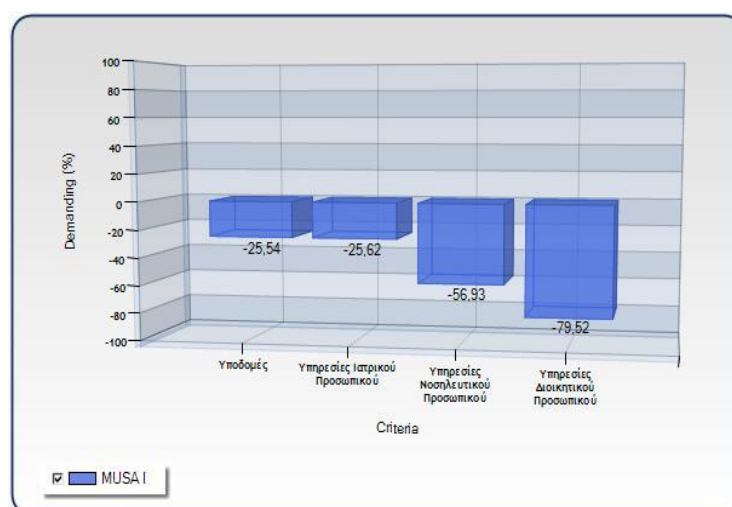
Σχήμα Π2 : Δέντρο Κριτηρίων Ικανοποίησης Εσωτερικών Ασθενών



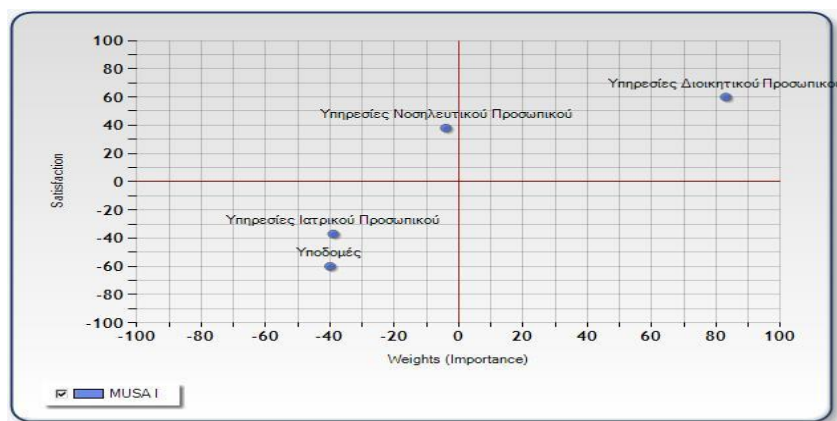
Διάγραμμα Π60 Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία



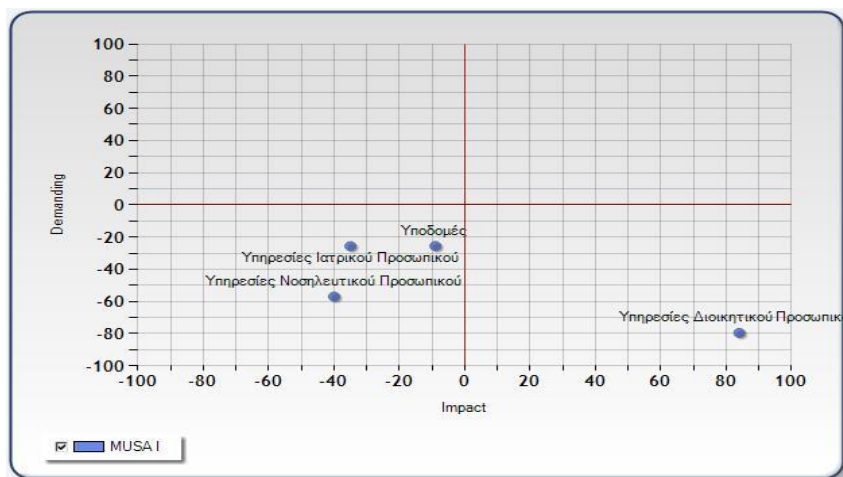
Διάγραμμα Π61 Βάρη Υποκριτηρίων της Νοσηλείας



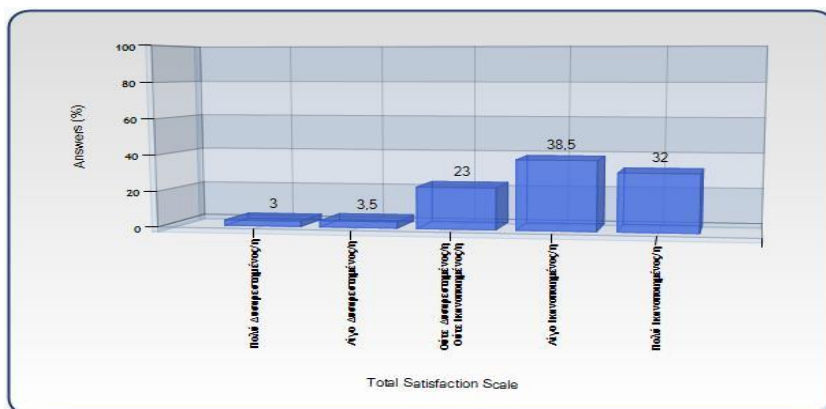
Διάγραμμα Π62 Μέσοι Δείκτες Απαιτητικότητας για τα Υποκριτήρια της Νοσηλείας



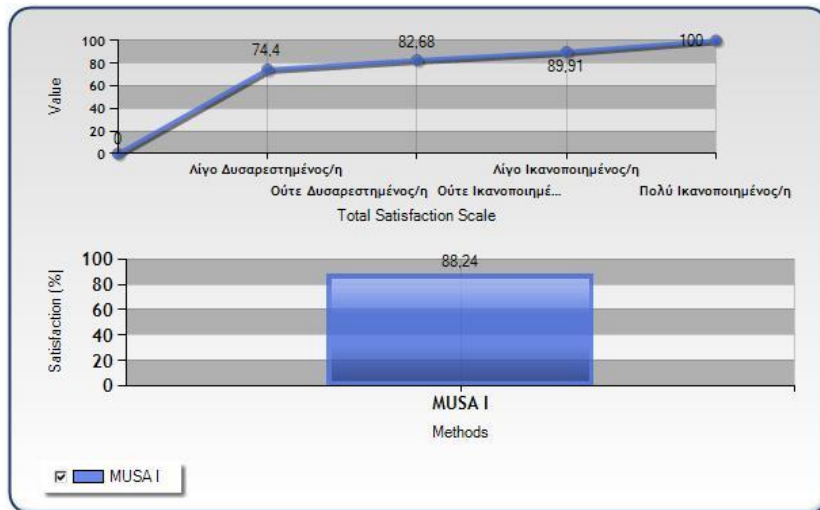
Διάγραμμα Π63 Διάγραμμα Δράσης για τη Νοσηλεία



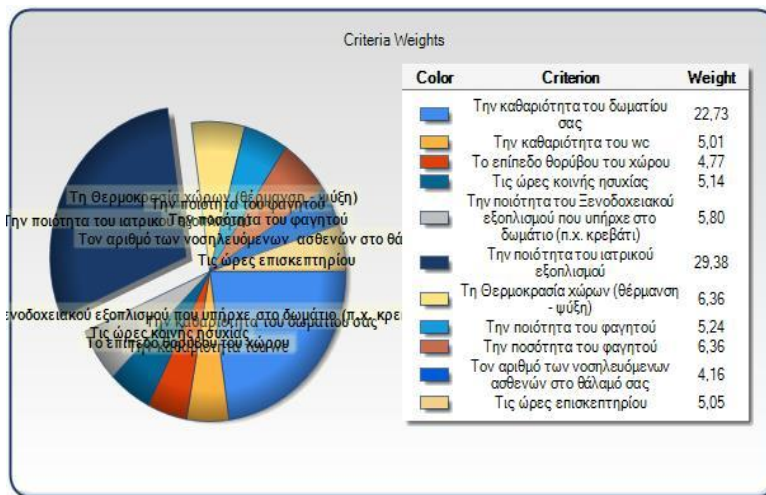
Διάγραμμα Π64 Διάγραμμα Βελτίωσης για τη Νοσηλεία



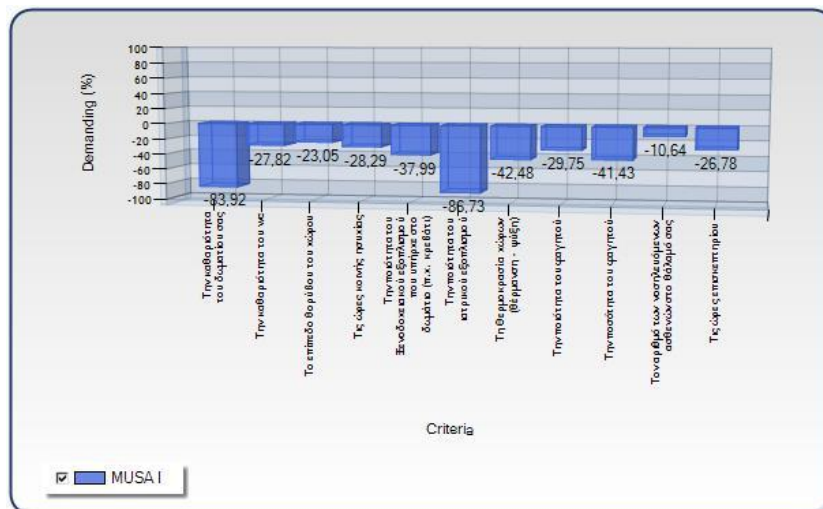
Διάγραμμα Π65 Συχνότητες Ικανοποίησης των Υποδομών του Νοσοκομείου



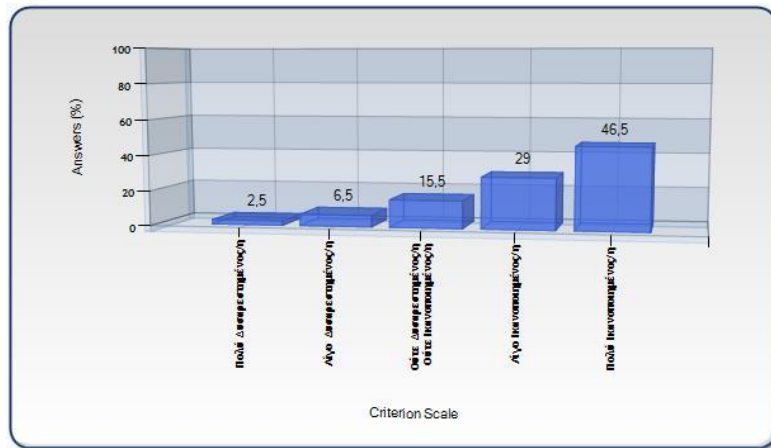
Διάγραμμα Π66 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης των Υποδομών του Νοσοκομείου



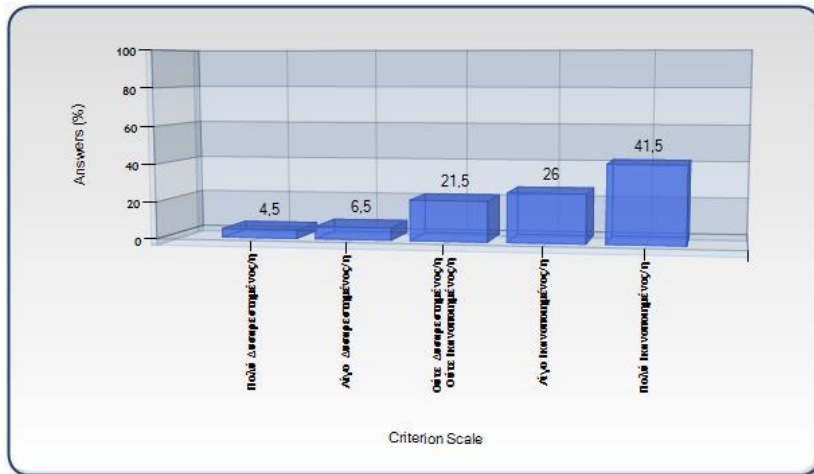
Διάγραμμα Π67 Βάρη Υποκριτηρίων των Υποδομών του Νοσοκομείου



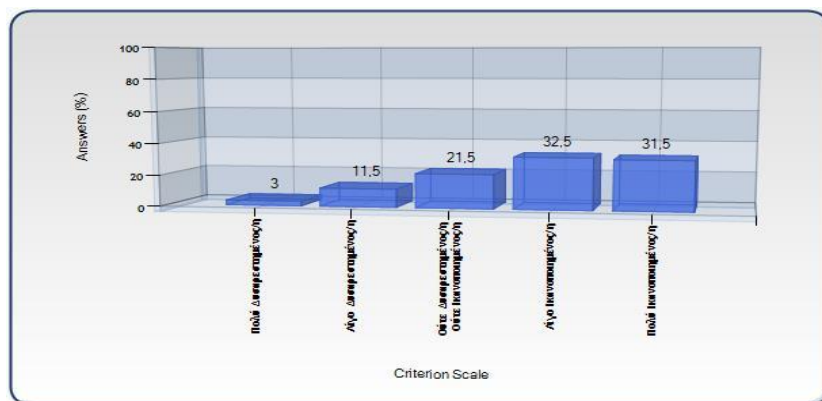
Διάγραμμα Π68 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων των Υποδομών του Νοσοκομείου



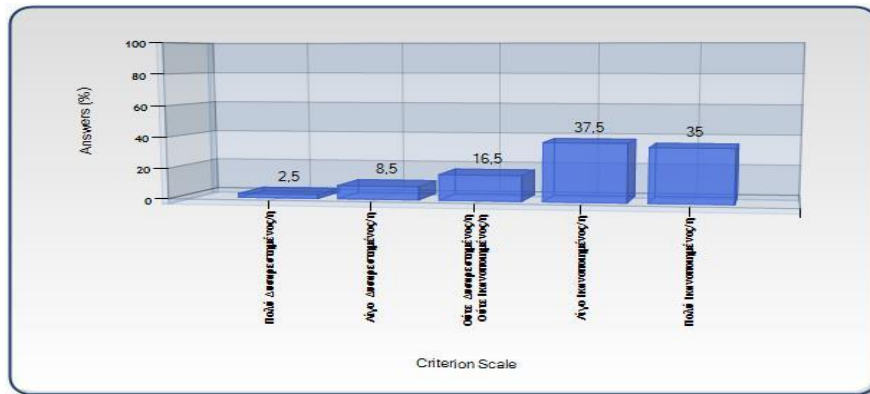
Διάγραμμα Π69 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Καθαριότητα του δωματίου σας



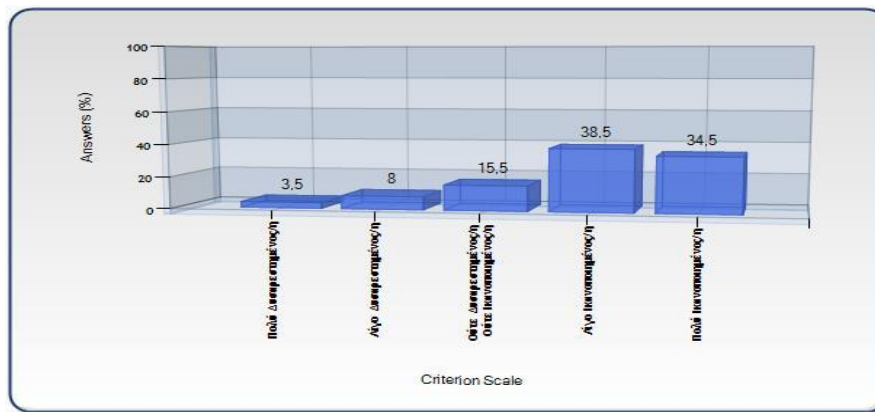
Διάγραμμα Π70 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Καθαριότητα του WC



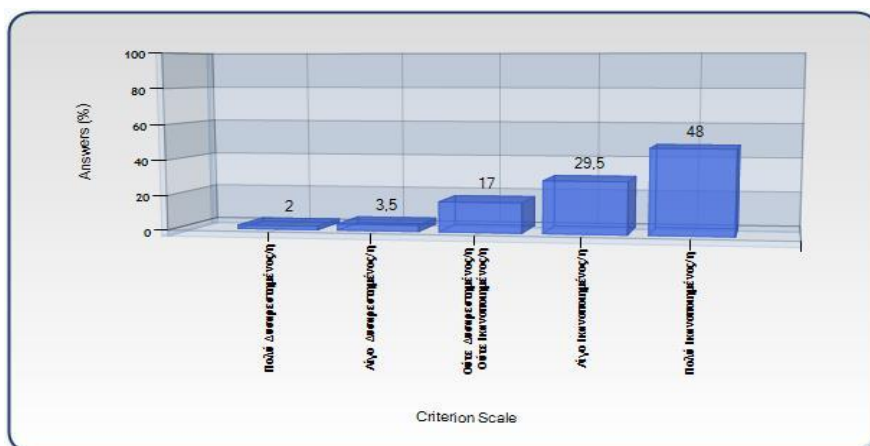
Διάγραμμα Π71 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Το επίπεδο θορύβου του χώρου



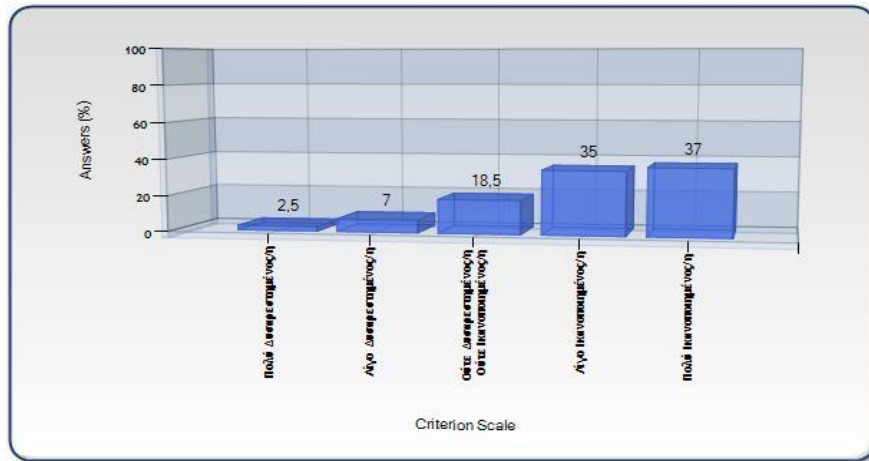
Διάγραμμα Π72 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ώρες κοινής ησυχίας



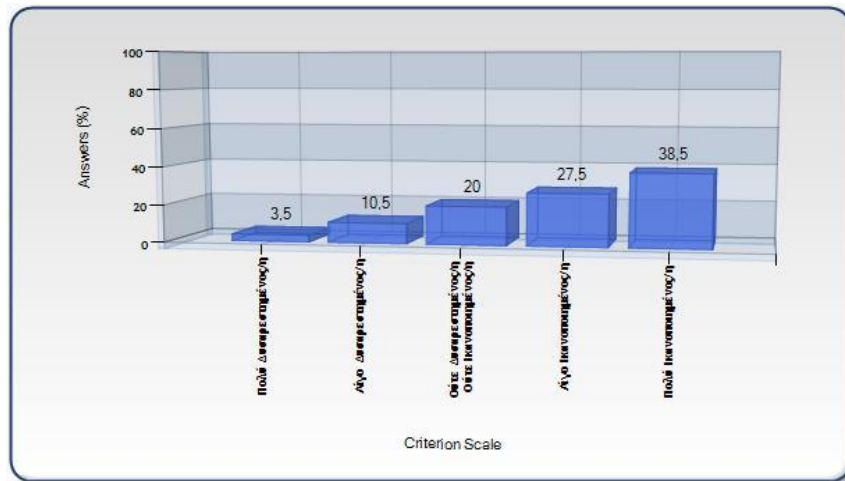
Διάγραμμα Π73 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ποιότητα του Ξενοδοχειακού εξοπλισμού που υπήρχε στο δωμάτιο (π.χ. κρεβάτι)



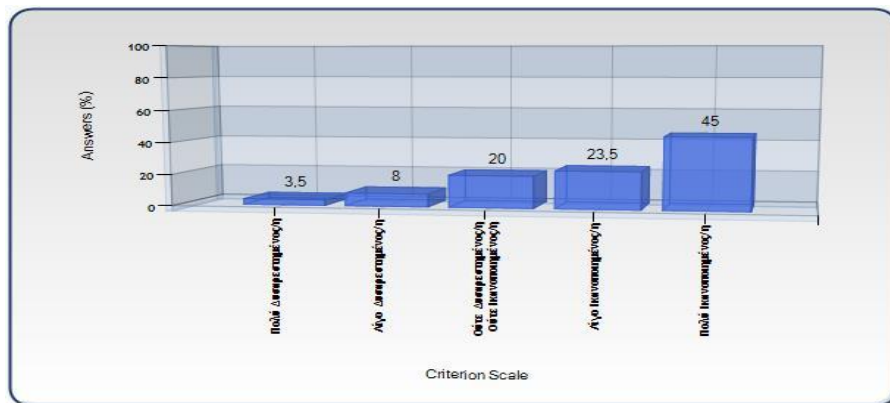
Διάγραμμα Π74 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ποιότητα του ιατρικού εξοπλισμού



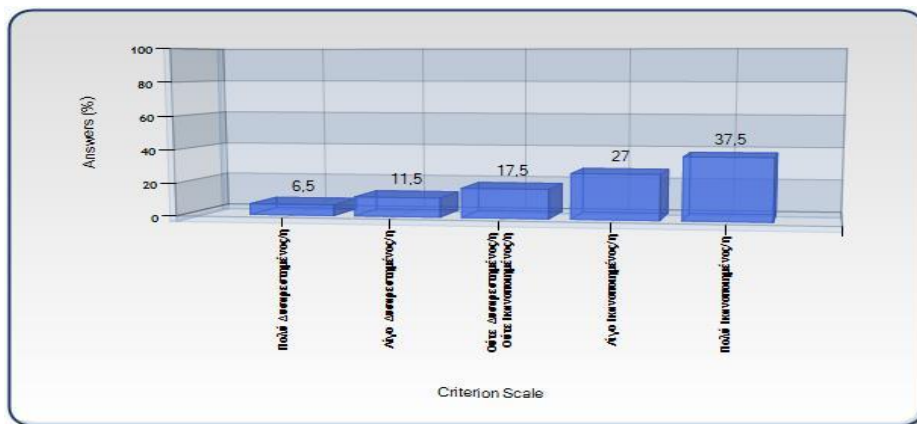
Διάγραμμα Π75 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση - ψύξη)



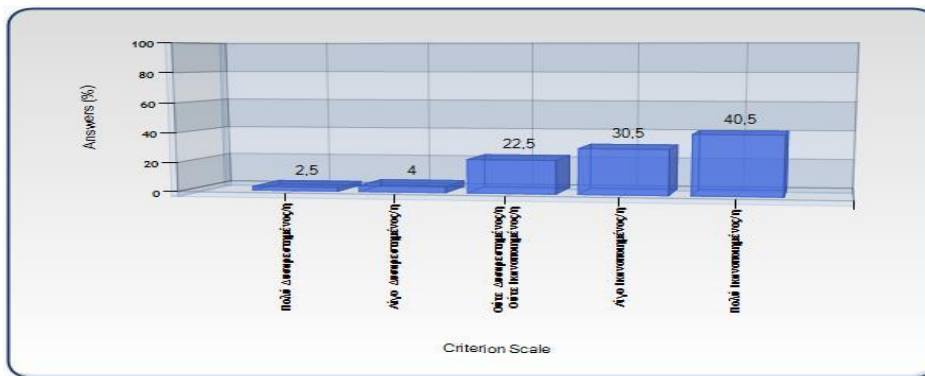
Διάγραμμα Π76 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ποιότητα του φαγητού



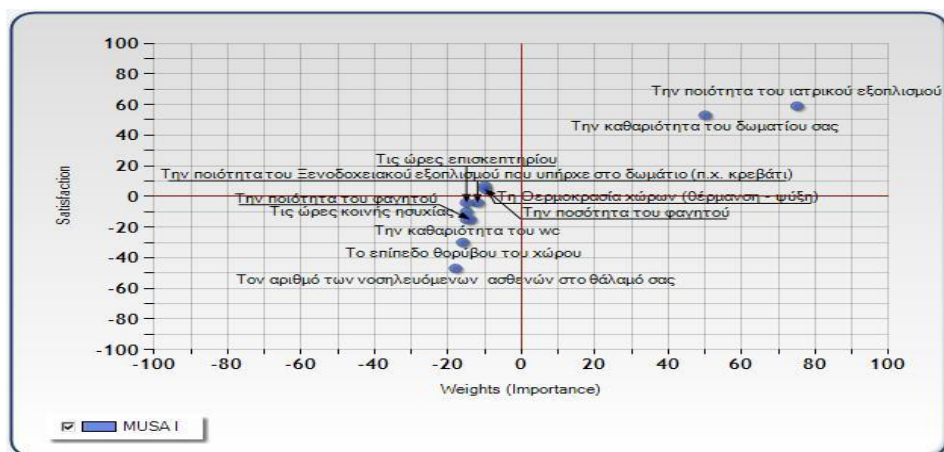
Διάγραμμα Π77 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ποσότητα του φαγητού



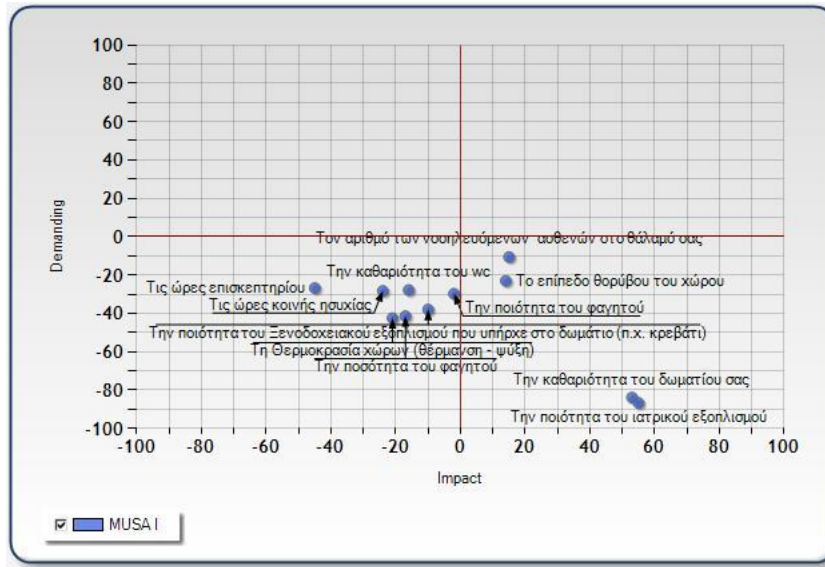
Διάγραμμα Π78 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών στο θάλαμό σας



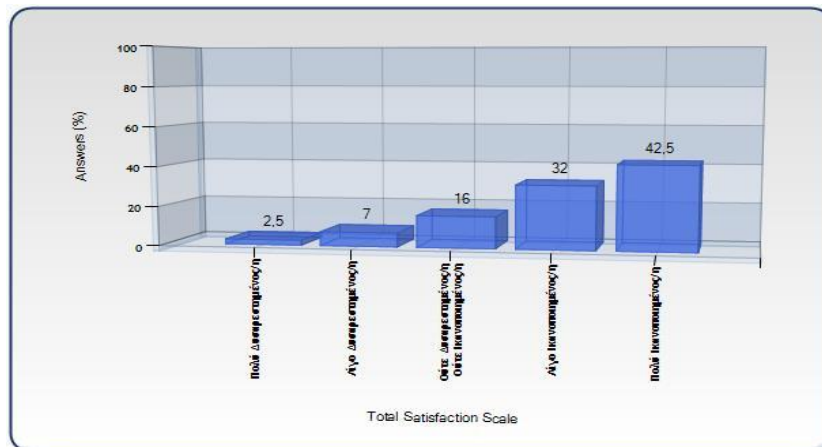
Διάγραμμα Π79 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ώρες επισκεπτηρίου



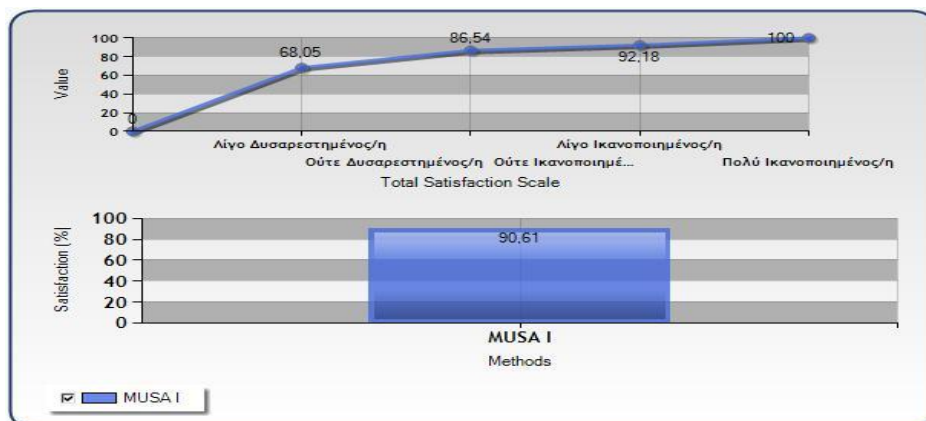
Διάγραμμα Π80 Διάγραμμα Δράσης του κριτηρίου Υποδομές Νοσοκομείου



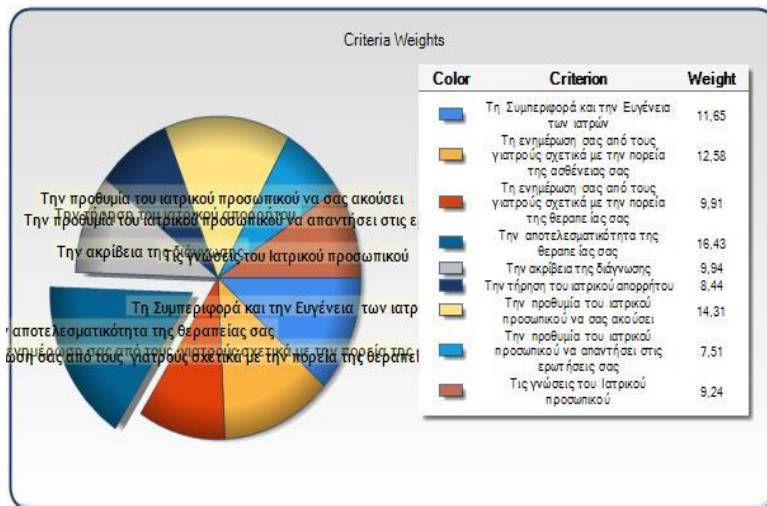
Διάγραμμα Π81 Διάγραμμα Βελτίωσης του κριτηρίου Υποδομές Νοσοκομείου



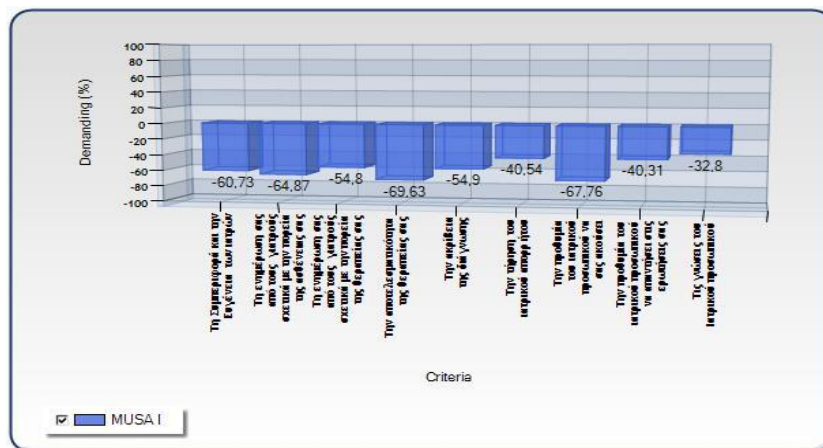
Διάγραμμα Π82 Συχνότητες Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού



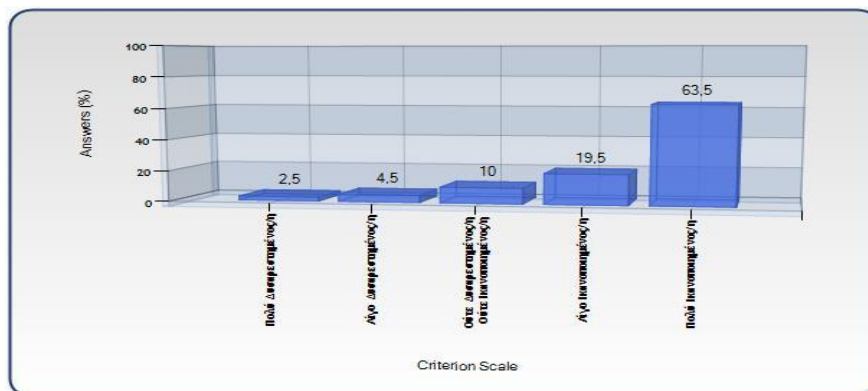
Διάγραμμα Π83 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού



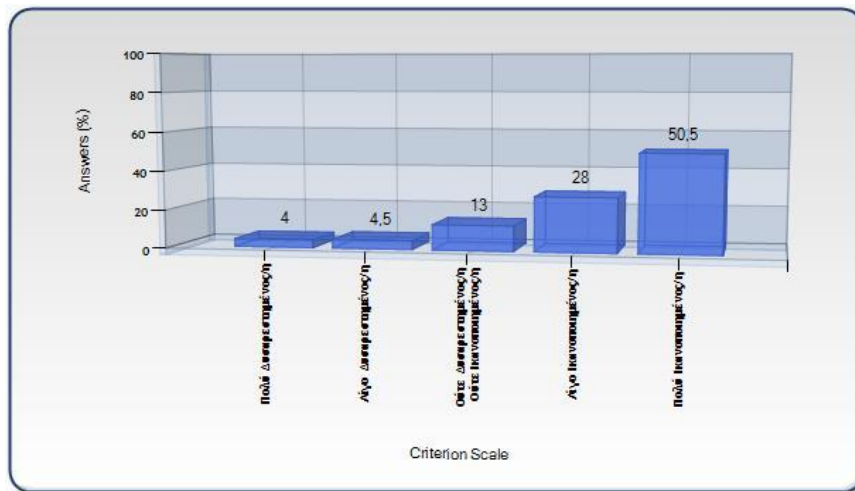
Διάγραμμα Π84 Βάρη Υποκριτηρίων των Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού



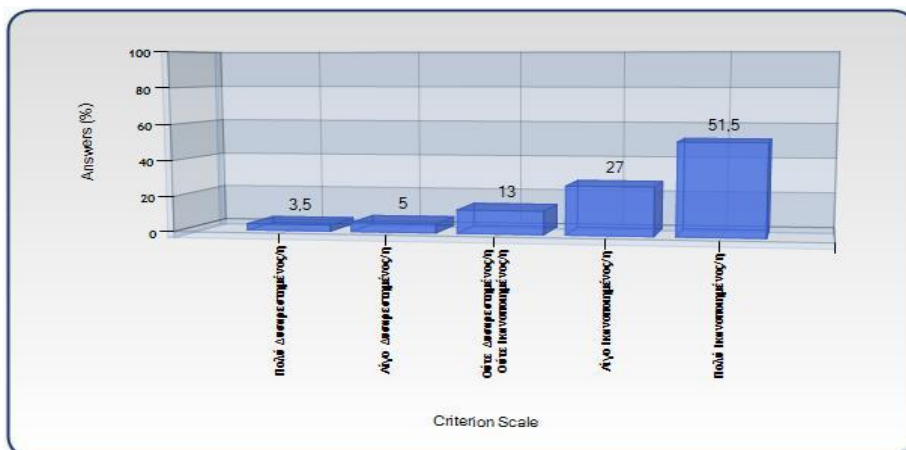
Διάγραμμα Π85 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων Υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού



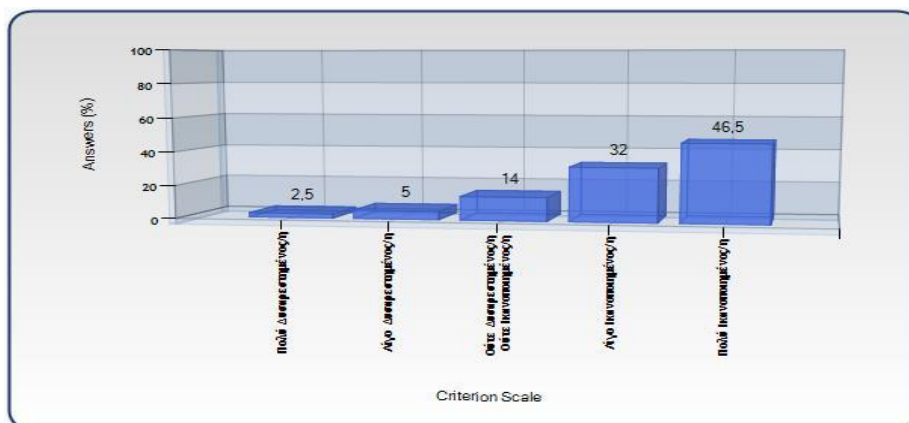
Διάγραμμα Π86 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Συμπεριφορά και την Ευγένεια των Ιατρών



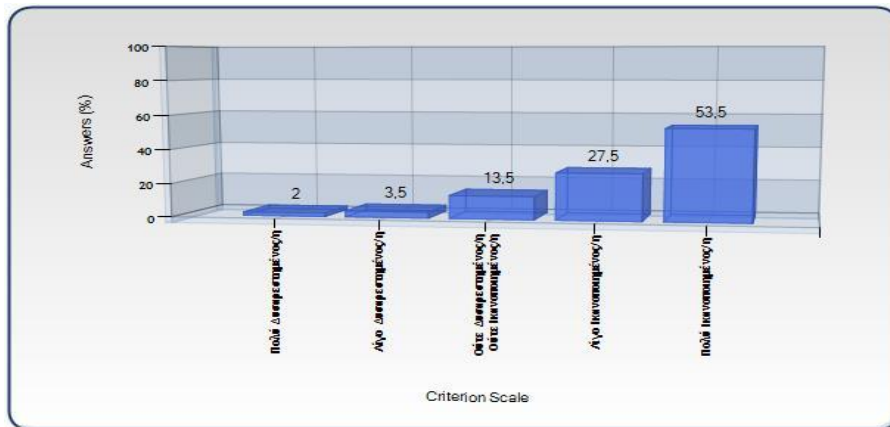
Διάγραμμα Π87 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ενημέρωσης από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειάς σας



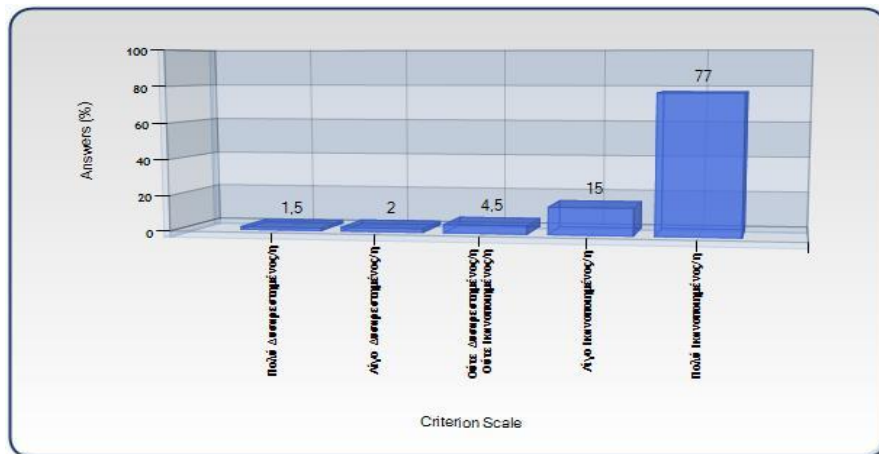
Διάγραμμα Π88 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ενημέρωσης από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της θεραπείας σας



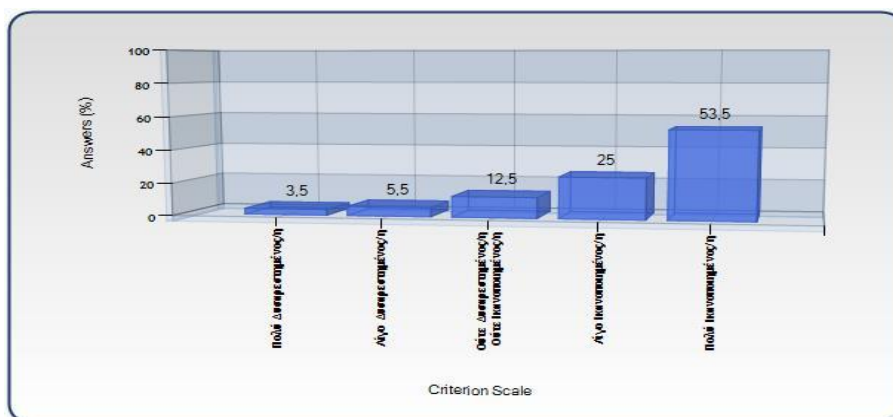
Διάγραμμα Π89 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Αποτελεσματικότητας της θεραπείας σας



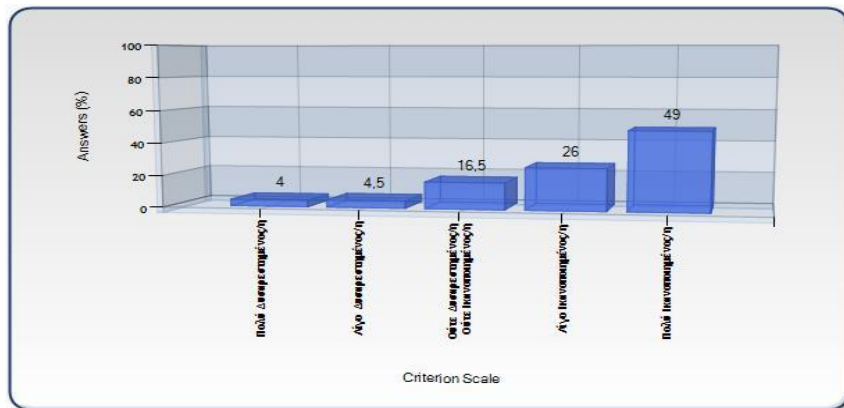
Διάγραμμα Π90 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Ακρίβεια της διάγνωσης



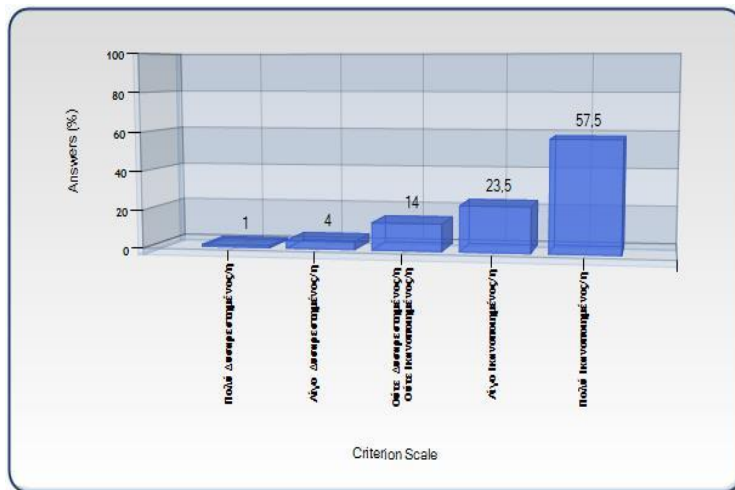
Διάγραμμα Π91 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Τήρηση του ιατρικού απορρήτου



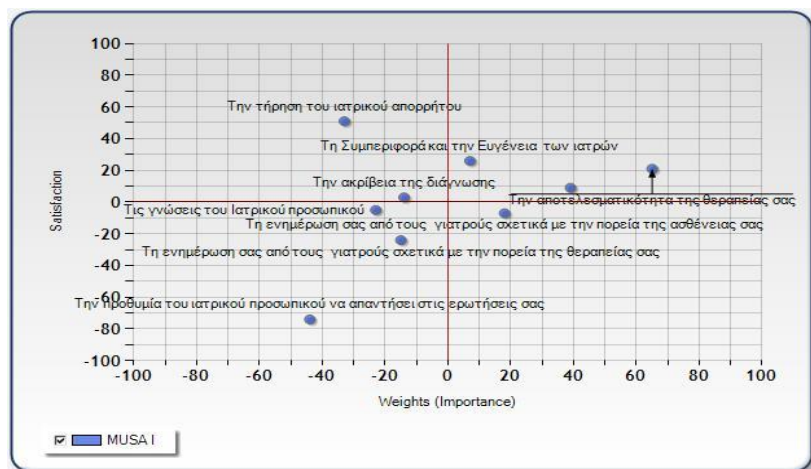
Διάγραμμα Π92 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Προθυμία του ιατρικού προσωπικού να σας ακούσει



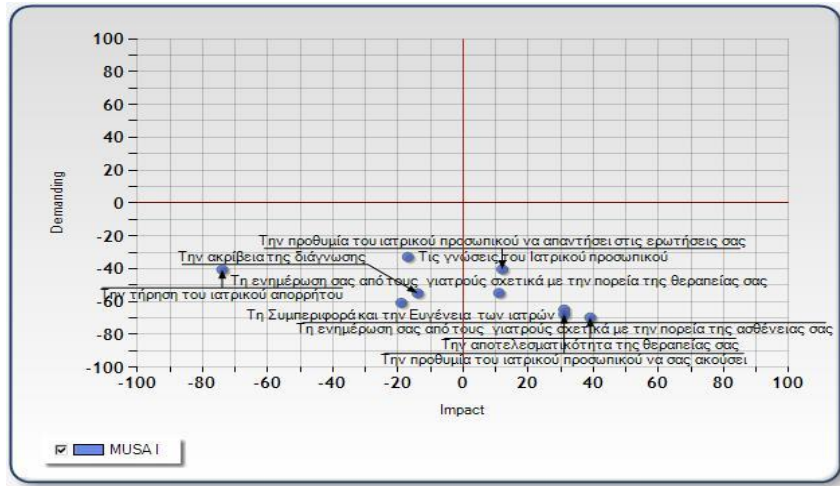
Διάγραμμα Π93 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Προθυμία του ιατρικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας



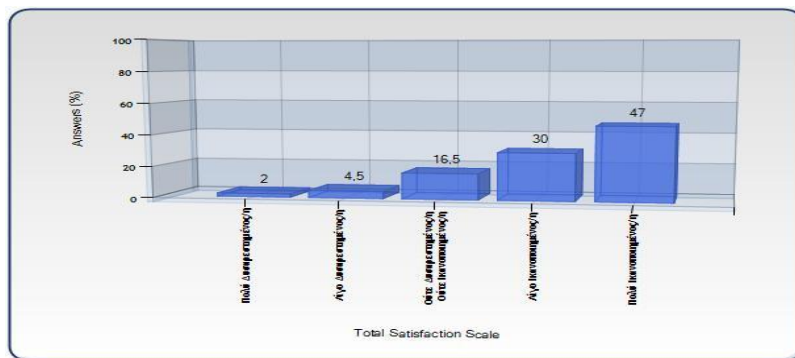
Διάγραμμα Π94 Συχνότητες Απαντήσεων Υποκριτηρίου Γνώσεις του Ιατρικού προσωπικού



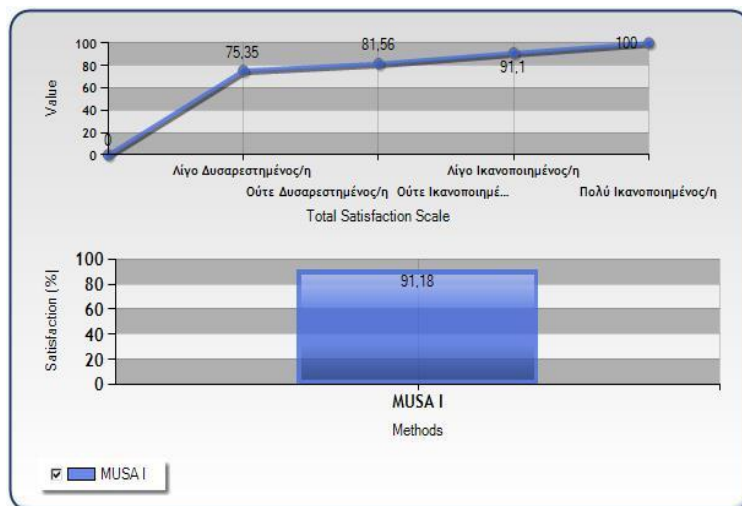
Διάγραμμα Π95 Διάγραμμα Δράσης του κριτηρίου Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού



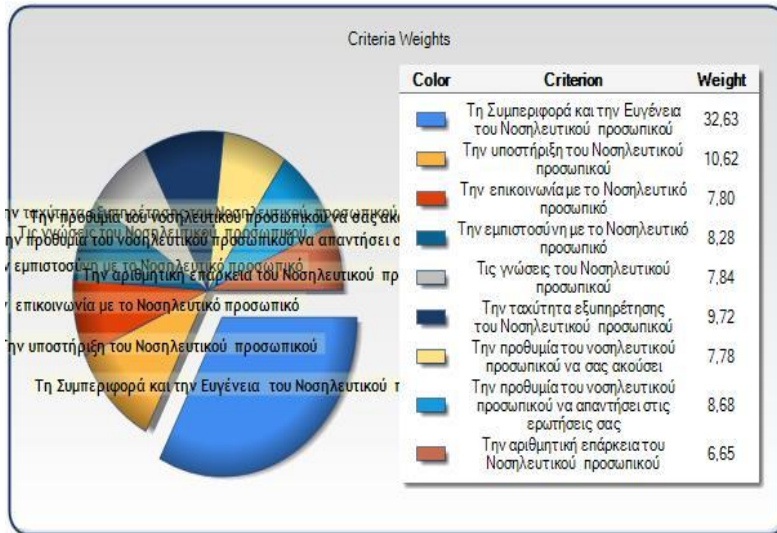
Διάγραμμα Π96 Διάγραμμα Βελτίωσης του κριτηρίου Υπηρεσίες Ιατρικού Προσωπικού



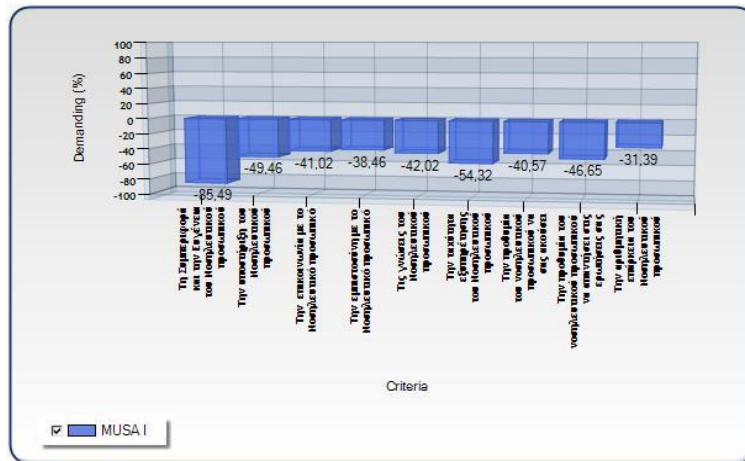
Διάγραμμα Π97 Συχνότητες Ικανοποίησης των Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού



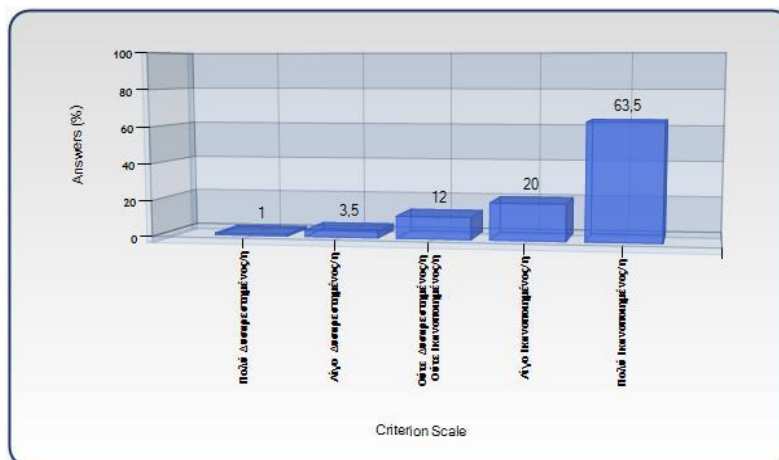
Διάγραμμα Π98 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης των Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού



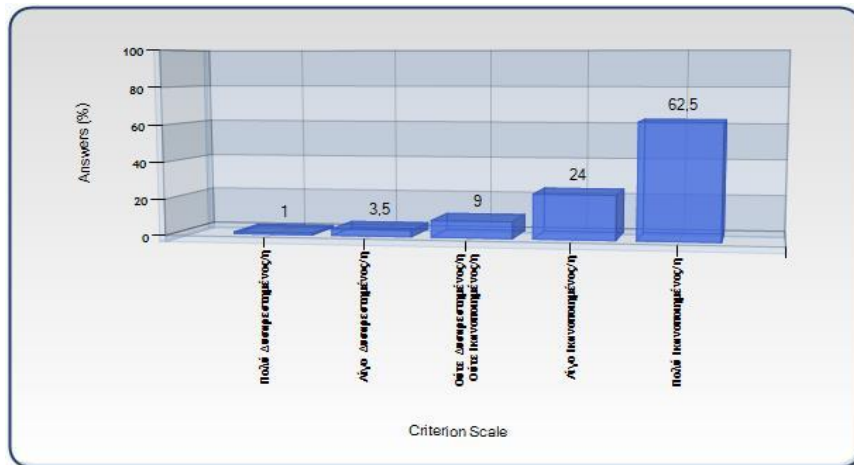
Διάγραμμα Π199 Βάρη Υποκριτηρίων των Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού



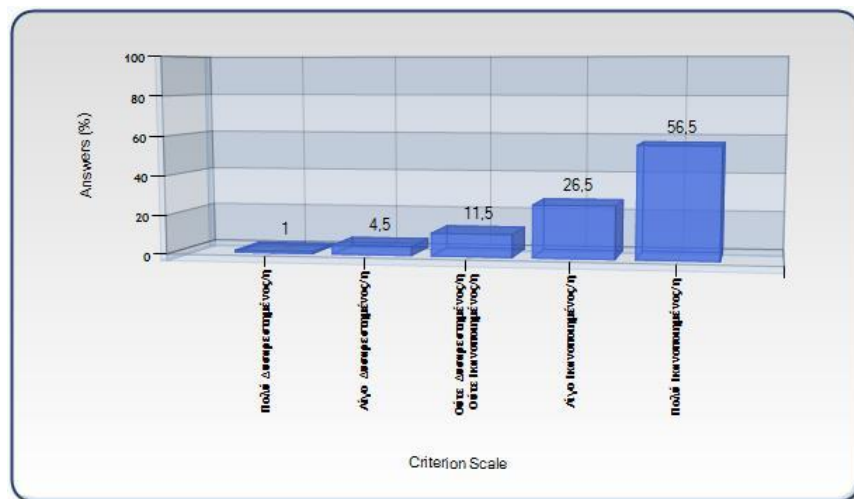
Διάγραμμα Π100 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων των Υπηρεσιών Νοσηλευτικού Προσωπικού



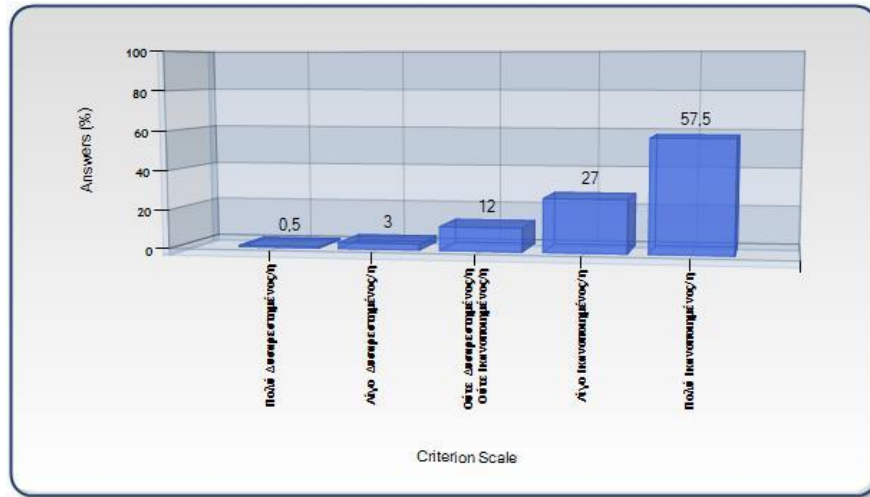
Διάγραμμα Π101 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκρίτηριο τη Συμπεριφορά και την Ευγένεια του Νοσηλευτικού προσωπικού



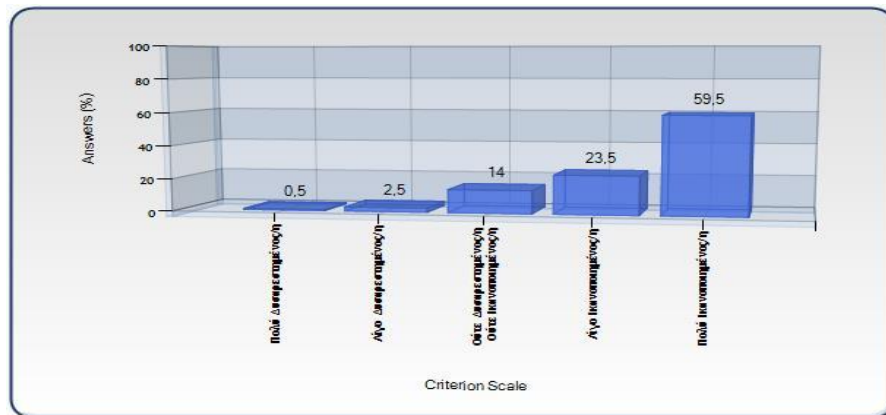
Διάγραμμα Π102 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Την υποστήριξη του Νοσηλευτικού προσωπικού



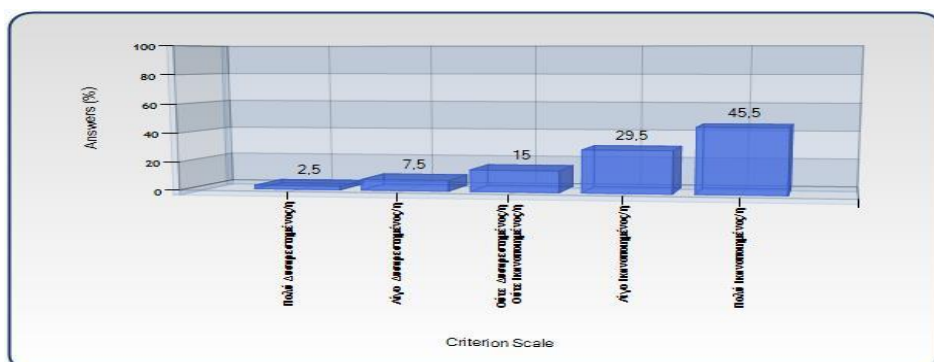
Διάγραμμα Π103 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Την επικοινωνία με το Νοσηλευτικό προσωπικό



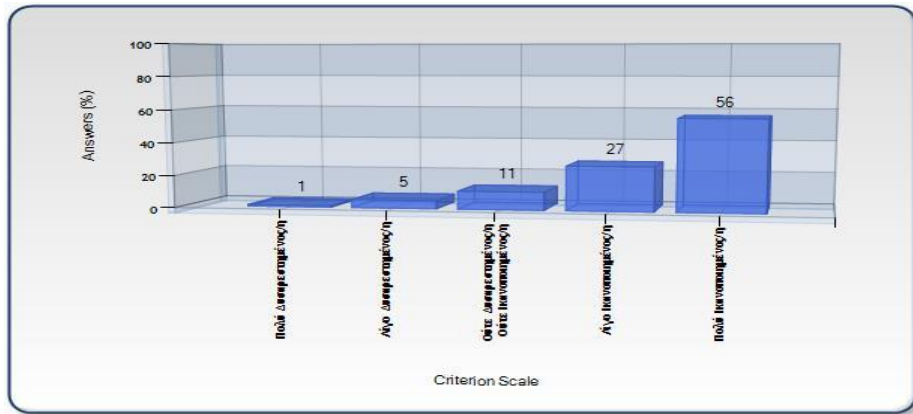
Διάγραμμα Π104 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Την εμπιστοσύνη με το Νοσηλευτικό προσωπικό



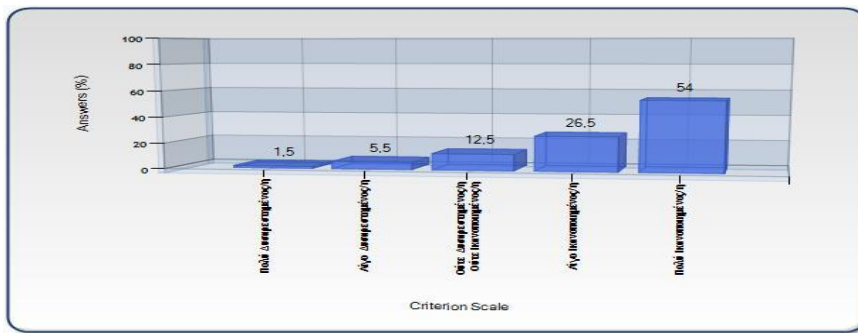
Διάγραμμα Π105 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Τις γνώσεις του Νοσηλευτικού προσωπικού



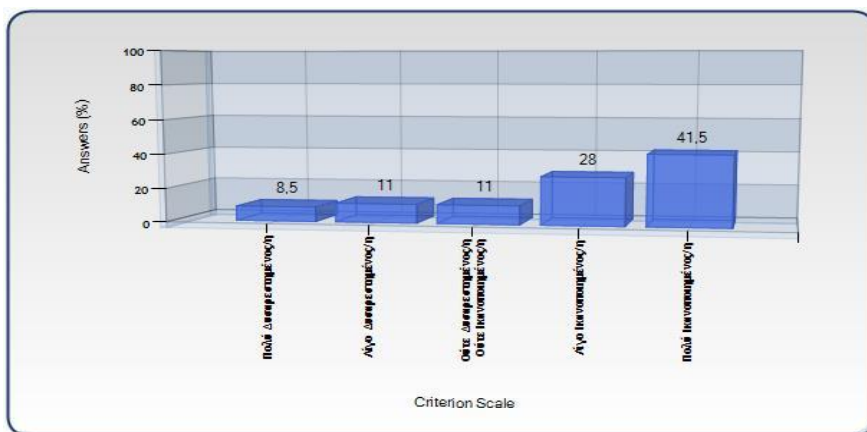
Διάγραμμα Π106 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Την ταχύτητα εξυπηρέτησης του Νοσηλευτικού προσωπικού



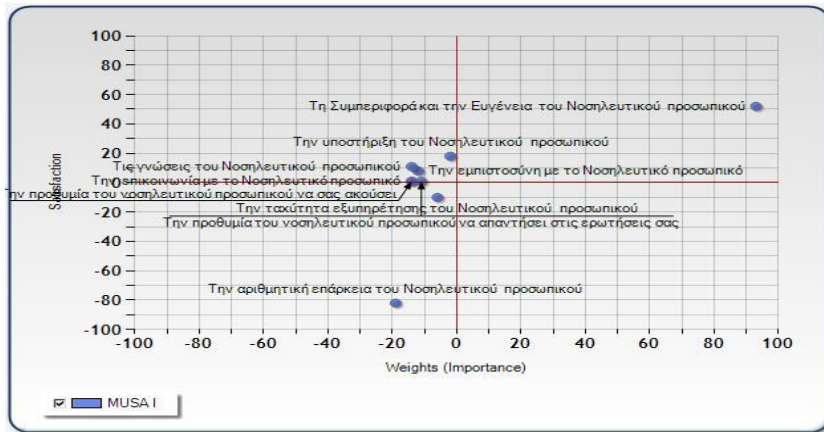
Διάγραμμα Π107 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να σας ακούσει



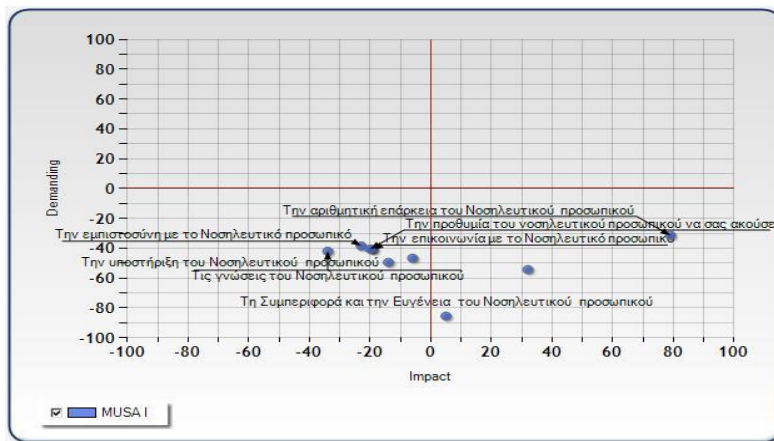
Διάγραμμα Π108 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις σας



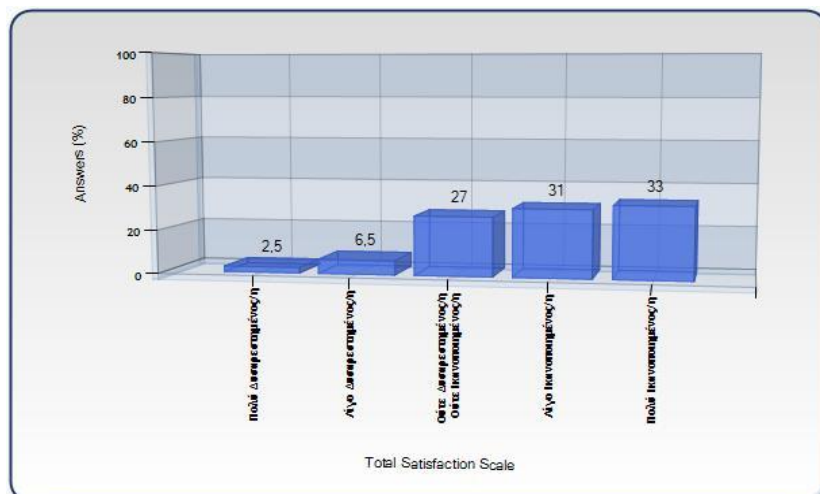
Διάγραμμα Π109 Συχνότητες Απαντήσεων για το υποκριτήριο Την αριθμητική επάρκεια του Νοσηλευτικού προσωπικού



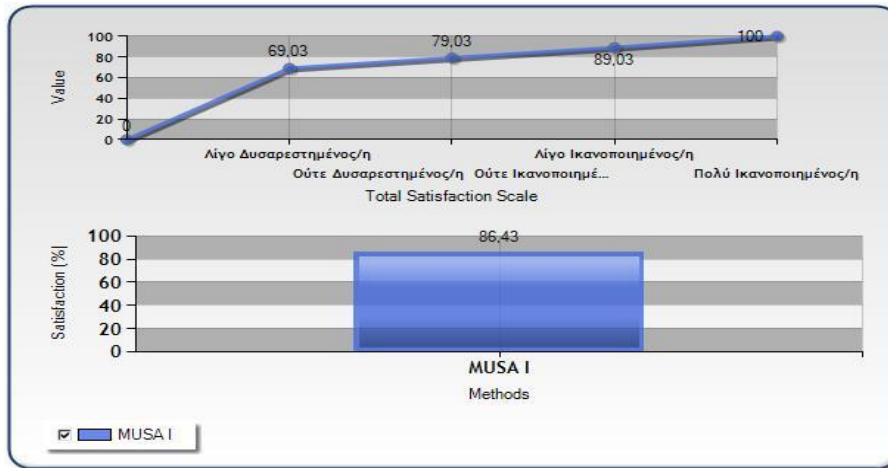
Διάγραμμα Π110 Διάγραμμα Δράσης του κριτηρίου Υπηρεσίες Νοσηλευτικού Προσωπικού



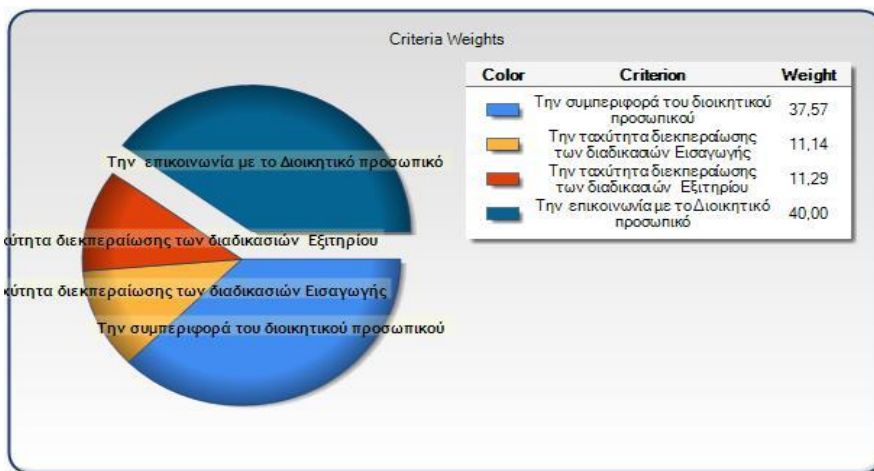
Διάγραμμα Π111 Διάγραμμα Βελτίωσης του κριτηρίου Υπηρεσίες Νοσηλευτικού Προσωπικού



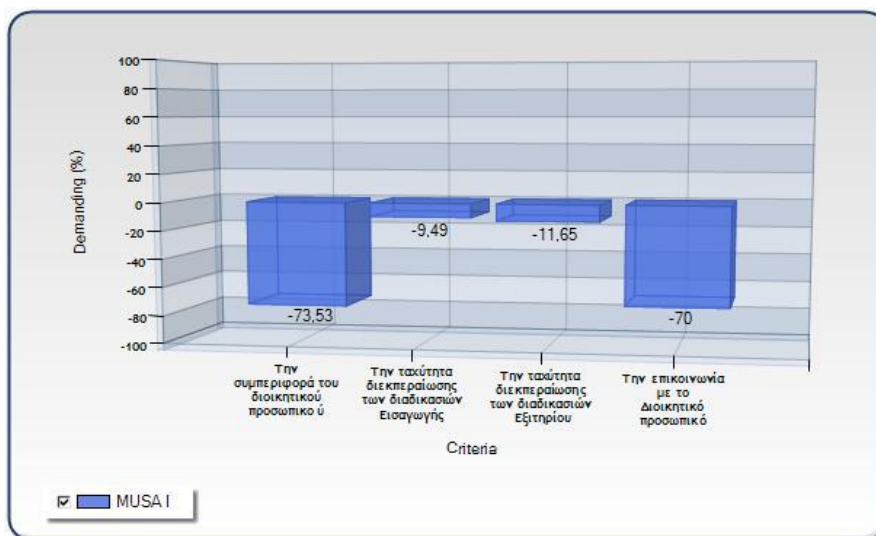
Διάγραμμα Π112 Συχνότητες Ικανοποίησης των Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



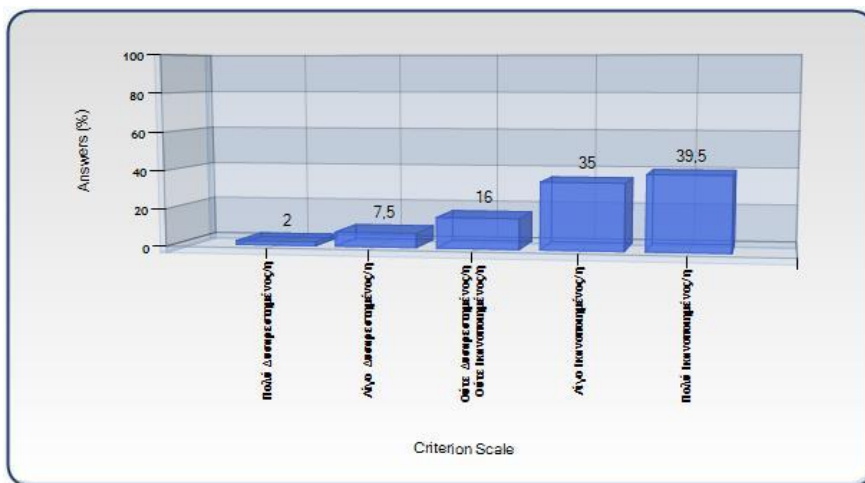
Διάγραμμα Π113 Δείκτης Ολικής Ικανοποίησης των Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



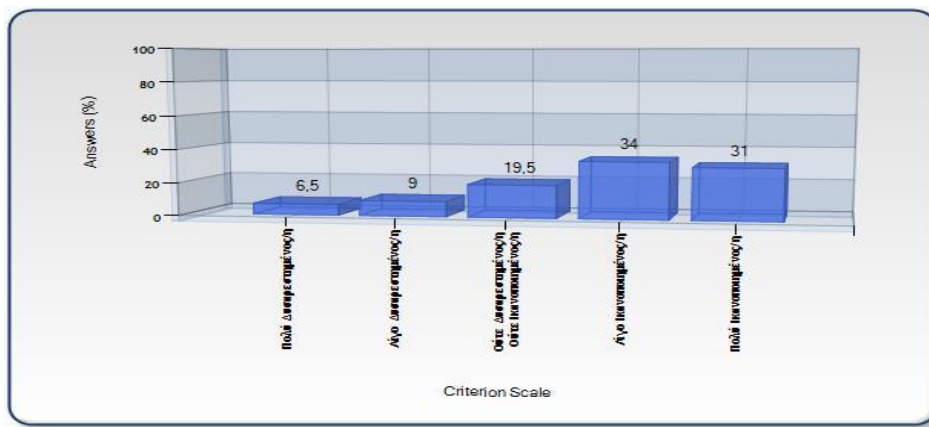
Διάγραμμα Π114 Βάρη Υποκριτηρίων των Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



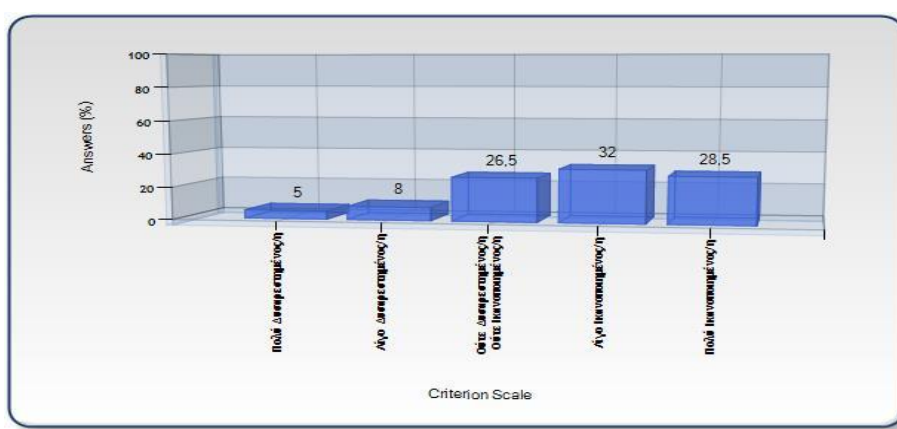
Διάγραμμα Π115 Μέσος Δείκτης Απαιτητικότητας Υποκριτηρίων των Υπηρεσιών Διοικητικού Προσωπικού



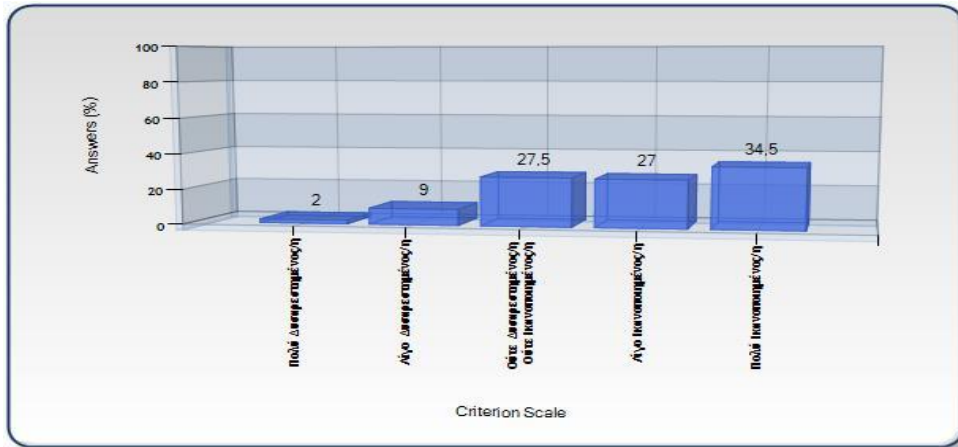
Διάγραμμα Π116 Συχνότητες Απαντήσεων για το Υποκριτήριο Την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού



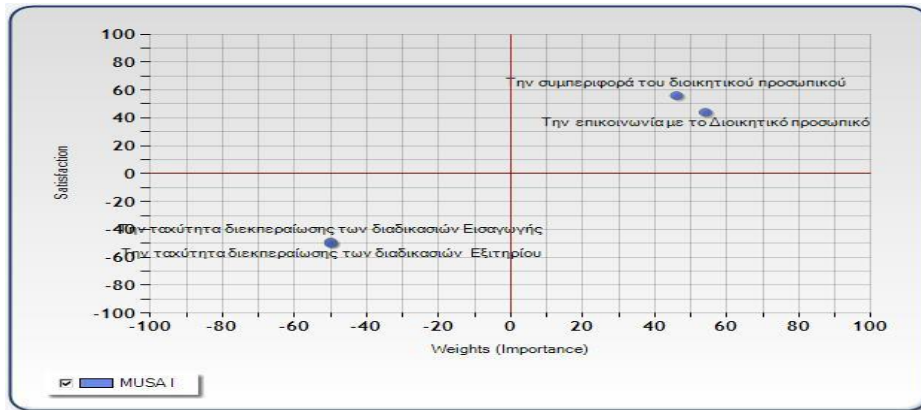
Διάγραμμα Π117 Συχνότητες Απαντήσεων για το Υποκριτήριο Την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών Εισαγωγής



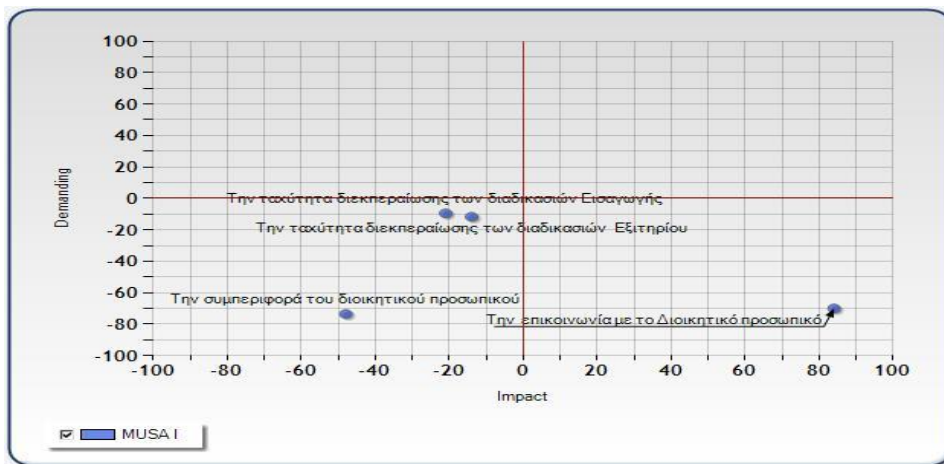
Διάγραμμα Π118 Συχνότητες Απαντήσεων για το Υποκριτήριο Την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών Εξιτηρίου



Διάγραμμα Π119 Συχνότητες Απαντήσεων για το Υποκριτήριο Την επικοινωνία με το Διοικητικό προσωπικό



Διάγραμμα Π120 Διάγραμμα Δράσης για το κριτήριο Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού



Διάγραμμα Π121 Διάγραμμα Βελτίωσης για το κριτήριο Υπηρεσίες Διοικητικού Προσωπικού