

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ»
Κατεύθυνση : Κοινωνική και Πολιτική Θεωρία

**«Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.
Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»**

ΤΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΒΑΡΒΑΡΕΣΣΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2011

Μέλη Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

1. Επιβλέπων: **Οικονόμου Χαράλαμπος**, Επίκουρος Καθηγητής
στον Τομέα Νεοελληνικής Κοινωνίας
2. Μέλος: **Λυδάκη Άννα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
στον Τομέα Γενικής Κοινωνιολογίας
3. Μέλος: **Σακελαρόπουλος Θεόδωρος**, Καθηγητής
στον Τομέα Νεοελληνικής Κοινωνίας

«Η θέση μου είναι πως το αντικείμενο της κοινωνιολογίας
είναι τα ανθρώπινα επιτεύγματα.
Όχι τι είναι οι άνθρωποι, αλλά τι κάνουν».

Lester Ward
Ο πρώτος Πρόεδρος της
Αμερικανικής Κοινωνιολογικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
3. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ	14
3.1. Ιστορική αναδρομή	14
3.2. Οι Σχολές της Διοίκησης	17
3.3. Η κοινωνιολογική προσέγγιση του Τεϋλορισμού και του Φορντισμού	24
3.4. Από την μαζική παραγωγή στη λιτή παραγωγή	27
4. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	30
4.1. Οι ορισμοί της ποιότητας	30
4.2. Τι είναι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)	31
4.3. Τα 14 σημεία του Deming	34
4.4. Τα θανάσιμα αμαρτήματα και νοσήματα	38
4.5. Το σχέδιο δράσης του Deming	39
4.6. Οι απόψεις του Juran για την ποιότητα	40
4.7. Philip Crosby	41
4.8. Kaoriu Ishikawa	42
4.9. Genichi Taguchi	42
4.10 John Oakland	43
4.11. Οι μελετητές της ποιότητας στον κλάδο υγείας	43
4.12. Ernest Godman	43
4.13. Avedis Danabadian	
4.14 Donald Brewick	44
4.15 John Wennber	44
5. Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	45
5.1. Ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας του νοσοκομείου	45
5.2. Η χρηματοδότηση του νοσοκομείου	48
5.3. Η ποιότητα στην υγεία	50
5.4. Η Διοίκηση ολικής ποιότητας των νοσοκομείων	53
5.5. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στον Νόμο 2889/01	56
6. Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	58
6.1. Τι είναι η διασφάλιση ποιότητας	58
6.2. Χαρακτηριστική διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	61
6.3. Πρότυπα ποιότητας	63
7. Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	69
7.1. Τι είναι η βελτίωση της ποιότητας	69
7.2. Χαρακτηριστικά βελτίωσης της ποιότητας	71
7.3. Τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας	72
7.4. Τα εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας	73
8. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	77
8.1. Οι δείκτες αποδοτικότητας	79
8.2. Ο ποιοτικός έλεγχος	80
8.3. Οι κύκλοι ποιότητας	81
9. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ	82

9.1. Η κοινωνική διάσταση της υγείας, της ασθένειας και της ιατρικής	82
9.2. Η επιστημονικοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος	85
9.3. Το ιατρικό habitus	86
10. ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	89
10.1. Τα δικαιώματα του ασθενή	89
10.2. Το Νομοθετικό πλαίσιο για την διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και στα δικαιώματα των ασθενών	90
11. Η ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	93
11.1. Η θεσμική διάσταση της ενημέρωσης στην επικοινωνιακή σχέση γιατρού και ασθενή	93
11.2. Η επικοινωνιακή σχέση γιατρού και ασθενή	94
11.3. Η σχέση νοσηλεύτη και ασθενή	97
12. ΟΙ ΔΥΟ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	98
12.1. Η ικανοποίηση του ασθενή	98
12.2. Η δυσaréσκεια του ασθενή	102
12.3. Οι δείκτες ικανοποίησης του ασθενή	103
13. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ..	106
13.1. Ο ιδεότυπος της ικανοποίησης	106
13.2. Η φαινομενολογική αντίληψη για την ικανοποίηση	107
13.3. Η αντίληψη της συμβολικής διαντίδρασης για την ικανοποίηση	110
13.4. Η επιτηρησιακή ικανοποίηση στη σχέση γιατρού και ασθενή	112
13.5. Η δομολειτουργική αντίληψη για την ικανοποίηση	114
15. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	116
15.1. Η μέθοδος της αξιολόγησης	116
15.2. Η δομή του ερωτηματολογίου	116
15.3. Η δοκιμαστική έρευνα	119
15.4. Η έρευνα	120
16. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	122
16.1. Α. Περιγραφή δείγματος	122
16.2. Β. Ικανοποίηση ασθενών	122
16.3. Γ. Ικανοποίηση ασθενών (ανά τομέα)	123
16.3.1. Υποδοχή και διαμονή	123
16.3.2. Ιατρική παρακολούθηση	124
16.3.3. Νοσηλευτική φροντίδα	125
16.3.4. Γενική εξυπηρέτηση	126
16.4. Δ. Συσχέτιση των ανεξάρτητων μεταβλητών με τις εξαρτημένες μεταβλητές	127
16.4.1. Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών με το φύλο	127
16.4.2. Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών με την ηλικία	128
16.4.3. Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών με τον τύπο νοσηλείας	128
16.4.4. Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών με διάρκεια νοσηλείας	129
16.4.5. Συγκριτικά με άλλες έρευνες	129
17. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	130
18. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	133
19. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	135
20. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	139

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κοινωνιολογική αντίληψη για την διοίκηση ερευνά την δομή και την λειτουργία των κοινωνικών ομάδων, την εξέλιξή τους και την αλληλεπίδραση τους, ως προς το έργο της λήψης των αποφάσεων για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των ανθρωπίνων και υλικών πόρων. Διοίκηση των επιχειρήσεων σημαίνει την μέριμνα για την καλή λειτουργία των οικονομικών μονάδων στο ανταγωνιστικό περιβάλλον της αγοράς.

Η οικονομική ανάπτυξη, η επιστημονική πρόοδος και οι νέες τεχνολογίες θέτουν επί τάπητος εκτός από τα ζητήματα της αύξησης και της διανομής των αγαθών και των υπηρεσιών, και εκείνα του ποιοτικού τους περιεχομένου για την ικανοποίηση των ανθρωπίνων αναγκών.

Η λιτή παραγωγή ως η μετεξέλιξη και η διαλεκτική άρνηση της μαζικής παραγωγής του Τεϋλορισμού - Φορντισμού, προβάλλει την νέα διαχειριστική αντίληψη της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, με πρωτεύοντα σκοπό την εξατομικευμένη ικανοποίηση των αναγκών των συμμετεχόντων στη διαδικασία της παραγωγής και της κατανάλωσης. Αν και η καθολική κοινωνική ευημερία ήταν το ζητούμενο ακόμα και για τον Δυτικό κόσμο πριν από την εκδήλωση της κρίσης, η ιδεοτυπική της σύλληψη δεν αποτελεί το διανόημα μιας κοινωνίας που δοκιμάζεται, αλλά μια αναγκαιότητα που λειτουργεί ως βιωματική εμπειρία μιας ορθολογικά προσανατολισμένης δράσης προβάλλοντας την ουτοπία, ως αξιακό ιδανικό.

Ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους πιο ευαίσθητους και απαιτητικούς χώρους παροχής ποιοτικού έργου, γιατί η υγεία ως μια κατάσταση ευεξίας του ανθρώπου δύναται να προσβληθεί από ασθένειες και άλλους νοσογόνους παράγοντες.

Η παρούσα εργασία διαπραγματεύεται τα ζητήματα της ποιότητας στην παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας υπό το πρίσμα της κοινωνιολογικής προβληματικής για την άποψη του ασθενή, με δείκτες αξιολόγησης την ικανοποίηση και την δυσaráεσκείά του αξιοποιώντας τα πορίσματα των κοινωνιολογικών θεωριών.

Η κοινωνιολογική προσέγγιση της ικανοποίησης δεν περιορίζεται στο «παράδειγμα» της επιστημονικής ιατρικής, αλλά ανιχνεύει μέσα από τον πλουραλισμό του κοινωνιολογικού πεδίου τις αντιλήψεις που μπορούν να ερευνήσουν το φαινόμενο της ικανοποίησης του ασθενή.

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλες οι κοινωνίες πρέπει να εξασφαλίζουν τους αναγκαίους πόρους για την επιβίωση των μελών τους. Η συγκρότηση των κοινωνιών και των επί μέρους ομάδων απαιτεί την οργάνωση των λειτουργιών τους για τους εκτελούμενους σκοπούς, οι οποίοι επιτυγχάνονται μέσα σε ένα σύστημα καταμερισμού εργασίας και κατανομής ευθυνών σε μια ιεραρχική κλίμακα εξουσίας.

Από τους αρχαίους χρόνους έως και την βιομηχανική επανάσταση οι κοινωνίες εξαρτιόταν από το κυνήγι, την συλλογή καρπών, την γεωργία, το εμπόριο και την μικρής κλίμακας παραγωγικής επεξεργασίας των πρώτων υλών σε τελικά προϊόντα με κινητήριες πηγές ενέργειας τις αυτούσιες φυσικές δυνάμεις.

Στην αρχαία Ελλάδα και σε άλλους αρχαίους πολιτισμούς τα ζητήματα του καταμερισμού των ανθρώπινων δυνάμεων της εργασίας της διοικητικής και της οργάνωσης μιας κοινωνίας στα πλαίσια της πόλης, απασχόλησαν την φιλοσοφική σκέψη όπως του Πλάτωνα, του Αριστοτέλη και του ποιητή Ησιόδου.

Μέχρι την βιομηχανική επανάσταση η οικονομική οργάνωση της παραγωγής εξελίχθηκε έως τη βιοτεχνική παραγωγή στο καθεστώς των Μεσαιωνικών συντεχνιών.

Η βιομηχανική παραγωγή αξιοποιώντας την ενεργειακή δύναμη του ατμού έδωσε την δυνατότητα της επεξεργασίας των πρώτων υλών που παρείχε η φύση ή παρήγαγε ο άνθρωπος στην περαιτέρω μεταποίησή τους σε τελικά προϊόντα.

Η ενσωμάτωση της μηχανής στην παραγωγική διαδικασία απασχόλησε και τους θεωρητικούς των κοινωνικών επιστημών. Στη συλλογιστική του Max και των επιγόνων του οι νέες δυνάμεις της παραγωγής ως η σύζευξη των μέσων της παραγωγής και της εργατικής δύναμης, διαμορφώνουν νέες σχέσης παραγωγής προκαλώντας το γεγονός της κοινωνικής παραγωγής.

Στον Max Weber η πρόοδος της τεχνολογίας με τις διαιρέσεις και τις υποδιαιρέσεις των λειτουργιών, έκαναν δυνατή την ανάπτυξη της γραφειοκρατίας με την εξουσιαστική δομή της εξουσίας και τις απρόσωπες σχέσεις, ως τον πλέον εκλογικευμένο τύπο οργανωτικής συμπεριφοράς.

Η επίδραση της τεχνολογίας στις κοινωνικές δομές απασχόλησε και τον Thorstein Veblen. Η παρουσία της μηχανής χαρακτηρίζει τον Δυτικό πολιτισμό. «Αυτό που το γοήτευε ήταν η μηχανή. Έβλεπε την κοινωνία εξουσιασμένη από την μηχανή, παγιδευμένη στην τυποποίησή της, συγχρονισμένη στον ομαλό κύκλο της λειτουργίας της, προσαρμοσμένη στην επιμονή της για ορθότητα και ακρίβεια». (Heilbroner, 2003, 320).

Τα εργοστάσια ως μονάδες παραγωγής απαιτούσαν ένα νέο τρόπο διοίκησης ώστε με τον καταμερισμό της εργασίας και την εξειδίκευση βελτιώθηκε η απόδοση από ότι αν ένα άτομο κατασκεύαζε το προϊόν από την αρχή ως το τέλος.

Ο Frederic Taylor αντιλαμβανόμενος τις νέες συνθήκες που γεννήθηκαν στους χώρους παραγωγής, επεξεργάζεται ένα σύστημα ορθολογικής οργάνωσης της εργασίας με την επιστημονική μελέτη των σχέσεων που υφίστανται ανάμεσα στον εργάτη και στις σύγχρονες μεθόδους παραγωγής, θεμελιώνοντας την Επιστημονική Οργάνωση της Εργασίας ως την θετικιστική αντίληψη για την διοίκηση.

Ο Henry Fayol μελέτησε την εργασία των διοικητικών στελεχών ταξινομώντας τις διοικητικές λειτουργίες.

Ο Foucault εξετάζει την εξουσιαστική δομή του οργανισμού μέσω της πανοπτικής επιτήρησης των ανθρώπων στην αρχιτεκτονική του χώρου ενός οργανισμού.

Σημαντική είναι η συμβολή της σχολής των ανθρώπινων σχέσεων με τους Munsterberg, Mayo και Mc Gregor, ερεύνησαν την ψυχική συνένωση του εργαζόμενου με την λειτουργία του εργοστασίου και με την ολική ανέλιξη της εργασίας. Τα ηγετικά στελέχη της επιχείρησης πρέπει να πείθουν, να διαβεβαιώνουν αντί να δίνουν χωρίς εξηγήσεις διαταγές και ο εργάτης πρέπει να ξεφύγει από την προσήλωση του μόνο στα μερικά καθήκοντα.

Η βιομηχανική κοινωνία χαρακτηρίζεται από την μαζική παραγωγή και τις θέσεις ελέγχου και εποπτείας της εκτελεστικής εργασίας στην Τεϋλορική οργανωτική δομή της επιχείρησης. Οι κάτοχοι των θέσεων αυτών μορφοποιούν τη νέα μεσαία τάξη η οποία στρωματοποιείται με βάση τον ρόλο εποπτείας και ελέγχου στην παραγωγική διαδικασία. Ο Φορντισμός ως ο

επιχειρηματικός πυρήνας της μαζικής παραγωγής, προϋποθέτει την μαζική κατανάλωση μέσω των πολιτικών της ρύθμισης της οικονομίας και της διατήρησης της ενεργού ζήτησης.

Η εξέλιξη στη παραγοντική δομή οδήγησε στο ξεπέρασμα του Τεϋλορισμού – Φορντισμού από την λιτή παραγωγή του Τογιοτισμού η οποία δεν δίνει έμφαση στη ποσότητα της μαζικής παραγωγής αλλά στην ποιότητα της λιτής παραγωγής, η οποία ανταποκρίνεται στην ικανοποίηση των αναγκών των ευημερούντων στρωμάτων με την αποτελεσματικότερη διαχείριση των υλικών και ανθρωπίνων πόρων στην παραγωγική διαδικασία.

Το γεγονός αυτό ανοίγει ένα νέο κεφάλαιο στην οργάνωση των επιχειρήσεων, την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Η επιδίωξη της ποιότητας για την ικανοποίηση των αναγκών επανατοποθετεί το πεδίο δράσης του επιτελούμενου διοικητικού έργου για τον επανακαθορισμό των ρόλων των εργαζομένων στις λειτουργίες της διοικητικής δομής.

Ο Αμερικανός στατιστικολόγος Deming έδωσε την απάντηση με τα 14 σημεία του διαπαιδαγωγώντας το Ιαπωνικό επιχειρείν ενώ ταυτόχρονα ο Juran ασχολήθηκε με την οργανωτική εφαρμογή της νέας φιλοσοφίας στις ιαπωνικές επιχειρήσεις.

Ο χώρος της υγείας αποτελεί το κατεξοχήν πεδίο εφαρμογής της ποιότητας για την ικανοποίηση του ανθρώπου με σκοπό την ευεξία του και την διαχείριση της ιατρικής γνώσης για την πρόληψη και θεραπεία του από τις ασθένειες.

Το νοσοκομείο αποτελεί το χαρακτηριστικό παράδειγμα διοίκησης οργανισμού όπου συνυπάρχουν η διοικητική και η ιατρική εξουσία με πολλά γνωστικά και επαγγελματικά πεδία. Ο άρρωστος εισερχόμενος στο νοσοκομείο δεν έχει επαρκή πληροφόρηση για την επιλογή της θεραπείας που θα ακολουθήσει. Ο γιατρός κατέχοντας την επιστημονική γνώση εφαρμόζει στον ασθενή τη θεραπευτική αγωγή επιλέγοντας τα φάρμακα και τα υλικά, το δε οικονομικό αντίτιμο της νοσηλείας το καταβάλλει ο ασφαλιστικός φορέας. Το νοσοκομείο ως ο αποτελεσματικότερος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζοντας

την ποιότητα στην υγειονομική φροντίδα συμβάλλει στη βελτίωση και των άλλων τομέων του υγειονομικού συστήματος.

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στην παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα επιτυγχάνεται με την επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού, με τη ταυτόχρονη καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών κάνοντας χρήση των ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων. Η βελτίωση της νοσοκομειακής φροντίδας αφορά τους άμεσα και έμμεσα εμπλεκόμενους όπως τους ασθενείς «εξωτερικούς πελάτες», τους επαγγελματίες υγείας «εσωτερικούς πελάτες», τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τους ασφαλιστικούς φορείς, το κράτος και την κοινωνία.

Η επίτευξη της ποιότητας αποτελεί συνάρτηση του βαθμού ικανοποίησης του πελάτη / ασθενή σε σχέση με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του.

Ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι οτιδήποτε αφορά τον ασθενή. Ό,τι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος.

Η άποψη του ασθενή για την παρεχόμενη ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας υγείας σχηματίζεται με τον βαθμό της ικανοποίησης του από αυτή, η οποία όμως διαφοροποιείται στην αξιολογική κρίση του ασθενή από άλλες παρεχόμενες υπηρεσίες, εξαιτίας του γεγονότος ότι ο ασθενής έχει έλλειψη πληροφόρησης για την νόσο και την θεραπεία της και ότι βρίσκεται σε κατάσταση αβεβαιότητας.

Η ικανοποίηση του ασθενή καθορίζεται από τις σχέσεις του μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και από την οργανωτική δομή της νοσοκομειακής μονάδας υγείας.

Η δυσαρέσκεια αποτελεί τον αρνητικό βαθμό ικανοποίησης του ασθενή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ως η άλλη πτυχή της διαμορφούμενης άποψής του.

Η διασφάλιση της ποιότητας επιχειρεί να εξασφαλίσει την ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη για το παραγόμενο προϊόν ή την παρεχόμενη υπηρεσία, αυτά πιστοποιούνται από τα προτεινόμενα πρότυπα όπως: το ISO 9000, το SERVQUAC, το Ευρωπαϊκό Βραβείο ποιότητας, το JCAHO, κ.α.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί ηθική αλλά νομική υποχρέωση η οποία διασφαλίζεται με τον Νόμο 2881/01 που αφορά την ίδρυση Διοικητικών Τμημάτων με αντικείμενο την ποιότητα, με το Νόμο 2519/97 ΦΕΚ 165Α για την «ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας» και με τον Νόμο 2071/21992 που καθορίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ασθενή. Επίσης οι Νόμοι 2619/98 και 2251/94 περιέχουν διατάξεις που κατοχυρώνουν την ελεύθερη συναίνεση για την διενέργεια της ιατρικής πράξης, οι οποίες περιλαμβάνονται και στον «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας».

Για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος καταγραφής της άποψης των ασθενών του «Τζανείου» Νοσοκομείου Πειραιά.

Η ικανοποίηση των ασθενών αξιολογήθηκε με την χρησιμοποίηση της μεθόδου SERVQUAL, δομημένη σε 21 δηλώσεις προσδοκιών ως βάση διαμόρφωσης του διακινηθέντος ερωτηματολογίου.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης μετρήθηκε με τη χρήση 5βάθμιας κλίμακας Likert.

Για την εκτίμηση της ικανοποίησης επιλέχθηκε δείγμα 77 ασθενών με σκοπό την αιτιακή εξήγηση της άποψής των και της ανάδειξη των περιθωρίων βελτίωσής της.

3. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

3.1. Ιστορική αναδρομή

Ο όρος Διοίκηση σημαίνει την μέριμνα και την λήψη αποφάσεων για ζητήματα που αφορούν τον «οίκο» δηλαδή την οικογένεια. Η οικογένεια είναι ο θεσμός όπου τα μέλη της συνέχονται με ποικιλόμορφους δεσμούς και αποτελούν οργανωμένο ανθρώπινο σύνολο. Ο συνδυασμός των επιδιωκόμενων σκοπών με τα προσφερόμενα μέσα για την επίλυση των προβλημάτων των ανθρώπινων ομάδων ή και του καθενός χωριστά συνθέτει το πολύπλοκο έργο της διοίκησης.

Το πέρασμα από τον φερέοικο των μετακινούμενων ομάδων – νομάδων στον εδραίο κοινωνικό τύπο με την μόνιμη εγκατάσταση των ανθρώπινων ομάδων σε συγκεκριμένο χώρο, οδήγησε στην αστεακή επανάσταση με την εμφάνιση των πρώτων πόλεων. Η πληθυσμιακή διερεύνηση, η αύξηση των ομάδων ή δημιουργία πολύπλοκων κοινωνικών σχέσεων και η αύξηση των αναγκών κατέστησαν τη διοίκηση μια αναγκαία και σύνθετη λειτουργία, η οποία αναφέρεται είτε στις σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας (ενδοομαδικές σχέσεις) μελετώντας την δομή και τη λειτουργία τους είτε στη σχέση μεταξύ διαφορετικών ομάδων (διαομαδικές σχέσεις) στην αλληλεπίδρασή τους. Προϊόντος του χρόνου οι άνθρωποι αποδεσμεύονται από τον φυσικό χώρο εγκαταλείποντας τις απλές τροφοσυλλεκτικές θηρευτικές και αλιευτικές κοινωνίες δημιουργώντας και ζώντας σε ένα εκτεταμένο τεχνικό περιβάλλον.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της αστεακής επανάστασης των πόλεων είναι η εξασφάλιση των πόρων ζωής μέσα από ένα εκτεταμένο και πολύπλοκο δίκτυο μεταφορών ανταλλαγών και εξουσιαστικών σχέσεων, για την ασφαλή διοχέτευση των πλεονασμάτων της αγροτικής κοινότητας προς τους τελικούς καταναλωτές των αστικών κέντρων.

Από την περίοδο που οι ανθρώπινες κοινωνίες επεδίωξαν την ικανοποίηση των αναγκών τους με την μικρότερη συλλογική θυσία διαμορφώθηκε ο πυρήνας του οικονομικού πράττειν.

Η αρχή του καταμερισμού των έργων και της εργασίας βρίσκει την εφαρμογή της στον Μινωικό πολιτισμό και στην αρχαία Κίνα όπου οι διαδικασίες παραγωγής ειδών από πορσελάνη χωριζόταν σε εξήντα στάδια.

Η αρχή της ανταμοιβής των εργαζομένων στις αγροτικές εργασίες αποτελούσε αντικείμενο νομοθετικής ρύθμισης του βασιλέα των Βαβυλωνίων Χαμουραπί.

Στην αρχαία Ελλάδα ο Ησίοδος στο ποίημα του «Έργα και Ημέρες» διαπραγματεύεται την ανθρώπινη ανάγκη και την άντληση πόρων με την προσφυγή στην εργασία και στον ανταγωνισμό. Το έργο του σηματοδοτεί τη μετάβαση από την βίαιη μη οικονομική κτήση των αγαθών, προάγοντας το εμπόριο και την ναυσιπλοΐα εξαιτίας της ανεπάρκειας του εδάφους και της φθίνουσας απόδοσης του. «Από την κλειστήν, φυσικήν οικονομίαν του οίκου εις οικονομίαν των συναλλαγών και της αγοράς» (Χουμανίδης, 1969, 69).

Ο Πλάτων στο έργο του «Πολιτεία» επισημαίνει τη σημασία του καταμερισμού της εργασίας και της ανάγκης της τοποθέτησης των ικανών ανθρώπων στις κατάλληλες θέσεις. Σύμφωνα με τον Sabine στον στοχασμό του Πλάτωνα η κοινωνία εξετάζεται σαν ένα σύστημα παραγωγής και διάθεσης τροφίμων και άλλων υπηρεσιών για την φυσική συντήρηση των ανθρώπων όπου ο κάθε άνθρωπος ως μέλος της δέχεται να παρέχει. Το κράτος προσπαθεί να ρυθμίσει την καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών και την αποτελεσματικότερη ανταλλαγή υπηρεσιών. «Το κράτος δεν είναι τόσο για την άσκηση της ελεύθερης βούλησης του (ατόμου) όσο για την ικανοποίηση του κοινωνικού του χρέους» (Sabine, 1970, 358).

Ο Αριστοτέλης αναφέρεται στην υποκατάσταση των συντελεστών παραγωγής, στον ρόλο των εργαλείων, στην επιχείρηση, στις ανθρώπινες σχέσεις και στην εξειδίκευση. Ο οίκος δεν περιορίζεται μόνον στην διαχείριση των υποστατικών ως επιχείρηση αλλά επεκτείνεται στην κοινωνία και στην πόλη.

Στον Αριστοτέλη και στον Ξενοφώντα η τέχνη της διοίκησης του οίκου ως η φροντίδα των ιδιωτικών υποθέσεων ωφελεί την πόλη και την οικογένεια και η διαφορά τους εντοπίζεται στο πλήθος ενώ κατά τα άλλα είναι όμοια. Κατά τον Αριστοτέλη ο σκοπός της πολιτικής είναι η ευδαιμονία της πόλης και η διαμόρφωση και η καλλιέργεια του ανθρώπινου χαρακτήρα «Κάθε πόλη αποτελεί κοινωνία».

Στο χώρο της ιδιωτικής οικονομίας δεν υπήρχαν γενικά μεγάλα εργαστήρια, υπήρχαν οι τεχνίτες του οίκου που εργάζονταν για λογαριασμό του πελάτη τους. Η συγκέντρωση και η πώληση των εμπορευμάτων γινόταν στην αγορά. Με την κυριαρχία του θαλάσσιου εμπορίου επί του χερσαίου δημιουργήθηκαν συνεταιρισμοί μεταξύ πλοιάρχου και πλοιοκτήτου «Επίσης υφίσταντο εταιρείαι κεφαλαιούχων, εταιρείαι εκμεταλλεύσεως μεταλλείων, εταιρείαι εμπορίου σιτηρών, εταιρείαι δημοσίων έργων, εταιρείαι εκμισθώσεων χώρων και συμπράξεις εμπορικοί» (Χουμανίδης, 1969, 88).

Η διοικητική πρακτική εφαρμόστηκε σε ευρεία έκταση από τον Μέγα Αλέξανδρο χρησιμοποιώντας ένα πλήθος ειδικών για τις ανάγκες του στρατού του. Επίσης πλήθος επαγγελματιών εξαπλώθηκαν μέχρι τα όρια των κατακτήσεών του, κατά την εποχή των διαδόχων έχουμε το πρώτο σύστημα ασφαλήσεων και παρατηρείται η τάση τυποποίησης των προϊόντων.

Στην Ρωμαϊκή αυτοκρατορία λειτούργησε μια καλοσχεδιασμένη οργανωτική δομή τόσο στον πολιτικοοικονομικό όσο και στον στρατιωτικό τομέα. Οι χερσαίοι, οι θαλάσσιοι δρόμοι και η ταχυδρομική επικοινωνία συνέβαλαν στην προαγωγή του εμπορίου, στην προαγωγή των εργαστηρίων, στην ανάπτυξη των συναλλαγών για την κάλυψη των ατομικών και κρατικών αναγκών. Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι από την αρχαιότητα έως την βιομηχανική επανάσταση η ανθρώπινη εργασία στηριζότανε στον μεγαλύτερο βαθμό στην δουλεία και δουλοπαροικία.

Έως και τα μέσα του 19^{ου} αιώνα επικρατούσαν παραδοσιακές μορφές οργάνωσης των παραγωγικών μονάδων οι οποίες αναπτύχθηκαν υπό το καθεστώς των συντεχνιών. «Οι συντεχνίες προστάτεψαν επί μακρόν την οικονομία του βιοτεχνικού – αστικού χώρου από τις εξωτερικές παρεμβάσεις και δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του βιομηχανικού καπιταλισμού» (Σακελλαρόπουλος, 2006, 240).

Από τον 19^ο αιώνα άλλαξαν οι συνθήκες και απαιτήθηκαν νέες μορφές οργάνωσης, η παραγωγική μονάδα έγινε μεγαλύτερη, η αγορά πιο ανώνυμη, η εισαγωγή των μηχανημάτων μείωσε τον ρόλο του μάστορα και οι συντεχνίες υπονομεύτηκαν.

Η παραγωγή από βιοτεχνική έγινε εργοστασιακή και το εργοστάσιο απαιτούσε πιο ορθολογική, επιστημονική διοίκηση από ό,τι τα προηγούμενα συστήματα παραγωγής.

Οι διοικητικές λειτουργίες γίνονται περισσότερο πολύπλοκες και σύνθετες με το πέρασμα των ανθρώπων στη βιομηχανική κοινωνία. Χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η περαιτέρω αποδέσμευση τους από τη φύση με την παραγωγή ενέργειας από τον ατμό, ηλεκτρισμό και την διάσπαση του ατόμου στις μέρες μας για την παραγωγή έργου, με αποτέλεσμα να αναδυθεί ένας διαφορετικός κόσμος, ή εποχή της νεοτερικότητας με νέες μορφές πολιτισμού και κοινωνικής οργάνωσης και να μετασχηματίζεται στη σημερινή μετανεοτερικότητα.

Η διάχυση της βιομηχανικής παραγωγής από τον 19^ο αιώνα και μετά και η δημιουργία μεγάλων επιχειρήσεων διαμόρφωσαν μια προβληματική για τη διοίκηση με κύριους εκφραστές α) James Watt τον νεότερο. β) Robert Owen. γ) Charles Ballage και δ) Warnum Poor προετοίμασαν την φιλολογία για το Management που αναπτύχθηκε κατά τις αρχές του εικοστού αιώνα.

Η ανάγκη της αποτελεσματικής διοίκησης μεγάλων επιχειρήσεων και οργανισμών εκφράζεται στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με την κλασική σχολή της διοίκησης που περιλαμβάνει τις αντιλήψεις για την επιστημονική διοίκηση και για την κλασική διοικητική θεωρία.

3.2. Οι Σχολές της Διοίκησης

Πατέρας της επιστημονικής διοίκησης θεωρείται ο Frederic Taylor. Η επιστημονική διοίκηση έχει ως αντικείμενο μελέτης την εκτελεστική εργασία του βιομηχανικού εργάτη που περιλαμβάνει την ανάλυση και την περιγραφή του έργου που πρόκειται να εκτελέσει ο κάθε εργαζόμενος και την ανάλυση του τρόπου με τον οποίο πρόκειται να εκτελεστεί το έργο, αναζήτησε τον άριστο τρόπο εκτέλεσης με την εφαρμογή της χρονομέτρησης και της κινησιολογίας έκαναν δυνατό τον έλεγχο της απόδοσης ως προϋπόθεση για την αύξηση του πλεονάσματος χωρίς πρόσθετη καταπόνηση αλλά με βελτίωση της οργάνωσης και της διοίκησης. Ο Taylor πίστευε ότι η μέγιστη παραγωγή επιτυγχάνεται όταν δίνουμε στον κάθε εργαζόμενο ένα

καθορισμένο έργο προς εκτέλεση μέσα σε ένα ορισμένο χρόνο και με ένα ορισμένο τρόπο.

«Η εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου εις την μέτρηση και την παρατήρησιν οδήγησαν τον Taylor εις την ιδέαν της διαιρέσεως της εργασίας εις τα μικρότερα τμήματα αυτής και εις την εξειδίκευσιν των εργαζομένων ώστε να επιτύχουν μεγάλας αποδόσεις εφ' ενός συγκεκριμένου μικρού τμήματος της όλης εργασίας, εις το οποίον θα ειδικευθούν. Η εξειδίκευσις αυτή δεν περιορίζεται κατά τον Taylor εις τα κατώτερα κλιμάκια αλλά και εις το πρώτον επίπεδον διοικήσεως» (Ζευγαρίδης, 1973, 51).

Η θεωρητική θεμελίωση του έργου του εστιάζεται στα εξής σημεία:

- Επιστήμη αντί για εμπειρισμό
- Αρμονία και όχι διχασμός στις σχέσεις εργαζόμενων και εργοδοτών
- Συνεργασία και όχι ατομισμός
- Μέγιστη δυνατή απόδοση των εργαζομένων
- Κατάρτιση και εξειδίκευση του κάθε εργαζόμενου ώστε να πετύχει την μέγιστη απόδοση αλλά και την μέγιστη ικανοποίησή του.

Οι έρευνες του τον οδήγησαν στα εξής συνοψιζόμενα συμπεράσματα:

- α) Οργάνωση της εργασίας με την μέτρηση της κίνησης και του χρόνου
- β) Εφαρμογή της αρχής η ειδίκευση του εργαζόμενου
- γ) Προσδιορισμός κανόνων απόδοσης και της θέσπισης διαφορικού συστήματος αμοιβής ως κίνητρο για μεγαλύτερη απόδοση
- δ) Εφαρμογή της λειτουργικής εποπτείας ώστε οι εργάτες να έχουν πολλούς προϊσταμένους αλλά ένα μόνο κατά ειδικότητα (εξουσία των ειδικοτήτων).

«Έκαστος εργαζόμενος έχει οκτώ προϊσταμένους από τους οποίους λαμβάνει εντολάς» (ibid).

Η επιστημονική επεξεργασία των προτάσεων του Taylor στη διοίκηση διαμορφώνει το ρεύμα του τείλορισμού, η εφαρμογή της επιστημονικής οργάνωσης της εργασίας στην αυτοκινητοβιομηχανία της Φορντ με την μαζική και τυποποιημένη παραγωγή σε συνδυασμό με την εκτεταμένη χρήση μηχανημάτων στην αλυσίδα παραγωγής, ταύτισαν τους όρους τείλορισμό και φορντισμό ως συνώνυμους με την δεύτερη βιομηχανική επανάσταση.

Οι Frank και Lillian Gilbreth μαθητές και συνεργάτες του Taylor συνέχισαν το έργο του κινηματογραφώντας τις κινήσεις του εργάτη εντόπισαν ποιες από αυτές είναι περιττές. Με την χρονοκυκλογραφική μέθοδο που επινόησαν θεωρούνται εμπνευστές της μικροκινησιομετρίας, επίσης κατέδειξαν ότι κατά την εκτέλεση της εργασίας επιδρούν φυσιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες οι οποίοι ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες μεταβλητών:

- μεταβλητή της εργασίας
- μεταβλητή του περιβάλλοντος
- μεταβλητή της κίνησης

Παρατηρώντας και καταγράφοντας τις μεταβλητές αυτές συμπεραναν ότι πρέπει να κατανοήσουμε την προσωπικότητα του εργαζόμενου και τις ανάγκες του, και ότι η δυσαρέσκεια του εργαζομένου δεν προκαλείται μόνο με τη μονοτονία αλλά και από έλλειψη ενδιαφέροντος της διοίκησης για αυτούς.

Ο Γάλλος μηχανικός Fayol θεωρείται πατέρας της κλασικής σχολής της διοίκησης η οποία ασχολείται με την εργασία των διοικητικών στελεχών και με την οργάνωση και διοίκηση της επιχείρησης ως συνόλου.

Ο Fayol επεδίωξε να θεμελιώσει μια επιστήμη της διοίκησης. Θεωρούσε ότι η διοίκηση είναι ένα σύνολο αρχών κανόνων και μεθόδων που μπορούσαν να εφαρμοστούν σε κάθε μορφής επιχείρηση και οργανισμούς. Ταξινόμησε τις διαφορετικές ενέργειες που γίνονται μέσα στην επιχείρηση σε πέντε λειτουργίες: οικονομικές, εμπορικές, λογιστικές, τεχνικές και διοικητικές λειτουργίες. Επίσης τα βασικά στοιχεία αποτελεσματικής διοίκησης για τον Fayol είναι: πρόβλεψη, οργάνωση, διεύθυνση, συντονισμός και έλεγχος.

Επίσης απορρίπτει την εφαρμογή της λειτουργικής εποπτείας που προτείνει ο Taylor. «Επιμένει σταθερώς εις την άποψιν ότι εις εργαζόμενος πρέπει να λαμβάνει εντολές μόνον από έναν προϊστάμενον και ότι πρέπει να υπάρχει μόνον μια κεφαλή και εν σχέδιον δια μια ομάδα εργασιών αι οποίαι σκοπεύουν προς τον αυτόν αντικειμενικόν στόχον» (Ζευγαρίδης, 1973, 52).

Οι Taylor και Fayol ως manager γνώρισαν βιωματικά την οργάνωση, την μελέτησαν και την περιέγραψαν.

Ο Max Weber ανέλυσε την οργάνωση σύμφωνα με τον ιδεότυπο της γραφειοκρατίας εξετάζοντας την χρήση της εξουσίας. Ο Weber εντόπισε και ανέλυσε τρεις ιδεότυπους εξουσίας:

α) Η παραδοσιακή εξουσία που ασκείται κατά παράδοση με την διατήρηση της κοινωνικής τάξης ως ιερής, αιώνιας και αμετάβλητης.

β) Η χαρισματική εξουσία η οποία ασκείται από άτομα που πιστεύεται ότι κατέχουν ιδιαίτερη ικανότητα και προσόντα το χάρισμα.

γ) Η νόμιμη εξουσία που ασκείται με τους νόμους. Η εξουσία πηγάζει από την ανωτερότητα του απρόσωπου νόμου και όχι από την χαρισματική προσωπικότητα και την ιερότητα της παράδοσης.

Όλοι οι τυπικοί οργανισμοί, όπως η κυβέρνηση, η επιχείρηση, ο στρατός, το πανεπιστήμιο, το νοσοκομείο κ.α. θεμελιώνονται στην νόμιμη εξουσία.

Σύμφωνα με τον Max Weber η γραφειοκρατία αποτελεί το πλέον ορθολογικό εργαλείο που γνώρισε μέχρι σήμερα η ανθρωπότητα.

Ο γραφειοκρατικός τύπος διοίκησης χαρακτηρίζεται από τα εξής στοιχεία: σχέσεις νομικά θεσπισμένων εξουσιών μεταξύ των υπαλλήλων, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις τους καταγράφονται σε ειδικούς κανονισμούς. Οι σχέσεις εξουσίας μεταξύ των θέσεων είναι ιεραρχικά οργανωμένες, ενώ οι διορισμοί και οι προαγωγές βασίζονται στις συμβάσεις. Η τεχνική εκπαίδευση και η εξειδίκευση αποτελούν τις τυπικές προϋποθέσεις των υπαλλήλων. Οι υπάλληλοι εκτελούν το διοικητικό τους έργο έναντι μισθού και υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ γραφείων, μέσων διοικήσεως και αυτών που κατέχουν τις διοικητικές θέσεις.

«Τρία είναι τα κεντρικά οργανωτικά χαρακτηριστικά της γραφειοκρατικής διοίκησης: οι τυπικοί και απρόσωποι κανόνες λειτουργίας, η ιεραρχική οργάνωση του προσωπικού και ο καταμερισμός των αρμοδιοτήτων και ειδικοτήτων» (Σεραφετινίδου, 2006, 187).

Ενώ ο Taylor προτείνει τις αρχές της επιστημονικής διοίκησης στη βιομηχανική παραγωγή, ο Max Weber αναπτύσσει μια καθολική αντίληψη για την διοίκηση στην κοινωνία. Η ιδιωτική και η δημόσια διοίκηση δομούνται με όμοιο τρόπο, με χαρακτηριστικά γνωρίσματα την εμπειρία, την εξειδίκευση και την προβλεψιμότητα, με σκοπό τον τερματισμό της αυθαιρεσίας της τυχαιότητας

και στην δημόσια αποσαφήνιση των διαδικασιών για την αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Αν και πίστευε ότι η γραφειοκρατικοποίηση της κοινωνίας σημαίνει την αποδυνάμωση της κοινωνικής αυτονομίας, πρότεινε την εξισορροπιστική δύναμη του ιδιωτικού κεφαλαίου, το ανταγωνιστικό κομματικό σύστημα και την ισχυρή πολιτική ηγεσία, ως το αντιστάθμισμα που θα εμπόδιζε τους αξιωματούχους του κράτους να κυριαρχούν στην πολιτική.

Στον στοχασμό του Foucault η σύγχρονη εξουσία ασκείται και μέσω της «πειθαρχικής δύναμης» στα «πανοπτικά» συστήματα «επιτήρησης» των ανθρώπων με τους μηχανισμούς αυτοπαρατήρησης και αυτοελέγχου.

Απώτερος σκοπός είναι η «διαχείριση του πλήθους διαφορετικών ατόμων προκειμένου να τους επιβληθεί ένας συγκεκριμένος και ομοιόμορφος τρόπος συμπεριφοράς, στα εργοστάσια, στα εκπαιδευτικά συστήματα, στις φυλακές, στα νοσοκομεία, σε όλους τους γραφειοκρατικούς μηχανισμούς και υπηρεσίες» (Σεραφετινίδου, 2006, 139).

Η επιτήρηση λαμβάνει τη μορφή της άμεσης επίβλεψης των δραστηριοτήτων των υφιστάμενων από τους προϊστάμενους και την διακριτική μορφή επίβλεψης με τον πειθαρχικό έλεγχο του χρόνου, της κατάτμησης του χώρου σε γραφεία, θαλάμους κλπ, της κατάταξης των ανθρώπων σε ιεραρχική βαθμίδα και της τήρησης των φακέλων για την συλλογή, ταξινόμηση και αποθήκευση πληροφοριών.

Ο Foucault επαναδιαπραγματεύεται την ανάλυση του Weber για το φαινόμενο της γραφειοκρατίας συνδέοντας την αρχιτεκτονική δομή της οργάνωσης στα πλαίσια μιας ορατότητας ή μη ορατότητας του χώρου, όπου διαμορφώνεται η επιτηρησιακή δομή των σχημάτων της εξουσίας ως πειθαρχίες.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου που ο Taylor και οι μαθητές του επιχειρούσαν την βελτίωση της οργάνωσης της εργασίας και της παραγωγικότητας με την επιστημονική οργάνωση της διοίκησης, εμφανίστηκαν πολλοί επιστήμονες (ψυχολόγοι – κοινωνιολόγοι) που προσπάθησαν να ερευνήσουν την επίδραση του ανθρώπινου παράγοντα στην παραγωγικότητα της εργασίας.

Η σχολή της ανθρώπινης συμπεριφοράς επικεντρώνει τις μελέτες στη συμπεριφορά και στις αντιδράσεις του ανθρώπου στην εργασία. Η φιλοσοφία της σχολής είναι ότι ο ανθρώπινος παράγοντας παίζει τον σπουδαιότερο ρόλο στην παραγωγικότητα της εργασίας. Αντικείμενο μελέτης είναι η ψυχολογία του εργαζόμενου ανθρώπου, η στάση του, η συμπεριφορά και οι ανάγκες του. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι πολλά κοινωνικά προβλήματα έχουν την ρίζα τους στην ικανοποίηση ή όχι των εργαζόμενων στην εργασία τους.

Έτσι δημιουργήθηκε παράλληλα με την σχολή της επιστημονικής οργάνωσης της Εργασίας και η σχολή της ανθρώπινης συμπεριφοράς ή των ανθρωπίνων σχέσεων.

Οι κυριότεροι στόχοι της σχολής είναι:

- 1) Να εντοπισθούν οι επιδράσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στην προσωπικότητα του ανθρώπου και να εξηγηθούν τα αίτια της συμπεριφοράς του.
- 2) Να εκτιμηθούν και να βρεθούν τρόποι και μέσα ώστε να επηρεάσουν και να υποκινήσουν τον εργαζόμενο να αυξήσει την απόδοσή του χωρίς όμως την πνευματική ή σωματική επιβάρυνσή του.
- 3) Να συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων και των εργαζομένων και των εργοδοτών, ώστε να υπάρχουν αρμονικές κοινωνικές σχέσεις στον χώρο της εργασίας.
- 4) Να συνεισφέρουν στην βελτίωση της υποδομής του εργασιακού χώρου στην ικανοποίηση των εργαζομένων.

Οι κυριότεροι εκπρόσωποι της σχολής είναι:

- α) Ο Munsterberg ο οποίος πίστευε ότι με την συμβολή της ψυχολογίας θα μπορούσε να επιτευχθεί η διαδικασία της επιλογής και της υποκίνησης του προσωπικού, για την μεγαλύτερη και ικανοποιητικότερη απόδοσή του.
- β) Σταθμός στην εξέλιξη της μελέτης των ανθρωπίνων σχέσεων στο χώρο της εργασίας είναι οι απόψεις του Mayo.

Τα κυριότερα συμπεράσματα του Mayo είναι:

- 1) Οι λογικοί και οικονομικοί παράγοντες είναι μικρότερης σημασίας από τους συναισθηματικούς, ακόμη και στις οικονομικές σχέσεις.

- 2) Οι συντελεστές που επιδρούν ισχυρότερα στους ανθρώπους είναι εκείνοι που πηγάζουν από τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές ομάδες.
- 3) Οι τεχνητές μεταβολές διαταράζουν τις κοινωνικές συνθήκες των εργαζομένων και επιδρούν στις μεταξύ τους σχέση.
- 4) Είναι ανάγκη να αποκτηθούν νέες κοινωνικές δεξιότητες στηριζόμενες πρώτα στη προσωπική συνεργασία των ατόμων και έπειτα, σε ένα σύστημα επικοινωνιών ανάμεσα σε αυτούς και στη διεύθυνση.

Τα πειράματα που έγιναν στην Western Electric Company στο Hawthorne συνέβαλαν στην εγκατάλειψη της αντίληψης ότι ο εργαζόμενος παρακινείται μόνο από τις χρηματικές απολαβές που έχει στην εργασία του. Εκείνο που έχει σημασία για τον εργαζόμενο άνθρωπο, είναι η ποιότητα των σχέσεων προς τους συναδέλφους του και προς τους προϊστάμενους του. «Συνεπώς το ενδιαφέρον της διοίκησης πρέπει να κατευθύνεται προς την δημιουργία κοινωνικού κλίματος καταλλήλου να εξασφαλίσει αυξημένη ικανοποίηση του εργαζομένου η οποία, με τη σειρά της, θα συντελέσει στην αύξηση της αποδοτικότητάς του». (Φλώρος, 1993, 116).

Ο F.J. Roethlisberger περιγράφοντας τα πειράματα στο Hawthorne παρατήρησε «Ο εργαζόμενος είναι κοινωνικό ον καθώς και οικονομικός άνθρωπος, έχει ανάγκες ατομικές, κοινωνικές καθώς και οικονομικές. Το έργο του αποτελεί δι' αυτόν τρόπον ζωής καθώς και μέσον εξασφάλισης των προς το ζην. Δια να κατανοήσουμε την ικανοποίησιν «δυσφορίαν του κατά την διάρκεια της εργασίας, οφείλομεν να κατανοήσωμεν το κοινωνικόν καθώς και το φυσικόν και οικονομικόν πλαίσιον εντός του οποίου εκτυλίσσεται το έργο του» (Ζευγαρίδης, 1973, 57).

Συνέπεια αυτού του πνεύματος είναι η κίνηση των ανθρωπίνων σχέσεων του Daglas Mc Gregor με την θεωρία Χ η οποία εκφράζει την απαισιοδοξία και τον αρνητισμό της για τον εργαζόμενο άνθρωπο, προτείνοντας την αυταρχική αντίληψη για την διοίκηση.

Η θεωρία Υ με θετικές και αισιόδοξες υποθέσεις για την ανθρώπινη φύση, θεωρώντας τον μέσο εργαζόμενο ως άτομο ευεργητικό και δημιουργικό, με ικανότητες υψηλών επιδόσεων αν του δινόταν «κατάλληλη ευκαιρία».

«Οι θεωρίες αυτές δεν είναι συνταγές. Απλώς ενδεικτικά μας δίνουν τη βάση για την κατάσταση στρατηγικών χειρισμών των προβλημάτων, που σχετίζονται γενικά με την υποκίνηση των εργαζομένων» (Κωστούλας, 1996, 58).

Επίσης υπάρχουν οι θεωρίες της ποσοτικής προσέγγισης, η θεωρία των συστημάτων και η ενδεχομενική διοικητική θεωρία.

3.3. Η κοινωνιολογική προσέγγιση του Τεϋλορισμού και του Φορντισμού

Ο Taylor προάγει ένα σύστημα διαχείρισης της εργασίας που βασίζεται στην αποδοτικότητα και στην παραγωγικότητα, σε αντίθεση με το σύστημα εργασίας των συντεχνιών που στηρίζονταν στην πλήρωση των καθηκόντων.

Η συντεχνία ως μεσαιωνικός θεσμός της οικονομικής παραγωγής αποτελείται από έναν κλειστό αριθμό προσώπων που έχει αποκλειστικό δικαίωμα και πώλησης αγαθών ή υπηρεσιών. Η ένωση προσώπων αποτελεί την αδελφότητα και υπηρετεί τα συμφέροντα των μελών που την απαρτίζουν, χωρίς να γίνεται διάκριση μεταξύ επιχείρησης και οικογένειας.

Στο μεσαιωνικό οικονομικό περιβάλλον δεν λειτουργούν οι νόμοι της αγοράς και τα μέλη της συντεχνίας δεν αναγκάζονται από τους ανταγωνιστές να λειτουργούν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα για να προσφέρουν συνεχώς νέα καλύτερα και πιο φτηνά προϊόντα. Οι συντεχνίες διέκριντο εχθρικά σε κάθε τεχνική καινοτομία που θα επέφερε την παραγωγικότητα και τον ανταγωνισμό.

Αντίθετα η επιχείρηση ως οικονομικός οργανισμός αποτελείται από ένωση κεφαλαίων με σκοπό το κέρδος, βασιζόμενες σε απρόσωπους υπολογισμούς.

Σκοπός της ένωσης των κεφαλαίων ή μετοχών στην επιχείρηση είναι οι οικονομικοί στόχοι και οι σκοποί της δράσης της είναι ορθολογικοί ως προς τους οικονομικούς σκοπούς. Ενώ σκοπός της ένωσης των προσώπων στην συντεχνία η αδελφότητα είναι οι κοινές αξίες και οι προσωπικές τους σχέσεις και οι σκοποί της δράσης τους είναι ορθολογικοί προς τις αξίες. Π.χ. φροντίδα της οικογένειας αποθανόντος μέλους, κοινές γιορτές, κ.α.

Ο Taylor ανταποκρινόμενος στην ανάγκη μιας δυναμικής ανάπτυξης του καπιταλισμού στις Η.Π.Α. δημοσιεύει τις «Αρχές του Επιστημονικού Μάνατζμεντ» το 1912, επεξεργαζόμενος το σύστημα ορθολογιστικής οργάνωσης της εργασίας που έγινε γνωστό ως «τεϋλορισμός».

Ο Τεϋλορισμός είναι η μελέτη των σχέσεων που υφίστανται ανάμεσα στον εργάτη και στις σύγχρονες μεθόδους παραγωγής. Ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος είναι η χρονομέτρηση με βάση τον χρόνο περάτωσης μιας συγκεκριμένης και αποδοτικής ελεγχόμενης εργασίας, αντικαθιστώντας το σύστημα εργασίας με βάση τα καθήκοντα.

Ο Taylor εκτιμά ότι σπατάλη στην απασχόληση είναι πρόβλημα κακής διοίκησης της βιομηχανικής κοινωνίας, με τα φαινόμενα της πατρωνείας και των εξωοικονομικών διακρίσεων που κληροδότησε το προηγούμενο συντεχνιακό σύστημα αλληλεγγύης και ηθικής ανάμεσα στα εργαζόμενα μέλη. Η εργασία στην βιομηχανία του 19^{ου} αιώνα δεν είχε μεγάλες διαφορές από τον τρόπο διαχείρισης της εργασίας της φεουδαρχικής περιόδου στους αγρούς και στις υπηρεσίες. Π.χ. 16 ώρες εργασίας του εργάτη στο εργοστάσιο, ενώ παράλληλα υπάρχουν και νόμιμοι περιορισμοί στην επιλογή του επαγγέλματος και του εργοδότη.

Στην αντίληψη του Taylor η σπατάλη του οικονομικά ενεργού πληθυσμού, εκτός από την οικονομική και την νόμιμη της διάσταση, χρήζει και τους νέους τρόπους διοίκησης των μονάδων της βιομηχανικής παραγωγής, με τον επιστημονικό έλεγχο και σχεδιασμό της παραγωγής, την επιστημονική οργάνωση της εργασίας «Οι εργοδότες προσπαθούν εκείνη την περίοδο να διαμορφώσουν μια ομοιομορφία στην αγορά εργασίας, ποιότητα και συγχρονισμό της παραγωγής, με τις αλλαγές της τεχνολογίας και της αγοράς ώστε να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις της καταναλωτικής κοινωνίας» (Taylor, 2007, 36).

Αναζητώντας τις καλύτερες δυνατές συνθήκες για το ανθρώπινο κίνητρο στηρίχθηκε στην ψυχολογία της εργασίας. Με τη χρονομέτρηση και την αποδοτικότητα η εργασία αμείβεται με τρόπο πιο ορθολογικό και πιο οικονομικό. Προϋπόθεση για αυτό είναι ο καταμερισμός της εργασίας και των καθηκόντων που απασχολούν το εργατικό δυναμικό. Όμως οι αρχές του

επιστημονικού μάνατζμεντ δεν περιορίζονται στον μικροκοινωνικό χώρο της οικονομικής μονάδας για την επιστημονική οργάνωση της εργασίας, αλλά επεκτείνονται και στον μακροκοινωνικό χώρο για την οργάνωση της κοινωνίας. Η θετικιστική προσέγγιση με την επιστημονική οργάνωση της εργασίας μετρώντας τον χρόνο και τα αποτελέσματά της, εντάσσει τη συλλογιστική του Τέυλορ σε μια αντίληψη, ώστε ο έλεγχος του οικονομικού οργανισμού να ικανοποιεί τις βασικές και κοινωνικές ανάγκες της αγοράς και των δυνατοτήτων εξέλιξης των ατόμων ως σύνολο μέσα από αυτή, να υλοποιείται υπό την θεώρηση των εργατών και των διευθυντών του οργανισμού ή της επιχείρησης ως ενιαίο σύστημα.

Οι θέσεις ελέγχου και εποπτείας της εκτελεστικής εργασίας, επιφέρουν και τον διαχωρισμό της διανοητικής εργασίας ως αποτέλεσμα υψηλής εκπαίδευσης που την ασκούν οι κάτοχοι των θέσεων, από την χειρονακτική εργασία ως αντικείμενο του εκτελεστικού έργου.

Στην δομή της τεύλορικής πυραμίδας με την τμηματοποίηση των θέσεων ελέγχου και εποπτείας μορφοποιούνται τα «όρια της νέας μεσαίας τάξης (και) κατανοούνται από την εκμεταλλεζόμενη θέση τους και τον εποπτικό ρόλο τους στην εργασιακή διαδικασία» (Λύτρας, 1991, 145). Τα μέλη της εν λόγω τάξης απολαμβάνουν καλύτερο μισθοτοποποιημένο εισόδημα και κατέχουν υψηλότερο γόητρο από τα μέλη της εργατικής τάξης που επιτελούν τους ρόλους της εκτελεστικής εργασίας.

Ο Φορντισμός αξιοποιώντας τις οργανωτικές αρχές του Τεύλορισμού διαμόρφωσε την επιχειρηματική δράση δημιουργώντας το φαινόμενο της μαζικής παραγωγής.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Φορντισμού είναι:

- α) Παραγωγή που στηρίζεται στην εκτεταμένη χρήση μηχανών και στην κινητή ταινία συναρμολόγησης του τελικού προϊόντος με την ανειδίκευτη ή ημειδίκευμένη εργασία.
- β) Η μακροοικονομική μεγέθυνση που στηρίζεται στη μαζική παραγωγή, στις οικονομίες κλίμακας, στους αυξημένους μισθούς για την διεύρυνση της ζήτησης και στα αυξανόμενα κέρδη.

γ) Στη ρύθμιση της οικονομίας και της κοινωνίας. Ο διαχωρισμός ανάμεσα στην ιδιοκτησία και στις εργασίες ελέγχου και εποπτείας, συνέβαλε στην ανάδειξη μιας γραφειοκρατίας που ασκεί έλεγχο στην εργασία, με την αναγνώριση των συνδικάτων και την σύνδεση μισθού και παραγωγικότητας. Επίσης με κατάλληλες εισοδηματικές πολιτικές διατηρούσε την ενεργό ζήτηση σε επαρκές επίπεδο, για την απορρόφηση της παραγωγής, μέσω της μαζικής κατανάλωσης των τυποποιημένων προϊόντων.

3.4. Από την μαζική παραγωγή στη λιτή παραγωγή

Στην σύγχρονη κοινωνία αναδεικνύονται νέες δυνάμεις στην αγορά, στην εργασία, στους θεσμούς, εντελώς διαφορετικές από εκείνες που κυριαρχούσαν έως και το 1980.

Ο όρος «κοινωνία της πληροφορίας» αντικαθιστά τον όρο «Βιομηχανική κοινωνία». Όπως η μηχανή μετέβαλε τον τρόπο οργάνωσης της παραδοσιακής κοινωνίας «Κοινωνία της επιβίωσης» παραθέτοντας την μαζική παραγωγή προϊόντων, έτσι και η μεταβιομηχανική κοινωνία με την διαχείριση και ενσωμάτωση στους θεσμούς των τεχνολογιών της πληροφορίας και της τηλεπικοινωνίας, κινητοποιεί τους πολλαπλούς πόρους με την ανάλωση της πληροφορίας ως την πρώτη ύλη για την ενεργοποίηση της όλης συλλογικής και οργανωμένης δράσης.

Οι νέες τεχνολογίες χαρακτηρίζονται με την μίμηση διανοητικών ανθρώπινων λειτουργιών, τον σύνθετο συνδιασμό λογικών σχημάτων και τον αυτοματισμό των μηχανημάτων. Έχουν άμεσες επιπτώσεις στην οργάνωση των επιχειρήσεων, στον καταμερισμό της εργασίας, στις σχέσεις ανάμεσα σε επαγγελματικές ομάδες και στην κατανομή ισχύος σε επίπεδα λήψης των αποφάσεων.

Οι επιστήμες και η τεχνολογία δεν αναπτύσσονται μόνον στα επιστημονικά και ερευνητικά τους πεδία, αλλά διαχετεύονται σε μια κοινωνική δικτύωση, ώστε να συγκεκριμενοποιούνται οι συνεργασίες και οι συγκρούσεις των κοινωνικών ομάδων για τον έλεγχο και την πορεία των κοινωνιών.

Η κοινωνική τάξη ως αναλυτική κατηγορία λαμβάνει υπόψη διαστρωματικούς δείκτες όπως επάγγελμα, εισόδημα, κοινωνικό κεφάλαιο κ.α.

Επίσης τα αναλυτικά εργαλεία πολιτισμός, φύλο, λόγος κ.α., μπορούν να αναδείξουν έμφυλες και πολιτισμικές διαφορές εμπλουτίζοντας την ταξική ανάλυση.

Η εμφάνιση της νέας μεσαίας τάξης εμπλούτισε την προβληματική εστιάζοντας στη διαφοροποίηση του τρόπου ζωής, στις κοινωνικές διακρίσεις και στον ρόλο του κοινωνικού πολιτισμικού περιβάλλοντος.

«Τα άτομα, ξεκινώντας από μία ορισμένη ποσότητα πόρων κατανέμουν την κατανάλωσή τους ανάλογα με τις επιθυμίες τους, πράγμα που οδηγεί στην διαφοροποίηση αυτού που ονομάζουμε βιοτικό επίπεδο, που είναι έννοια ποσοτική, και του τρόπου ζωής που είναι έννοια ποιοτική» (Aron, 1981, 95).

Η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας με την τεχνολογική επανάσταση στους τομείς: του αυτοματισμού, της πληροφορικής και των επικοινωνιών, εισήγαγαν οργανωτικές και παραγωγικές καινοτομίες για την αποτελεσματική πρόσβαση των επιχειρήσεων στις διεθνείς αγορές. Αναπτύχθηκαν παραγωγικές διαδικασίες όπως ο «Τογιοτισμός» που έδιναν έμφαση στη σχέση κόστους – οφέλους, με την διατήρηση της υψηλής ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών.

«Είναι αισθητή η τάση της μετακίνησης της λογικής της οργάνωσης, προς την ποιότητα, έναντι της προηγούμενης έμφασης στον μαζικό χαρακτήρα της παραγωγής. Η έμφαση στην ποιότητα δημιουργεί μια νέα τάση στην διοίκηση, που θα χαρακτηριστεί διοίκηση ολικής ποιότητας» (Λύτρας, 1991, 68).

Οι νέες τεχνολογίες της πληροφορικής του αυτοματισμού και οι καινοτομίες απαιτούν ειδικευμένη εργασία, οργάνωση σε μη ιεραρχημένες ομάδες εργαζομένων που απαιτούν την οριζόντια πληροφόρηση και επικοινωνία σε όλες τις φάσεις της παραγωγής.

Αποτέλεσμα αυτών είναι η διαμόρφωση μηχανισμών συνεργασίας σε ενδοεπιχειρησιακό επίπεδο, με τη μορφή της οριζόντιας δικτύωσης σε σχέση με την κάθετη ολοκλήρωση της τεύλορικής οργανωτικής δομής. Η επιδίωξη του μηδενικού σφάλματος, η έρευνα, η παραγωγή, η ανάπτυξη, καθώς επίσης και η αποκέντρωση των αποφάσεων σε λιγότερο ιεραρχημένες ομάδες, αποτελούν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ενδοεπιχειρησιακής δικτύωσης.

Η αντικατάσταση της Φορντικής παραγωγής από ευέλικτα οργανωτικά και τεχνολογικά συστήματα, είχαν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της λιτής παραγωγής και το πέρασμα από τις οικονομίες κλίμακας στις οικονομίες εύρους παραγωγής.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της λιτής παραγωγής είναι η μείωση των ανθρωπίνων και υλικών πόρων που απαιτούνται για την παραγωγή ενός προϊόντος καθώς επίσης και η μείωση του χρόνου παραγωγής του, ακόμα η σπανιότητα της συχνής εμφάνισης των ελαττωματικών προϊόντων επέφερε την αύξηση της ποικιλίας των προϊόντων.

«Πρόκειται δηλαδή για ένα σύστημα οργάνωσης της επιχείρησης και της παραγωγικής διαδικασίας που αποδίδει έμφαση στην υψηλή ποιότητα και στην διαφοροποίηση του προϊόντος». (Λυμπεράκη, 2003, 100).

Συνεπώς η λιτή παραγωγή ανταποκρίνεται καλύτερα στις επιθυμίες των καταναλωτών παρέχοντάς τους υψηλό βαθμό ικανοποίησης.

4. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

4.1. Οι ορισμοί της ποιότητας

Ποιότης σημαίνει «1) η φύσις, η εσωτερική υπόστασις πράγματος τινός (εν σχέσει προς την αξίαν αυτού και κατ' αντιδιαστολήν προς την ποσότητα). 2) είδος εμπορεύματος διακρινόμενον κατά την ποιότητα εκ των ομοίων αυτού» (Δ. Δημητράκου. Μέγα Λεξικόν όλης της Ελληνικής Γλώσσας).

Σύμφωνα με τον διεθνή οργανισμό τυποποίησης «Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθήσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους» (Ραφτόπουλος, 2002, 19).

Στο ίδιο πνεύμα ο Grosby δίδει ένα πελατοκεντρικό ορισμό της ποιότητας, ότι αυτή καθορίζεται σύμφωνα με τον βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη. Ο Juran κινείται σε αυτή την αντίληψη θεωρώντας ότι η ποιότητα είναι συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση».

Σύμφωνα με τον John Onretveit ο ορισμός της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει:

- α) έναν επαγγελματικό ορισμό του τι χρειάζεται ο πελάτης
- β) τον βαθμό στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες και καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» εμπεριέχονται τρία στοιχεία: την ποιότητα προς τον πελάτη που μετράει την ικανοποίησή του, τα παράπονα του και την ποιότητα των διαδικασιών δηλαδή τον σχεδιασμό και την λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο στοχεύοντας στην ικανοποίηση των πελατών. (Σταυρόπουλος, 2009, 7)

Ο Abbot και ο Feigenbaum θεωρούν την ποιότητα ως η αξία η οποία καθορίζεται από την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος ή την υπηρεσία και της τιμής που προσφέρει αυτά αποτελούν κριτήριο αποδοχής ή απόρριψης για τους πελάτες.

Ένας συνηθισμένος ορισμός της ποιότητας είναι «το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών από μια υπηρεσία και της αντίληψης του τρόπου με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία» (Ραφτόπουλος, 2002, 19).

Στο λεξικό του Kahn J.E. «ποιότητα είναι ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας». (Ibid, 19)

Ο Deming θεωρεί την ποιότητα ως ένα διαρκή κύκλο συνεχούς βελτίωσης από πριν εφαρμοστεί μια διαδικασία, σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετούνται τα αποτελέσματα και γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες για να προχωρήσει σε νέο κύκλο βελτίωσης.

4.2. Τι είναι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)

Η ποιότητα αποτελεί την απάντηση των επιχειρήσεων στο ραγδαία εξελισσόμενο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Το παραδοσιακό σύστημα διοίκησης θεμελιωμένο στις αρχές του Φορντισμού – Τεϋλορισμού για τις ανάγκες της μαζικής παραγωγής λειτουργεί σε μια πυραμιδοειδή οργανωτική δομή, με τις εντολές να κατευθύνονται από την κορυφή της ιεραρχίας προς την βάση της εκτελεστικής εργασίας. Η λήψη των αποφάσεων στηρίζεται σε πάγιες πολιτικές και διαδικασίες. Η τμηματοποίηση στηρίζεται σε σαφείς και διαχωριστικές γραμμές μεταξύ των τμημάτων και οι εργαζόμενοι ασκούν το έργο τους σύμφωνα συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Το μοντέλο της μαζικής κατανάλωσης των Δυτικών Κοινωνιών που απορροφούσαν τη μαζική παραγωγή, υπέστη την Ιαπωνική οικονομική επίθεση της ποιοτικής παραγωγής με την έμπνευση και καθοδήγηση του Αμερικανού Deming παρέχοντας στους πελάτες των ιαπωνικών εταιρειών προϊόντα που ικανοποιούσαν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους.

Η αντίληψη για την ποιότητα θεμελιώθηκε με την εισαγωγή και την χρήση των διαγραμμάτων στατιστικού ελέγχου της ποιότητας ως η συνέχεια της επιθεώρησης στις βιομηχανικές διαδικασίες της μαζικής παραγωγής στις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Επίσης αναπτύχθηκαν στον χώρο της βιομηχανίας οι έννοιες του ολικού ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης. Ακολούθησε η

διασφάλιση της ποιότητας ως η περαιτέρω διερεύνηση των δραστηριοτήτων στο πλαίσιο μιας γενικότερης προσέγγισης. Αποτέλεσμα αυτών ήταν να αναπτυχθούν πολιτικές ποιότητας στο ανώτερο επίπεδο διοίκησης, οριζόμενες ως Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Στη συνέχεια η αντίληψη για την ποιότητα εμφανίστηκε και στον τομέα των υπηρεσιών, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής τους, την δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την φιλικότητα και την συνεχή υποστήριξη.

Σημείο αναφοράς της ποιότητας είναι ο βαθμός της τελειότητας των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας ως προς την ικανοποίηση του χρήστη, εξαλείφοντας τα ελαττώματα που μειώνουν τον βαθμό της ικανοποίησής του.

Ολική ποιότητα είναι η αλλαγή των νοοτροπιών και συμπεριφορών των εργαζομένων με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας στο εσωτερικό της επιχείρησης.

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι η φιλοσοφία ενός ολοκληρωμένου διοικητικού έργου, με σημείο αναφοράς την δέσμευση της επιχείρησης στον προσανατολισμό της συνεχούς βελτίωσης των παραγομένων εμπορευμάτων και των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό την ικανοποίηση του πελάτη δημιουργώντας αξία μέσω της εξασφάλισης της ποιότητας, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Στην ολιστική αντίληψη ο όρος πελάτης αντιπροσωπεύει άτομα και τμήματα όχι μόνον εκτός αλλά και εντός της επιχείρησης. Ο «εσωτερικός πελάτης» λογίζεται ως τμήμα μιας συνεχούς ροής ενεργειών εντός του περιβάλλοντος του οργανισμού, σε μια αλυσιδωτή σχέση με τον «εξωτερικό πελάτη» που δρα στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού.

Οι διαδικασίες που συντελούνται στις λειτουργίες εντός του οργανισμού έχουν ως γνώμονα την συμμετοχή των εργαζομένων με γνώμονα την ικανοποίηση τους ως «εσωτερικοί πελάτες», ώστε να ικανοποιούνται αποτελεσματικά οι διαπιστωμένες ανάγκες των «εξωτερικών πελατών». Αυτό επιτυγχάνεται με την βελτίωση στις μεθόδους εργασίας με τους στατιστικούς ελέγχους, τις

λογιστικές μεθόδους, την εκπαίδευση για την επαγγελματική βελτίωση του προσωπικού, και την εφαρμογή τους στο πνεύμα της ΔΟΠ.

Πιο συγκεκριμένα στις επιχειρήσεις και οργανισμούς παροχής υπηρεσιών η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια των πελατών προκύπτει όταν αυτοί έρχονται σε επαφή με τους εργαζόμενους που τους εξυπηρετούν στο φυσικό περιβάλλον του οργανισμού (στιγμές της αλήθειας).

Εξ αιτίας της σημαντικότητας του ρόλου των εργαζομένων στην ικανοποίηση των πελατών, οι εργαζόμενοι πρώτης γραμμής θα πρέπει να υποστηρίζονται και να παρακινούνται ώστε να συνεργάζονται αρμονικά με τα υπόλοιπα τμήματα της επιχείρησης. Εάν κάθε εσωτερικός πελάτης παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στον επόμενο, τότε και ο εξωτερικός πελάτης, ως ο τελευταίος κρίκος της αλυσίδας λαμβάνει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Συνεπώς η ικανοποίηση των εσωτερικών πελατών επιδρά θετικά στην ικανοποίηση των εξωτερικών πελατών.

Η σχέση μεταξύ της εσωτερικής και της εξωτερικής ποιότητας διαμεσολαβείται από τον παράγοντα εργασία. Η εργασιακή προσπάθεια ως η βελτιωτική μεταβλητή στην απόδοση των εσωτερικών πελατών μεσολαβεί μεταξύ της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών και της ικανοποίησης των εξωτερικών πελατών.

Η ΔΟΠ ως ο συνολικός επανακαθορισμός του διοικητικού έργου λαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Το κέντρο βάρους μετατίθεται από τις παραγωγικές δραστηριότητες στις καταναλωτικές ανάγκες των πελατών / χρηστών.
- Η επικοινωνιακή ροή μετατέθηκε από τα κάτω προς τα πάνω, μορφοποιημένη ως συμμετοχική εργασία και όχι ως εκτέλεση της εντολής.
- Το σύστημα δικτυώνεται σε μια οριζόντια κομβική διάσταση όπου όλοι συνεργάζονται για την καλύτερη εξυπηρέτηση του πελάτη.
- Καθολική συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.
- Η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων καθίστανται αναγκαία και γίνεται ουσιώδης με τις ομάδες εργασίας (κύκλοι ποιότητας) που αναλαμβάνουν μερικούς από τους ρόλους των τμημάτων.

- Οι εργαζόμενοι λαμβάνουν εκπαίδευση σε διάφορους τομείς και το αντικείμενο εργασίας γίνεται πιο εύκολο.

4.3. Τα 14 σημεία του Deming

Οι αρχές της ΔΟΠ στην Ιαπωνία εφαρμόστηκαν από τον Αμερικανό στατιστικολόγο Deming.

Η εφαρμογή της στατιστικής προσέγγισης και ανάλυσης στον έλεγχο των διαδικασιών και των συστημάτων στην διαχείριση του marketing, των πωλήσεων, της εκπαίδευσης κ.α., αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα για να αποκτήσει η Ιαπωνία τη φήμη για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες της.

Ο Deming επηρεασμένος από τις ιδέες του στατιστικολόγου Shewhart μελέτησε τις τεχνικές ελέγχου της παραγωγικής διαδικασίας με τελικό σκοπό τον εντοπισμό των κυριώτερων αιτιών διασποράς και την ελαχιστοποίηση της μεταβλητότητας των διαδικασιών του σχεδιασμού και της παραγωγής των προϊόντων.

Σύμφωνα με τον Deming η βελτίωση της ποιότητας οδηγεί στη μείωση του κόστους παραγωγής, λόγω της μείωσης των λαθών, των καθυστερήσεων και των ακατάλληλων προϊόντων και της καλύτερης αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού και των υλικών πόρων. Αποτέλεσμα αυτών είναι η αύξηση της παραγωγικότητας και η επέκταση του μεριδίου της αγοράς, γιατί παράγοντας ποιοτικότερα προϊόντα σε χαμηλότερη τιμή, με τη σειρά τους συμβάλλουν στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας και στην αύξηση της προσφοράς εργασίας.

Ο Deming δεν αρκείται στην επίλυση των προβλημάτων, αναζητά ένα μετασχηματισμό του τρόπου διοίκησης και πρότεινε 14 σημεία που αποτελούν τη βάση μιας θεωρίας για τον τρόπο διοίκησης:

- 1) «Δημιούργησε μια σταθερότητα του σκοπού για διαρκή βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών»

Η ανάπτυξη της ποιότητας είναι μια χρονοβόρα διαδικασία η οποία στοχεύει στις μακροχρόνιες ανάγκες του οργανισμού και όχι στα βραχυχρόνια κέρδη.

Σύμφωνα με τον Deming η διασφάλιση της σταθερότητας για τους μακροχρόνιους σκοπούς σημαίνει «καινοτομία, έρευνα, εκπαίδευση, συνεχής

βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών, και συντήρηση του εξοπλισμού και της παραγωγικής μονάδας». (Παπανικολάου, 2007, 50)

2) «Υιοθέτησε την φιλοσοφία της οικονομικής σταθερότητας»

Η φιλοσοφία της ποιότητας προϋποθέτει την διεθνοποίηση των αγορών ώστε οι καταναλωτές να έχουν την δυνατότητα επιλογής. Προς τούτο κρίνεται απαραίτητη η επιστράτευση των διανοητικών ικανοτήτων όχι μόνο των διευθυντών αλλά και των υπαλλήλων του οργανισμού, υπερνικώντας τους επικοινωνιακούς φραγμούς έτσι ούτως ώστε η φιλοσοφία της ποιότητας να λειτουργήσει ως αναπόσπαστο τμήμα της δομής του οργανισμού ή της επιχείρησης.

3) «Μην εξαρτάσαι από την τελική επιθεώρηση για την επίτευξη της ποιότητας»

Η επιθεώρηση αποτελεί μια έμμεση αναγνώριση ότι η παραγωγική διαδικασία δημιουργεί ελαττωματικά προϊόντα. Είναι απαραίτητο να αντικατασταθεί η πρακτική εξεύρεσης των ελαττωμάτων και της συνεχούς βελτίωσης. Η ποιότητα απορρέει από την βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας, αντικαθιστώντας την οικονομικά και χρονικά κοστοβόρα επιθεώρηση της μαζικής παραγωγής από το «επισκεύασέ το ορθά την πρώτη φορά» με το «ορθό από την πρώτη φορά».

4) «Θέσε τέρμα στην πρακτική της αγοράς προμηθειών με κριτήριο τη τιμή»

Οι μειοδοτικοί διαγωνισμοί προμηθεύουν πρώτες ύλες φτηνές και ελαττωματικές, με αποτέλεσμα την παραγωγή ελαττωματικών προϊόντων, για τα οποία δεν ευθύνεται ο εργαζόμενος.

Το κριτήριο της τιμής δημιουργεί πολλούς προμηθευτές και συνεπώς είναι αίτια δημιουργίας πολλών εντάσεων μεταξύ οργανισμού και προμηθευτών.

Η επιλογή ενός μοναδικού, συνεπώς και συνεργάσιμου προμηθευτή με προμήθειες σε λογικά μέτρα ποιότητας που καταχωρούνται με στατιστικά στοιχεία προσφέρει περισσότερα πλεονεκτήματα για τον οργανισμό.

5) «Βελτίωνε συνεχώς και για πάντα το σύστημα παραγωγής και υπηρεσιών»

Η ποιότητα πρέπει να ενσωματωθεί από το στάδιο της σχεδίασης. Η πρόληψη και η επίλυση των προβλημάτων οδηγεί σε διαρκή βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας στα πλαίσια του κύκλου (σχεδιασμός, συλλογή στοιχείων, ανάλυση, δράση).

6) «Φρόντισε για την εισαγωγή της εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της εργασίας»

Η επαρκής εκπαίδευση βοηθά στην έγκαιρη κατανόηση των εξελίξεων και αποτελεί τη βάση της εξέλιξης για οποιοδήποτε τομέα και παρέχει στους εργαζόμενους την αυτοπεποίθηση να πειραματίζονται έχοντας γνώση των διαδικασιών που ελέγχουν.

7) «Υιοθέτησε και θέσπισε σύγχρονες μεθόδους εποπτείας και ηγεσίας»

Σύγχρονη ηγεσία σημαίνει ότι η εξασφάλιση της βελτίωσης της ποιότητας, της παραγωγικότητας, της απόδοσης των ανθρωπίνων πόρων και της παραγωγικής διαδικασίας απαιτεί το σεβασμό των διαφόρων ατομικό στους ανθρώπους ώστε να εντοπίζονται οι διάφορες δυνατότητες και να χρησιμοποιούνται κατάλληλα προς όφελος του οργανισμού. Αυτό σημαίνει συγκρότηση ομάδων εργασίας ανεξάρτητα από τα διευθυντικά στελέχη με αντικείμενο εργασίας τους τα προβλήματα ποιότητας.

8) «Διώξε τον φόβο»

Στο πνεύμα ενός περιβάλλοντος που κυριαρχεί ο φόβος δημιουργούνται ανασταλτικοί παράγοντες για την ανταγωνιστικότητα και την καινοτομία. Η νοοτροπία της επίρριψης των ευθυνών οδηγεί στην κατεύθυνση της προσωπικής επιβίωσης παρά στην κατεύθυνση της επίλυσης των προβλημάτων.

9) «Γκρέμισε τα εμπόδια ανάμεσα στα τμήματα και τους ανθρώπους»

Η τμηματοποίηση της Τεϋλορικής οργανωτικής δομής οδήγησε σε γραφειοκρατικά στεγανά που εμποδίζουν την ουσιαστική βελτίωση της

ποιότητας. Ο ανταγωνισμός των τμημάτων στο εσωτερικό του οργανισμού θα πρέπει να αντικατασταθεί από την συνεργασία «Στην πραγματικότητα ο καθένας είναι πελάτης κάποιου άλλου στη γραμμή παραγωγής και όσο πιο γρήγορα εκτιμηθεί αυτό τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να ανθήσει το ομαδικό πνεύμα» (Λογοθέτης, 2005, 67).

Η στατιστική αποτελεί ένα γλωσσικό εργαλείο για την επικοινωνία μεταξύ τμημάτων και ανθρώπων με σκοπό την από κοινού κατανόηση των προβλημάτων του οργανισμού και των δυνατοτήτων επίλυσής τους.

10) «Απέκλισε τη χρήση των σλόγκαν των αφισών και παραινέσεων»

Η αναφορά του σλόγκαν «μηδέν ελάττωμα» και όχι στις μεθόδους για την πραγματοποίηση του κρίνεται ως αντιπαραγωγικό. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην έξυπνη και όχι στην σκληρή εργασία του ανθρώπου. Η στατιστική υποστήριξη της παραγωγικότητας προϋποθέτει τη βελτίωση του ανθρώπινου παράγοντα μέσω της εκπαίδευσης, του καλού εξοπλισμού και της καλής διαδικασίας.

11) «Απέφυγε τα πρότυπα εργασίας και τα αριθμητικά ποσοστά»

Οι αριθμητικοί στόχοι που διέπουν το «Μάνατζμεντ μέσω αντικειμενικών στόχων» επιδιώκουν την ποσότητα και όχι την ποιότητα. Οι αριθμητικοί στόχοι δεν μπορούν να είναι ακριβείς παρά μόνο κατά τύχη. Ο σκοπός της διοίκησης θα πρέπει να είναι η συνεχής βελτίωση και η ικανοποίηση.

12) «Απομάκρυνε τα εμπόδια που κλέβουν από τον ωρομίσθιο εργάτη να είναι υπερήφανος για την εργασία τους»

Είναι αδύνατον να αισθανθεί κάποιος υπερήφανος για το έργο που επιτελεί όταν η διοίκηση θέτει ένα αυθαίρετο και παράλογο σκοπό.

Η ετήσια αξιολόγηση της απόφασης θα πρέπει να αντικατασταθεί από τη σωστή ηγεσία, διαδικασία και επικοινωνία, για να μπορεί ο εργαζόμενος να αναπτύξει υπερηφάνεια για την εργασία που προσφέρει.

13) «Καθιέρωσε ένα ενεργό πρόγραμμα μόρφωσης και επανεκπαίδευσης»

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα τρόπο για την εξέλιξη των εργαζομένων και τη βελτίωση τους, την ικανότητα τους να ανταποκρίνονται στον ρόλο τους στον χώρο εργασίας για να συμβολίζουν με την εξέλιξη της νέας εποχής.

Στο ιαπωνικό μάνατζμεντ η εκπαίδευση θεωρείται κεφάλαιο της επιχείρησης και όχι έξοδο και εμπόρευμα.

14) «Καθόρισε μια μόνιμη δέσμευση της ανώτερης διοίκησης ως προς την ατέρμονη βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας»

Για να πραγματοποιηθούν τα προηγούμενα 13 σημεία θα πρέπει τα ανώτατα στελέχη να εμπνεύσουν τα μεσαία και κατώτερα στελέχη, να τους υποδείξουν τον τρόπο για την διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της καινοτομίας.

4.4. Τα θανάσιμα αμαρτήματα και νοσήματα

Σύμφωνα με τον Deming το δυτικό μάνατζμεντ υποφέρει από τις εξής θανάσιμες ασθένειες:

α) Έλλειψη εμμονής για την επίτευξη των στόχων. Προϋπόθεση παραμονής μιας εταιρείας ή ενός οργανισμού στον επιχειρηματικό χώρο παρέχοντας εργασία, είναι η σταθερή επιδίωξη του σχεδιασμού των προϊόντων ή υπηρεσιών που έχει ανάγκη η αγορά.

β) Έμφαση στα βραχυπρόθεσμα κέρδη. Ένας οργανισμός θα πρέπει να προγραμματίζει μακροπρόθεσμο για το μέλλον. Οι βραχυπρόθεσμων οριζόντων προγραμματισμών θέτουν σε δοκιμασία τους σταθερούς σκοπούς για μια μακροχρόνια ανάπτυξη.

γ) Αξιολόγηση της απόδοσης ή ετήσια επισκόπηση: τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της απόδοσης μπορεί να είναι καταστρεπτικά. Ενθαρρύνεται η αντιζηλία και η απομόνωση, τροφοδοτείται ο φόβος και καταστρέφεται η ομαδική δουλειά και ο αμοιβαίος σεβασμός. Επιβραβεύει τους ανθρώπους που έχουν καλή επίδοση σε σχέση με τους δείκτες του συστήματος. Όσοι επιχειρούν να αλλάξουν το σύστημα προς το καλύτερο δεν έχουν πιθανότητες αναγνώρισης.

δ) Συνεχείς αλλαγές της διοίκησης.

Οι συνεχείς μετακινήσεις σελεχών προκαλούν αστάθεια, καταστρέφουν την ομαδική δουλειά εφόσον δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να εμπεδωθεί το ομαδικό πνεύμα.

Ο εσωτερικός κόσμος του οργανισμού και το εξωτερικό δίκτυο πελάτες, προμηθευτές διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό, ακόμη και μεταξύ των θυγατρικών της ίδιας της επιχείρησης.

ε) Διοίκηση με βάση μόνο τα προφανή στοιχεία χωρίς εμβάθυνση σε λεπτομέρειες, όπως είναι η χρήση ορατών μόνον αριθμών. Οι μόνοι αριθμοί που θα πρέπει κανείς να εμπιστεύεται είναι εκείνοι που αντιπροσωπεύουν κατάλληλα επιλεγμένα στατιστικά δεδομένα.

Εάν θέλουμε να έχουμε αποτελέσματα για την ποιότητα τότε θα πρέπει να θεραπεύσουμε τα ανωτέρω νοσήματα που θέτουν σε δοκιμασία το σύστημα ενός οργανισμού «το βασικό γεγονός που θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους είναι ότι το σύστημα είναι υπεύθυνο για το 85% τουλάχιστον των προβλημάτων και το 95% της απόδοσης της επιχείρησης» (Λογοθέτης, 2005, 80).

Η αλλαγή στη φιλοσοφία της διοίκησης θα πρέπει να γίνει προοδευτικά με σωστό σχεδιασμό κάθε βήματος και να επικεντρωθεί στο σημείο που απαντάται μεγαλύτερη ανάγκη. Όταν υπάρχει πνεύμα εμπιστοσύνης ο ρυθμός της αλλαγής μπορεί να επιτευχθεί με κατεύθυνση σαφή και σταθερή δίδονται έμφαση στους εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες.

4.5. Το σχέδιο δράσης του Deming

- Οι ανώτατοι μάνατζερ να αγωνιστούν για την εφαρμογή των 14 σημείων και την αποφυγή των θανάσιμων νοσημάτων και εμποδίων
- Να υιοθετήσουν την νέα φιλοσοφία ποιότητας και τα νέα καθήκοντα που προκύπτουν με υπερηφάνεια και αποφασιστικότητα.
- Να εξηγήσουν στους υπόλοιπους υπαλλήλους του οργανισμού γιατί είναι απαραίτητη μια αλλαγή στις ακολουθούμενες διοικητικές πρακτικές.
- Χωρισμός των δραστηριοτήτων σε στάδια διαδικασιών όπου σε κάθε στάδιο ο πελάτης του προηγούμενου σταδίου είναι ο προμηθευτής του επόμενου.

- Η δημιουργία μιας οργάνωσης που θα οδηγεί στην βελτίωση της ποιότητας ο κύκλος Deming ή Shewhart (Σχεδίασε, σύλλεξε στοιχεία, ανέλυσε, δράσε) προτείνεται ως η διαδικασία που συμβάλλει για τη βελτίωση κάθε σταδίου.
- Ομαδική εργασία σε όλα τα επίπεδα. Κάθε μέλος της ομάδας θα πρέπει να συνεισφέρει σε ιδέες και σχέδια ανεξάρτητα αν αυτά οδηγήσουν κάπου ή όχι. Σημασία έχει η προσπάθεια και όχι το αποτέλεσμα. Η πιο καινοτόμα ιδέα είναι συχνά και η απλούστερη.
- Η δομή και η λειτουργία της οργάνωσης πρέπει να είναι προσανατολισμένη στην ποιότητα. Η εφαρμογή των 14 σημείων θα διασφαλίσει στην εδραίωση ενός προγράμματος ήθους της ποιότητας.

4.6. Οι απόψεις του Juran για την ποιότητα

Ο Βαλκανικής καταγωγής Αμερικανός Juran εισάγει τα στοιχεία του μάνατζμεντ στην ποιότητα.

Ο Juran ορίζει την ποιότητα ως την καταλληλότητα προς χρήση. Η ποιότητα ως χρηστική αξία διαφέρει από πελάτη σε πελάτη και αναλύεται σε τέσσερα στοιχεία: ποιότητα σχεδίασης, έλεγχος ποιότητας, διαθεσιμότητα, εξυπηρέτηση.

Η αντίληψη της καταλληλότητας προς χρήση στηρίζεται στα ακόλουθα χαρακτηριστικά: τεχνολογικά, ψυχολογικά, σχετικά με τον χρόνο, ηθική δεοντολογία.

Η θεωρία του Juran στηρίζεται σε τρεις άξονες:

Προσχεδιασμός ποιότητας, με τον προσδιορισμό των πελατών και των αναγκών, με την μετάφραση αυτών των αναγκών σε μια γλώσσα κατανοητή, στην βελτίωση των χαρακτηριστικών του προϊόντος και στη μεταφορά των διαδικασιών στις λειτουργίες εφόσον έχουν βελτιωθεί οι συνθήκες λειτουργίας και στην εκμετάλλευση κάθε ευκαιρίας για την βελτίωση της ποιότητας και του κόστους.

Στην αντίληψη για τον σχεδιασμό της ποιότητας η διοίκηση της επιχείρησης είναι υπεύθυνη για τις ακόλουθες ενέργειες:

- Καθορισμός ποιοτικών στόχων
- Ανάπτυξη σχεδίων για την επίτευξη των στόχων
- Εντοπισμός των απαιτούμενων πόρων
- Μετατροπή των στόχων σε ποιότητα
- Σύνοψη των ανωτέρω ενεργειών σε ένα πλάνο ποιότητας

Έλεγχος ποιότητας είναι οι διεργασίες εντοπισμού και διόρθωσης ενός αρνητικού αποτελέσματος μόλις παρουσιαστεί.

Αναφέρεται σε μια διαδικασία αναπληροφόρησης:

- Αξιολόγηση της απόδοσης
- Σύγκριση της απόδοσης με στόχους
- Ανάλυση διορθωτικών ενεργειών εκεί όπου απαιτείται

Βελτίωση ποιότητας είναι η μείωση της σπατάλης του χρόνου, η βελτιωμένη ζώνη ποιοτικού ελέγχου, σκοπό έχει τη βελτίωση της όλης ποιότητας της επιχείρησης και αφορούν στην μείωση των ακατάλληλων προϊόντων, στην αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των πελατών, στην αύξηση της κερδοφορίας της εταιρείας κλπ.

Ο Deming ασχολήθηκε περισσότερο με την επιμόρφωση των στελεχών, ασχολήθηκε στο ακαδημαϊκό περιβάλλον και ασχολήθηκε ως σύμβουλος επιχειρήσεων, δίδοντας έμφαση στην φιλοσοφία της ολικής ποιότητας.

Ο Juran ενδιαφέρεται περισσότερο για την πραγματική εφαρμογή συνδεδεμένη με το επαγγελματικό μάνατζμεντ, ασχολούμενος με την οργανωτική δομή που μπορεί να υλοποιήσει τις αρχές αυτής της φιλοσοφίας.

4.7. Philip Grosby

Θεωρείται ο πατέρας της θεωρίας «των μηδέν λαθών» και του μηνύματος «κάνε το σωστό με την πρώτη φορά» ο Grosby προβάλλει 4 αξιώματα «απόλυτα» για το μάνατζμεντ της ποιότητας.

- 1) Η ποιότητα είναι η συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις και όχι η επάρκεια. Για να είναι κάτι ποιοτικό πρέπει να είναι προσαρμοσμένο στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι να είναι «καλό» ή «κομψό».
- 2) Το σύστημα της ποιότητας είναι η πρόληψη, το μυστικό της επιτυχίας είναι προσδιορισμός των πιθανοτήτων του λάθους και όχι η διαπίστωση του.
- 3) Το πρότυπο απόδοσης είναι μηδέν ελαττώματα. Είναι σημαντικό για μια εταιρεία να γίνουν τα πράγματα σωστά από την πρώτη φορά, κάθε φορά και έγκαιρα.
- 4) Η ποιότητα δεν μετριέται με δείκτες αλλά με το κόστος της μη ποιότητας.

Αν μετρήσει κανείς τις συνέπειες του κόστους που σχετίζονται με το να γίνονται τα πράγματα λάθος αυτές αντιπροσωπεύουν το 20 με 40 τοις εκατό του συνολικού κόστους λειτουργίας. Αυτό είναι κυρίως αποτέλεσμα του ότι δεν γίνονται τα πράγματα σωστά από την αρχή.

Ο Grosby αντιμετώπισε την επιχείρηση με χαμηλή ποιότητα ως ένα ασθενή που χρειάζεται το «εμβόλιο της ποιότητας» και πρότεινε ένα πρόγραμμα αποτελούμενο από δεκατέσσερα βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας. Ο Grosby δίνει έμφαση στην παρακίνηση ολόκληρου του οργανισμού προς την υιοθέτηση της ποιότητας.

4.8. Kaoru Ishikawa

Η μέθοδος του στηρίζεται στη χρήση του διαγράμματος Pareto, του διαγράμματος αίτιου – αποτελέσματος ή ψαροκόκαλο.

Τα διαγράμματα αποτελούν συστηματικά εργαλεία, για τον εντοπισμό, ταξινόμηση και τεκμηρίωση των αιτιών που προκαλούν ένα πρόβλημα.

Επίσης εργάστηκε για την εφαρμογή και προώθηση των κύκλων ποιότητας.

4.9. Genichi Taguchi

Ο Taguchi δίδει έμφαση στην μηχανική προσέγγιση της ποιότητας. Ο σχεδιασμός της ποιότητας στηρίζεται σε τρία επίπεδα:

- 1) Σχεδιασμός συστήματος ο οποίος βασίζεται στη τεχνολογία.
- 2) Παραμετρικός σχεδιασμός για την ελάττωση του κόστους και την βελτίωση της απόδοσης χωρίς να εξαλειφθούν οι αιτίες των μεταβολών.
- 3) Σχεδιασμός ανοχής με σκοπό να ελαττωθούν οι μεταβολές ελέγχοντας τις αιτίες.

4.10. John Oakland

Το μοντέλο του στηρίζεται στη σχέση πελάτη – προμηθευτή, στην ανάπτυξη της επικοινωνίας, στη δέσμευση και στην ορθή νοοτροπία.

4.11. Οι μελετητές ποιότητας στον κλάδο της υγείας

4.12. Ο Ernest Godman ήταν χειρουργός θεωρούσε ότι κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρακολουθεί κάθε ασθενή για αρκετό χρονικό διάστημα, ώστε να προσδιορίζεται αν η αγωγή ήταν επιτυχής ή όχι.

Παρακολούθησε τη διαδικασία και τα αποτελέσματα της κλινικής περίθαλψης που λαμβάνει χώρα εντός του νοσοκομείου.

Οι δείκτες που εξετάζει αφορούν:

- 1) Τους προσδιοριστικούς παράγοντες των προβλημάτων εάν σχετίζονται με τον ασθενή, το σύστημα ή το γιατρό.
- 2) Την εκτίμηση της συχνότητας κάθε προβλήματος.
- 3) Την αξιολόγηση και την διόρθωση της μεταβλητής, ώστε να μην επαναλαμβάνονται προβλήματα που μπορούν να λυθούν.

4.13. Ο Avedis Donabedian, ήταν καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, και από τους πρώτους μελετητές που εστίασαν την έρευνά τους σε ποιότητας σε σχέση με τον χώρο της υγείας με πρωταρχική μέθοδο το διαχωρισμό της ποιότητας της περίθαλψης σε δομή με την έρευνα των υλικών και ανθρώπινων πόρων, διαδικασίες οι οποίες αφορούν τις ενέργειες του γιατρού και του ασθενή για τη διασφάλιση της περίθαλψης και αποτέλεσμα για τη βελτίωση ή όχι της υγείας του ασθενή μετά την βελτίωση της θεραπευτικής αγωγής.

Επίσης αναγνώρισε ότι διαφορετικές ενέργειες μπορεί να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Ο ρόλος του αναλυτή ποιότητας της περίθαλψης είναι να βρίσκει τις πιο αποτελεσματικές, αποδεκτές και νόμιμες διαδικασίες ώστε να επιτύχει το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο δυνατό κόστος για τον ασθενή.

4.14. Donald Brewick ήταν παιδίατρος και μέλος του διδακτικού προσωπικού της ιατρικής σχολής της Δημόσιας Υγείας του Harvard. Ένα από τα πεδία των ερευνών του είναι οι οργανωτικές λύσεις για την βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης. Παρατήρησε ότι οι προσπάθειες για την ποιοτική βελτίωση εφαρμόζονται πιο εύκολα στο οργανωτικό μέρος της περίθαλψης από ότι στο κλινικό.

Το ενδιαφέρον του εστιάζεται στην ανταπόκριση του ασθενούς στις προσπάθειες που κάνει ο οργανισμός για την βελτίωση της ποιότητας υγείας.

4.15. John Wennber. Το έργο του ειδικεύεται στην ανάλυση μικρών περιοχών με στατιστικές μεθόδους. Όταν οι ερωτώμενοι πληθυσμοί των ασθενών είναι ελεγχόμενοι ως προς κάποια μεταβλητή, οι συγκρίσεις σε μικρές περιοχές μπορούν να αποκαλύψουν διαφορές στη χρήση και παροχή υπηρεσιών που δεν οφείλονται στους ασθενείς, τότε φαίνεται ότι η αιτία της διαφοράς είναι χαρακτηριστικό των ιατρών ή του νοσοκομείου.

5. Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

5.1. Ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας του νοσοκομείου

Η εμφάνιση των νοσοκομείων χρονολογείται από τα τέλη του 4^{ου} μ.Χ. στο Βυζάντιο ως αγαθόεργα ιδρύματα υπό την εποπτεία των μοναστηρίων. Ο υπό το πνεύμα του Χριστιανισμού στενός δεσμός εκκλησίας και περίθαλψης των αρρώστων διαμορφώνεται στην αντίληψη ότι η αρρώστια σχετίζεται με την απόκλιση της ζωής του ανθρώπου από τους θρησκευτικούς κανόνες.

Στον Δυτικό Μεσαίωνα τα νοσοκομεία ήταν κυρίως εκκλησιαστικά ιδρύματα, είναι τα «Σπίτια του Θεού» και λειτουργούν ως χώροι ασύλου παρέχοντας φαγητό. Οι γιατροί δεν παρείχαν ιατρικές φροντίδες σε αυτά.

Από τον 16^ο αιώνα έως τον 19^ο αιώνα τα νοσοκομεία λειτουργούν με κοινωνικούς κυρίως σκοπούς παρέχοντας υπηρεσίες σε φτωχούς αρρώστους, ζητιάνους, ανάπηρους και ηλικιωμένους.

Από το τέλος του 18^{ου} αιώνα υπό την επίδραση του κινήματος της υγιεινής σημειώνονται ουσιαστικές αλλαγές στο νοσοκομείο με βασικές παραμέτρους της νοσοκομειακής λειτουργίας, την αποτελεσματικότητα και την οικονομία κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής διαδικασίας.

Μέχρι το 1930 οι ιατρικές παρεμβάσεις στο χώρο του νοσοκομείου ήταν ελάχιστες. Η εξέλιξη της τεχνολογίας στον εξοπλισμό και στα φαρμακευτικά σκευάσματα άλλαξαν τη μορφή του νοσοκομείου και από φιλανθρωπικοί φορείς που ήταν μετατράπηκαν σε ιδρύματα όπου οι γιατροί μπορούσαν να προσφέρουν νοσοκομειακές φροντίδες υγείας. Η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας, της βιοϊατρικής, των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας, και γενικά οι αυξημένες απαιτήσεις έχουν μετατρέψει τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους οργανισμούς.

Μετά το 1950 οι άνθρωποι γεννιούνται σε μια κλινική και οι περισσότεροι πεθαίνουν στα νοσοκομεία. «Ένα σύγχρονο νοσοκομείο αποτελεί ένα καλό παράδειγμα οργάνωσης. Μια οργάνωση είναι μια μεγάλη ομάδα ανθρώπινως δομημένη κατά απρόσωπο τρόπο και προορισμένη να επιδιώκει συγκεκριμένους σκοπούς. Στη περίπτωση του νοσοκομείου οι σκοποί είναι η

θεραπεία των ασθενειών και η προσφορά άλλης μορφής ιατρικών φροντίδων». (Giddens, 2002, 393).

Οι διιστάμενες απόψεις για την υγεία είτε ως κοινωνικό αγαθό είτε ως οικονομικό αγαθό, θέτουν το νοσοκομείο στο επίκεντρο μιας προβληματικής για την διαχείριση των οικονομικών του ως επιχείρηση ή ως κοινωφελούς οργανισμού.

Στην οικονομία της αγοράς ο καταναλωτής αγοράζει ένα αγαθό ως αποτέλεσμα της δικής του απόφασης, επιλέγοντας το σε σχέση με άλλα αγαθά συγκρίνοντας την τιμή και την ποιότητα καταβάλλοντας το οικονομικό αντίτιμο.

Στον χώρο της υγείας ο καταναλωτής είναι ο άρρωστος, ο γιατρός που κατέχει την πληροφορία – γνώση και επιλέγει την θεραπευτική αγωγή, τα φάρμακα και τα υγειονομικά υλικά, ενώ αυτός που πληρώνει είναι ο ασφαλιστικός φορέας που καλύπτει ανταποδοτικά τον άρρωστο.

Εδώ παρατηρείται μια ασυμμετρία ή έλλειμμα πληροφόρησης γιατρού και ασθενή που μετασχηματίζεται σε σχέση εξουσίας στην αλληλόδραση των ρόλων.

Στην οργανωτική δομή του νοσοκομείου συνυπάρχουν δυο τύποι εξουσίας. Η δευτερογενής χαρισματική ιατρική εξουσία που αντλεί γόητρο από την επαγγελματική θέση, και η διοικητική ή εκτελεστική εξουσία της γραφειοκρατίας που στηρίζεται στις επιτακτικές αναγκαιότητες του διοικητικού και οικονομικού έργου.

Επίσης στο εσωτερικό του νοσοκομείου αναπτύσσονται πολλαπλά γνωστικά πεδία και ειδικότητες του προσωπικού που οδηγούν στον καταμερισμό των εξουσιών. Οι πιο πολλές επαγγελματικές κατηγορίες μέσα στο νοσοκομείο δημιουργούν ταύτιση του επαγγελματία με το επάγγελμα του παρά με επιδίωξη κάλυψης κάποιας θέσης στις δομές της διοικητικής ιεραρχίας. Ο πολυκεντρισμός δημιουργεί αντιθετικές σχέσεις και ρόλους μεταξύ του προσωπικού και του προσωπικού με τους ασθενείς. Γεγονός που δεν παρατηρείται σε τέτοιο βαθμό σε καμιά κοινή επιχείρηση, όπου κάθε μορφή εξουσίας είναι προσανατολισμένη προς ένα κοινό σκοπό για την καλή λειτουργία του συστήματος και την εξασφάλιση οφέλους από μια αποδοτική

παραγωγικότητα. Συνεπώς η ιδιαιτερότητα του νοσοκομείου ως θεσμός παροχής υπηρεσιών υγείας όπου σπανίως ο πελάτης – άρρωστος επιλέγει το προϊόν ή υπηρεσία που ικανοποιεί τις ανάγκες του και ο καταμερισμός των εξουσιών στο εσωτερικό του καθιστούν την εφαρμογή τεχνικών λειτουργίας τύπου επιχείρησης δυσχερή.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε άτομα που έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα υγείας διακρίνεται σε:

- 1) Πρωτοβάθμια που αφορά την διάγνωση και την θεραπεία που παρέχεται από τα εξωτερικά Ιατρεία καθώς και την επείγουσα προληπτική και κοινωνική ιατρική.
- 2) Η δευτεροβάθμια αφορά τη νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο και τις γενικές επεμβάσεις.
- 3) Τριτοβάθμια αφορά εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις όπως καρδιολογικής και πνευμονολογικής αγωγής και περίθαλψης που καλύπτουν μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες.

Μέσα στο νοσοκομείο λειτουργούν οι εξής υπηρεσίες:

- 1) Ιατρική υπηρεσία που παρέχει ιατρική περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση και έρευνα.
- 2) Νοσηλευτική υπηρεσία με νοσηλευτική, διοικητική και εκπαιδευτική αρμοδιότητα.
- 3) Διοικητική Υπηρεσία που παρέχει υποστηρικτικό έργο στις άλλες υπηρεσίες, διαχείριση κινητής και ακίνητης περιουσίας, εκπαίδευση στελεχών και φροντίδα λειτουργίας και ανάπτυξης.
- 4) Τεχνικές υπηρεσίες με αρμοδιότητα τεχνικής υποστήριξης.

Στην συστηματική προσέγγιση της νοσοκομειακής οργάνωσης υπάρχουν:

- α) Το «Επιχειρησιακό Κέντρο» όπου οι πελάτες έρχονται σε επαφή μέσω των νοσηλευτικών τμημάτων ή μέσω των εξωτερικών ιατρείων
- β) Η «Στρατηγική Διοίκηση» που εξυπηρετεί τις ανάγκες της διευθυντικής ομάδας, η οποία είναι επιφορτισμένη με τον έλεγχο του οργανισμού ώστε να πράττει τη δέουσα και να εκπληρώνει την αποστολή του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο

γ) Η «Τεχνική υποδομή» αποτελείται από τα άτομα που συμμετέχουν στην προώθηση της τεχνολογικής ανάπτυξης, στην κλινική εκπαίδευση στην ποιοτική αξιολόγηση των προϊόντων του εξοπλισμού και στην αναβάθμιση της νοσοκομειακής φροντίδας

δ) Οι «Υποστηρικτικές λειτουργίες» της επιστάσις και της σίτισης και που υποστηρίζουν άμεσα ή έμμεσα υπό τον έλεγχο του επιχειρησιακού κέντρου την πραγματοποίηση της ανάπτυξης του οργανισμού.

5.2. Η χρηματοδότηση του νοσοκομείου

Το νοσοκομείο ως η μονάδα παραγωγής των υπηρεσιών υγείας απορροφά έναν εξαιρετικά σημαντικό αριθμό υλικών και ανθρωπίνων πόρων, με αποτέλεσμα το οικονομικό κόστος της λειτουργίας του νοσοκομείου να αποσπά την μερίδα του λέοντος των δαπανών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες.

Οι σπουδαιότερες πηγές κεφαλαίων για την χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης προέρχονται από:

- 1) τον δημόσιο τομέα μέσω του κρατικού προϋπολογισμού αντλώντας έσοδα από την γενική και ειδική φορολογία.
- 2) τους φορείς υποχρεωτική καθολικής ασφάλισης που στηρίζεται στις υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων και αποτελεί τον πιο διαδεδομένο τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.
- 3) τον ιδιωτικό τομέα με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, το οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών και τις δωρεές των φιλανθρωπικών οργανισμών.
- 4) την εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία, Διεθνής Τράπεζα και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Ανεξάρτητα από την μέθοδο χρηματοδότησης δύο είναι οι μέθοδοι αποζημίωσης που έχουν εφαρμοστεί ως σήμερα. Η εκ των υστέρων αναδρομική και η εκ των προτέρων προοπτική.

Η πρώτη δεν εφαρμόζεται γιατί το αυξάνει το έργο του νοσοκομείου και τη διάρκεια των ημερών νοσηλείας.

Η δεύτερη περιλαμβάνει:

α) Στον σφαιρικό προϋπολογισμό τα νοσοκομεία που ανήκουν στον δημόσιο τομέα συμβάλλοντας με το κράτος και τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη συγκεκριμένου έργου παροχής νοσοκομειακής φροντίδας με έναν ετήσιο προϋπολογισμό.

Η διαχείριση του προϋπολογισμού γίνεται με την ευθύνη του νοσοκομείου και όχι με το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία και η τυχόν παρέκκλιση από τον προϋπολογισμό είναι αντικείμενο αυστηρής διαπραγμάτευσης.

β) Η μέθοδος που βασίζεται στις διαγνωστικές κατηγορίες ασθενών η οποία είναι ένα μικτό σύστημα διαγνωστικών περιπτώσεων ομαδοποιώντας όμοιες ασθένειες που έχουν όμοια αρχική διάγνωση.

Τα νοσήλεια πρέπει να αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων του νοσοκομείου. Όμως η είσπραξη των νοσηλείων γίνεται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων με αποτέλεσμα υψηλό κόστος εργασίας και χρονοβόρες διαδικασίες. Εάν συνυπολογίσουμε και το κλειστό νοσήλαιο τότε είναι εύλογο να κατανοήσουμε τους λόγους εξάρτησης των νοσοκομείων μονάδων από την κρατική πολιτική των επιχορηγήσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι το έτος 1989 σύμφωνα με τους προϋπολογισμούς των περισσότερων νοσοκομείων τα έσοδα από την νοσηλεία δεν ξεπερνούν στις καλύτερες των περιπτώσεων το 20% του αναλυτικού προϋπολογισμού και το υπόλοιπο αφορά την επιχορήγηση του κρατικού προϋπολογισμού (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1991, 54).

Η ασθένεια ως ο απρόβλεπτος παράγοντας στη ζωή του ανθρώπου με τις καταστροφικές συνέπειες που συνήθως επιφέρει, θέτοντας τον εκτός της ενεργού δραστηριότητας και εκτός εργασίας, προκάλεσε την εισαγωγή του θεσμού ασφάλισης της υγείας ως ο ενδιάμεσος μεταξύ του καταναλωτή και του παραγωγού ή του παροχέα της φροντίδας υγείας.

Η πλήρης κάλυψη των δαπανών υγείας από τον ασφαλιστικό φορέα μπορεί να συμβάλλει στην υπερβάλλουσα ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό οδηγεί στην αύξηση του κόστους και στην κάλυψη τους είτε μέσω των ασφαλιστικών εισφορών είτε μέσω του δημόσιου προϋπολογισμού αυξάνοντας τους φόρους. Η νεοκλασική σχολή με την αντίληψη του νοσοκομείου ως επιχείρηση απαντά στην προβληματική για την υπερβάλλουσα ζήτηση με την πολιτική της αύξησης των τιμών επιβαρύνοντας τον ασθενή με την επιπλέον συμμετοχή

του στο οικονομικό κόστος. Η αύξηση των τιμών θα επιβαρύνει τα οικονομικά ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα, αναγκάζοντάς τα να μειώνουν την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα να υφίστανται δυσμενείς επιπτώσεις στην υγειονομική τους κατάσταση.

Η αντίληψη της λειτουργίας του νοσοκομείου για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις σχέσεις κόστους οφέλους η οποία «αποτελεί μια μέθοδο καθορισμού της σύγκρισης των δαπανών και οφελών ενός προγράμματος, στο οποίο όλες οι δαπάνες και τα οφέλη εκφράζονται σε χρηματικούς όρους. Η σχέση κόστους – οφέλους σπάνια προσδιορίζεται εύκολα σε σχέση με τα προγράμματα υγείας, δεδομένου ότι το όφελος αν και είναι συχνά προφανές, εν τούτοις είναι δύσκολο πάντα να εκφραστεί σε χρηματικούς όρους». (Κυριόπουλος, 1993, 83). Η κατανομή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες και όχι σύμφωνα με το εισόδημα που διαθέτει το άτομο. Όταν ένα άτομο νοσεί από μία μεταδοτική νόσο και στερείται οικονομικών πόρων, δεν πρέπει να αποκλειστεί από την φαρμακευτική αγωγή γιατί όλα τα άλλα άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον του ασθενή διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να νοσήσουν. Ο εμβολιασμός, η μέριμνα και η θεραπεία μέσω των κρατικών και κοινωνικών φορέων, προστατεύουν όχι μόνο τα άτομα στο άμεσο περιβάλλον του ασθενή αλλά και τα άλλα άτομα της κοινωνίας ανεξάρτητα από την οικονομική τους επιφάνεια. Συνεπώς τα οφέλη του αγαθού της υγείας είναι κοινωνικά και η αντίληψη της υγείας ως οικονομικού ιδιωτικού αγαθού που εμπίπτει στους νόμους της αγοράς δεν ευσταθεί.

5.3. Η ποιότητα στην υγεία

Η φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας δεν άφησε ανεπηρέαστο και τον θεσμό της υγείας του οποίου οι λειτουργίες ασχολούνται με τη θεραπεία του ανθρώπου.

Η ποιότητα στην υγεία αποτελεί ένα από τα κοινωνικά πεδία έρευνας και δράσης όπως, ο έλεγχος στην παροχή υπηρεσιών και στην παραγωγή αγαθών, η εργασία και ποιότητα της εργασιακής ζωής που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ή την κοινωνική ποιότητα.

Η ποιότητα στην υγεία σχετίζεται με το άριστο επίπεδο της πνευματικής, ψυχικής, σωματικής λειτουργικότητας των σχέσεων και των αντιλήψεων για την υγεία, φυσική κατάσταση, ικανοποίηση από τη ζωή και ευεξίας.

Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμιών αποτελεσμάτων, και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση» (Κυριόπουλος, Λιονής, 2004, 62).

Το U.K. Department of Health ορίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «κάνοντας σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους, στο σωστό χρόνο» (Ibid)

Οι δύο παραπάνω ορισμοί σχετίζουν την επιδίωξη ποιότητας ως έναν από τους στόχους των υπηρεσιών υγείας στην προοπτική της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Υπάρχει μια ποικιλία προτάσεων για τον ορισμό της ποιότητας που ανταποκρίνεται στις επιδιώξεις και στις προσδοκίες των ασθενών, των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, της διοίκησης κλπ.

Τα τελευταία χρόνια η ποιοτική προσέγγιση της υγείας στην ψυχική και στην κοινωνική της διάσταση, διεύρυνε το πεδίο πέραν από την στάσιμη μέτρηση με την αξιολόγηση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας και σε δυναμικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις με την μέτρηση του κλινικού και κοινωνικού αποτελέσματος στην διασφάλιση υψηλής ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα σε μια θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση. Συνεπώς η αναζήτηση της ποιότητας αποτελεί έναν από τους στόχους των υπηρεσιών υγείας.

Η επιτροπή του ινστιτούτου ιατρικής (2001) για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Αμερική έχει προτείνει τους ακόλουθους «Δέκα κανόνες»:

- 1) Η θεραπεία βασίζεται σε συνεχείς θεραπευτικές σχέσεις.
- 2) Η φροντίδα εξατομικεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες και τις αξίες κάθε ασθενή.
- 3) Οι ασθενείς αποτελούν την πηγή του ελέγχου.
- 4) Η γνώση μοιράζεται και οι πληροφορίες κυκλοφορούν ελεύθερα.

- 5) Η λήψη αποφάσεων στηρίζεται σε στοιχεία.
- 6) Η ασφάλεια είναι κυριότητα του συστήματος.
- 7) Η διαφάνεια είναι απαραίτητη.
- 8) Οι ανάγκες προλαμβάνονται.
- 9) Η σπατάλη μειώνεται διαρκώς.
- 10) Η συνεργασία μεταξύ των γιατρών αποτελεί προτεραιότητα.

Η ποιότητα περιέχει μια δυναμική αντίληψη που αξιολογεί τον βαθμό ικανοποίησης στην παραγωγή και στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στην ατομική σχέση γιατρού και ασθενή έως τις αποφάσεις κατανομής των υγειονομικών πόρων σε συλλογικό επίπεδο που επηρεάζουν τους χρήστες υγείας.

Χαρακτηριστικό της ποιότητας στον χώρο της υγείας είναι ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της θεραπείας. Στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας το μηδενικό ελάττωμα ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού που ακριβώς έχουν ανάγκη και επιθυμούν, σε αντίθεση με τον χώρο της βιομηχανίας το μηδενικό ελάττωμα ταυτίζεται με την τήρηση των προδιαγραφών του παραγόμενου προϊόντος.

Ας σημειωθεί ότι ο χώρος των υπηρεσιών υγείας ανήκει στο τριτογενή τομέα της παροχής υπηρεσιών ο οποίος διαφέρει ριζικά από τον δευτερογενή τομέα παραγωγής βιομηχανικών προϊόντων. Οι σημαντικές διαφορές είναι οι ακόλουθες: Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση, μεταξύ παραγωγής και διάθεσης των υπηρεσιών μεσολαβεί μηδενικός χρόνος, οι υπηρεσίες είναι εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου, οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του πελάτη και είναι προϊόν μοναδικό για κάθε πελάτη.

Ποιότητα υπηρεσίας όπως το απαιτεί ο εξωτερικός πελάτης / ασθενής, αναφέρεται στο επίπεδο της ποιότητας της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας που χρειάζεται ή προτιμά ο ίδιος και εκφράζεται σε βαθμό ικανοποίησης.

Ποιότητα υπηρεσίας που προσφέρει ο πάροχος φροντίδας υγείας, ή οι εσωτερικοί πελάτες των οργανισμών φροντίδας υγείας, αναφέρεται στο

επίπεδο της ποιότητας που αναμένεται να παρασχεθεί στον πελάτη / ασθενή και εκφράζεται με τις αποδόσεις στην επιτυχή αποακτάσταση της υγείας.

Η αντίληψη που έχουν για την ποιότητα οι εμπλεκόμενοι στις υπηρεσίες υγείας, διαφέρει ανάλογα από το πρίσμα υπό το οποίο ο κάθε εμπλεκόμενος αντιλαμβάνεται και κάνει χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Οι ασθενείς ως καταναλωτές και χρήστες των υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν την σύντομη και αποτελεσματική αποκατάσταση της τρωθείσας υγείας τους.

Οι επαγγελματίες στην φροντίδα υγείας επιδιώκουν την βελτιστοποίηση της ποιότητας με την έννοια της αποτελεσματικότητας. Όμως αυτό τις περισσότερες φορές επιφέρει την αύξηση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών βοηθούντων και των οργανωτικών δυσλειτουργιών στη διοίκηση των οργανισμών υγείας.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα επιδιώκουν την ποιότητα με την έννοια της έξωθεν καλής μαρτυρίας.

Η κοινωνία ενώ αναζητά την ποιότητα στην φροντίδα υγείας και μεγιστοποιεί τα προβλήματα και τις ατέλειες στην παροχή της, πολλές φορές δεν είναι το ίδιο πρόθυμη να συνεισφέρει στο κόστος για την ικανοποίηση των προσδοκιών της.

Η πολιτεία με τα μέσα που διαθέτει πρέπει να συντονίσει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως πρότυπο καθολικής αποδοχής.

5.4. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας των Νοσοκομείων

Στην οργανωτική δομή των υπηρεσιών υγείας ο νοσοκομειακός τομέας αποτελεί το σημαντικότερο υποσύστημα σε κάθε σύστημα υγείας απορροφώντας το 60% των δαπανών υγείας.

«Είναι φανερό ότι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης οδηγεί αυτόματα στη βελτίωση και των υπηρεσιών υγείας που προέρχονται από τους άλλους τομείς του υγειονομικού συστήματος». (Παπανικολάου, 2003, 125).

Συνεπώς το νοσοκομείο για να ανταποκριθεί στις σύγχρονες απαιτήσεις που αξιώνουν ποιότητα και στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει:

- Να διαθέτει θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο που θα επιτρέπει την διοικητική οικονομική και διαχειριστική του αυτοτέλεια. Τα νοσοκομεία αν και Ν.Π.Δ.Δ. στερούνται παντελώς μιας τέτοιας διοικητικής πρακτικής.
- Να διαθέτει κτιριακή υποδομή. Πολλά από τα νοσοκομεία της χώρας μας στεγάζονται σε κτίρια παλιά, πολλά από τα οποία προσδιορίζονταν για άλλες χρήσεις με αποτέλεσμα στη χωροθέτηση να παρουσιάζονται πολλές ελλείψεις.
- Να διαθέτει εξοπλισμό με σύγχρονα μηχανήματα και συσκευές υψηλής τεχνολογίας. Παρόλες τις προσπάθειες εκσυγχρονισμού, τα νοσοκομεία βρίσκονται από μόνα τους σε δύσκολη θέση να καλύψουν το κόστος ενός τέτοιου εξοπλισμού για αυτό αναγκάζονται να κάνουν χρήση των υπηρεσιών που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας.
- Να διαθέτει ανθρώπινο δυναμικό κατάλληλα εκπαιδευμένο, το οποίο θα επιμορφώνεται διαρκώς. λόγω της προσωπικής φύσης της ιατρικής παρακολούθησης και της νοσηλευτικής φροντίδας, η νοσοκομειακή υπηρεσία είναι προσωπική και εξειδικευμένη. Σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, λόγω της μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Να εφαρμόζει σύγχρονες μεθόδους διοίκησης διαχείρισης ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων. Η πολυπλοκότητα της οργανωτικής δομής των νοσοκομειακών μονάδων με τους δύο πόλους εξουσίας και ευθύνης (διοικητική και ιατρική) διαφοροποιεί έντονα τον οργανισμό με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που απαντάται σε άλλους επιχειρηματικούς οργανισμούς π.χ. βιομηχανικούς, τραπεζικούς, ξενοδοχειακούς κ.α.
- Να εφαρμόζει μεθόδους συνεχούς αξιολόγησης. Υπερνικώντας τις προκύπτουσες δυσκολίες μέτρησης των παρεχόμενων υπηρεσιών με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας, εξαιτίας του γεγονότος ότι ο ασθενής εκτός από την ψυχολογική του φόρτιση παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση των υπηρεσιών λόγω έλλειψης ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων.

Το νοσοκομείο ως μονάδα παραγωγής υπηρεσιών υγείας εφαρμόζοντας συστήματα ποιότητας κρίνεται σε δύο άξονες:

Στον θεραπευτικό – νοσηλευτικό με μετρήσεις - δείκτες που αφορούν:

- Ταχύτητα άμεσης επέμβασης
- Αποτελεσματικότητα διάγνωσης
- Αποτελεσματικότητα θεραπείας
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Αριθμός κατηγοριοποίησης εγχειρήσεων
- Νοσηλεία ιατρική παρακολούθηση
- Απαραίτητος ιατρικός φάκελος κ.α.

Αφορά την τεχνική διάσταση της φροντίδας υγείας και αναφέρεται στην επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας.

Στον ξενοδοχειακό - εξυπηρετήσεων με μετρήσεις - δείκτες που αφορούν

- Κτιριακή υποδομή
- Προσβασιμότητα – χώροι στάθμευσης
- Χρόνο εξυπηρέτησης
- Αξιοπρεπή μεταχείριση
- Ύπνο, ανάπαυση
- Χώρος αναψυχής, περιβάλλον
- Υγιεινή σώματος
- Ποιότητα τροφών, σερβίρισμα γευμάτων κ.α.

Σχετίζεται με την ποιότητα στην διάσταση της τέχνης της παροχής υπηρεσιών υγείας και αναφέρεται στο περιβάλλον των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, στη στάση και στη συμπεριφορά των ατόμων που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές.

Δείκτες ποιότητας σε μικροοικονομικό επίπεδο νοσοκομειακής παραγωγής που αφορούν την καμπύλη παραγωγής μεταξύ των άλλων μπορεί να είναι

- Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη

- Αναλογία γιατρών ανά κλίνη
- Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή
- Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά κλίνη
- Κόστος ιατρικής πράξης
- Μέση διάρκεια νοσηλείας και άλλοι δείκτες

Οι δείκτες αυτοί δείχνουν την αναλογία της διάθεσης των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων ανά κλίνη και ανά ασθενή που συμβάλλουν στην εκτίμηση του κόστους ποιότητας.

Η διαρκής αύξηση των δαπανών υγείας στα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων χωρών, δεν επιφέρει πάντα τα προσδοκόμενα υγειονομικά αποτελέσματα. Η μακροοικονομική διαχείριση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης επιβάλλει πολιτικές συγκροτήσεις και μειώσεις των δαπανών υγείας, ο περιορισμός του κόστους δύναται να επιτευχθεί από την βελτίωση της ποιότητας.

«Σύμφωνα με μελέτη του Αγγελόπουλου και συνεργατών το 20-30% του λειτουργικού κόστους ενός νοσοκομείου αποτελεί προϊόν λαθών, επαναλαμβανόμενων προβλημάτων, παράλληλων ενεργειών και γραφειοκρατικών συστημάτων» (Σταυρόπουλος, 2009, 69). Όμως το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια νοσοκομειακή μονάδα δεν αφορά μόνον τις δαπάνες ως οικονομική αξία, αλλά τις ενσωματώνει στο αποτέλεσμα της θεραπείας ως αξία που σχετίζεται με την ανθρώπινη ζωή.

5.5. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στον Νόμο 2889/01

Στην Ελλάδα υπήρξε μεγάλη καθυστέρηση στην ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών και αυτό δεν άφησε περιθώρια για την ενασχόληση με τα θέματα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η πρώτη αναφορά για την ποιότητα στις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας έγινε με τον νόμο 2519/97 χωρίς όμως την βελτίωση της κατάστασης.

Με τον νόμο 2881/01 ιδρύθηκαν διοικητικά τμήματα σε επίπεδο περιφέρειας και νοσοκομείου με αντικείμενο την ποιότητα, αλλά θεσμοθετήθηκαν αλλαγές που έμμεσα θα βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πιο συγκεκριμένα στην παράγραφο 5 του άρθρου 4 ιδρύεται σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ. «Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας» ως τμήμα Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας.

Στην παράγραφο 6 του άρθρου 6 δίνεται η δυνατότητα σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών να συνίστανται Διεύθυνση Πληροφορικής με αυτοτελές τμήμα ελέγχου ποιότητας που υπάγεται και ευθείαν στον Διοικητή.

Με τις δύο αυτές ρυθμίσεις ιδρύονται διοικητικά τμήματα που θα ασχολούνται αποκλειστικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σε συνεργασία με την κεντρική υπηρεσία.

Ιδρύθηκε σε κάθε νοσοκομείο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών» με σκοπό την ενημέρωση ασθενών και συνοδών.

Καθιερώθηκε η «Ολοήμερη λειτουργία των Νοσοκομείων» με την λειτουργία των απογευματινών ιατρείων. Ο σκοπός του μέτρου είναι να βελτιώσει την πρόσβαση, να μειωθεί ο χρόνος αναμονής, να δώσει μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογής στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Επίσης συμβάλλει στην ελάττωση της παραοικονομίας εφόσον οι ασθενείς θα πληρώνουν την επίσκεψη, αν και το μέτρο αυτό δεν στηρίχθηκε όσο θα έπρεπε.

6. Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

6.1. Τι είναι η διασφάλιση ποιότητας

Σύμφωνα με τον ορισμό από το αντίστοιχο πρότυπο του ΕΛΟΤ (ISO 9000, 2000) «διασφάλιση ποιότητας είναι όλες οι σχεδιασμένες και συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται για να παρέχεται εμπιστοσύνη ότι κάποιο προϊόν ή υπηρεσία ικανοποιεί δεδομένες απαιτήσεις για ποιότητα» (Στάμου, 2006, 11).

Το εναρκτήριο λάκτισμα για την εφαρμογή συστήματος διασφάλισης ποιότητας προήλθε από την στρατιωτική βιομηχανία των ΗΠΑ. Οι παραγγελίες των ενόπλων δυνάμεων πραγματοποιούνταν με σύμβαση σύμφωνα με την οποία οι προμηθευτές αναλαμβάνουν τόσο να ακολουθούν τα πρότυπα όσο και να εποπτεύονται ότι τα ακολουθούν, δηλαδή να εφαρμόζουν σύστημα διασφάλισης ποιότητας.

Πρότυπο είναι το έγγραφο στο οποίο περιλαμβάνονται για συνεχή και επαναλαμβανόμενη χρήση, κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά για δραστηριότητες ή τα αποτελέσματά τους και το οποίο έχει καταρτιστεί, μετά από συναίνεση, από έναν αναγνωρισμένο φορέα, προκειμένου να επιτευχθεί ο καλύτερος δυνατός βαθμός τάξης σε ένα πλαίσιο εφαρμογής. Πιστοποίηση είναι η διαδικασία με την οποία ο φορέας πιστοποίησης παρέχει γραπτή διαβεβαίωση ότι το προϊόν ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις.

Στην χώρα μας ο αντίστοιχος οργανισμός πιστοποίησης για την διασφάλιση ποιότητας έχει οριστεί ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ).

Η διασφάλιση ποιότητας αποτελείται από τα παρακάτω στάδια:

1) Καθορισμός προτύπων.

Καταγράφονται τα επί μέρους χαρακτηριστικά που θα κρίνουν το τελικό επίπεδο της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, απηχώντας τις προσδοκίες των πελατών.

2) Εκτίμηση πραγματικού επιτεύγματος.

Συγκρίνεται το τελικό παραχθέν αποτέλεσμα με τα πρότυπα.

3) Σχεδιασμός βελτιώσεων.

Εάν εκτιμηθεί ότι η ποιότητα είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από τα αποδεκτά όρια των αρχικών προσδοκιών, τότε γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες.

4) Ανάλυση δράσης.

Αυτή εξαρτάται από τα προκύψαντα αποτελέσματα του τρίτου σταδίου, με ευεπιφόρο το έδαφος για περεταίρω ποιοτική βελτίωση τεκμηρίωση.

Το πιο απαραίτητο εργαλείο για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι η τεκμηρίωση.

Για κάθε δραστηριότητα πρέπει να υπάρχουν σαφείς προδιαγραφές που να την ορίζουν ώστε να είναι δυνατή η ανασκόπηση της διαδικασίας και η διόρθωση των σφαλμάτων.

Αυτό γίνεται δυνατό στα είναι γνωστό το περιεχόμενο της κάθε δραστηριότητας και αν αυτή υλοποιήθηκε σωστά ούτως ώστε να εντοπισθεί η αιτία που προκάλεσε κάποιο πρόβλημα εάν είναι τυχαίο η συστηματική και μετά να εφαρμοστούν οι διορθωτικές ενέργειες.

Η τεκμηρίωση περιλαμβάνει έξι επίπεδα:

Επίπεδο 1: Εγχειρίδιο ποιότητας, αφορά τις πολιτικές και τους στόχους ποιότητας της εταιρείας ή του οργανισμού.

Επίπεδο 2: Διαδικαστικές λειτουργίες αφορούν τις διαδικασίες τμημάτων της εταιρείας.

Επίπεδο 3: Οδηγίες εργασίας (τι, πότε, πόσο, πως).

Επίπεδο 4: Έντυπα επικοινωνίας

Επίπεδο 5: Αρχείο

Επίπεδο 6: Εξωτερικά έντυπα

Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι κώδικες δεοντολογίας και ηθικής του ιατρικού επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον ασθενή.

Η δημιουργία του σύγχρονου νοσοκομείου και η ενσωμάτωση του ιατρικού επαγγέλματος στις λειτουργίες του, διαμόρφωσαν την ανάγκη για την υιοθέτηση πιο περίπλοκων μεθόδων για τη διασφάλιση της ποιότητας στον χώρο της υγείας. Επίσης για την διασφάλιση της ποιότητας απαιτούνται η

ευθύνη της διοίκησης, η διαχείριση πόρων, η πραγμάτωση προϊόντος ή υπηρεσίας.

Ο Avedis Donabedian εισήγαγε στον χώρο υπηρεσιών της υγείας το τρίπτυχο αξιολόγησης δραστηριοτήτων ποιότητας υγείας «Δομή – Διαδικασίες – Αποτέλεσμα». Συνέβαλε στην δημιουργία του πλαισίου για τις σύγχρονες αξιολογήσεις ποιότητας και βελτιωτικές πρακτικές.

«Οι δομές καλύπτουν την υποδομή και τους πόρους και αναφέρονται στους χώρους, τα κτίρια, τον εξοπλισμό και όλους γενικά τους αντίστοιχους παράγοντες που δρουν υποστηρικτικά στην παροχή ποιοτικής φροντίδας, αλλά δεν την εξασφαλίζουν» (Τσάκος, 2003, 93).

Ο όρος διαδικασία αναφέρεται στον τρόπο ή την σειρά με την οποία γίνονται τα πράγματα και αφορά τον θεσμοθετημένο, κανονικό ή ορθό τρόπο τέλεσης τους.

Συνήθως υπάρχουν ρητοί κανόνες τυπικοί. Οι άτυποι οι οποίοι καθοδηγούν την εκτέλεση των ενεργειών. Στον χώρο της διασφάλισης της ποιότητας μια διαδικασία εκδίδεται για να καθοδηγήσει τους ανθρώπους να εκτελέσουν μια δραστηριότητα.

Με τον όρο διεργασία περιγράφεται ένας μηχανισμός μετατροπής που προσθέτει αξία στο παραγόμενο αποτέλεσμα, προϊόντος ή υπηρεσίας.

Κοντολογίς διαδικασία είναι ο συμφωνημένος και τεκμηριωμένος τρόπος υλοποίησης κάποιας διεργασίας.

Αποτελεσματικότητα ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης των στόχων που τέθηκαν για το πληθυσμό κάτω από τις συνθήκες που αυτοί υλοποιήθηκαν. Ο ιατρικός έλεγχος και η διασφάλιση της ποιότητας αποτελούν τις καθιερωμένες μεθόδους αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Οι αρχειακές πηγές της φροντίδας υγείας αποτελούν τις βάσεις των δεδομένων για τον ιατρικό και κλινικό έλεγχο «οι διαγνώσεις των ιατρών, οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν, οι αποφάσεις που λήφθηκαν, τα φάρμακα που συνταγογραφήθηκαν, θα πρέπει να υφίστανται έλεγχο και να συγκρίνονται με τα πρότυπα που έχουν προκαθορισθεί και διανεμηθεί στους

εμπλεκόμενους στην φροντίδα υγείας υγειονομικούς» κείμενα ομοφωνίας (Κυριόπουλος, Λιονής, 2004, 49).

6.2. Χαρακτηριστικά διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 εισάγεται η έννοια της ολικής ποιότητας στον χώρο της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε θέσει ως στόχο την δεκαετία του 1980 – 1990 την εγκατάσταση από όλα τα κράτη – μέλη των μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Επίσης στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν εθνικά και διεθνή πρότυπα για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθησή της.

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι μια λειτουργία που αφορά το εξειδικευμένο προσωπικό: γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες εμπλεκόμενους στις υπηρεσίες υγείας.

Εξετάζει τον γιατρό και τους άλλους που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα.

Αναζητά τις αποκλίσεις από το καθιερωμένο για να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις, κάνει χρήση των προτύπων απόδοσης και όταν διαπιστωθούν αποκλίσεις οι διευθυντές αναλαμβάνουν σχέδια δράσης.

Οι εκθέσεις της διασφάλισης ποιότητας συντάσσονται από εξειδικευμένο προσωπικό και χρησιμοποιούν κριτικούς όρους όπως «τέλειος» ή «απαιτών βελτίωσης».

Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι σημαντικά ανεπτυγμένες προτάσεις που βοηθούν τις αποφάσεις των γιατρών, νοσηλευτών και ασθενών για την καταλληλότερη παροχή φροντίδας υγείας κάτω από συγκεκριμένες κλινικές συνθήκες.

Αποτελούν ένα από τα βασικά σημεία για την κλινική αποτελεσματικότητα. «Βασίζονται στην τεκμηρίωση, εστιάζουν στις προτεραιότητες του

συστήματος υγείας και λαμβάνουν υπόψη τους τα συμφέροντα των ασθενών» (Παπανικολάου, 2007, 255).

Τα κλινικά πρωτόκολλα είναι ακριβή και λεπτομερή σχέδια για την μελέτη ενός ιατρικού ή βιολογικού προβλήματος ή το σχέδιο για την θεραπευτική αγωγή.

Οι κλινικές οδηγίες δηλώνουν ευρέως τις αναγνωρισμένες πράξεις με μικρή λειτουργική λεπτομέρεια, ενώ τα πρωτόκολλα είναι το αποτέλεσμα της προσαρμοστικότητας στις τοπικές συνθήκες. Τα πρωτόκολλα συνδιάζουν τα επιστημονικά τεκμήρια με την κλινική πρακτική και παράγουν κλινικά έγκυρες και λειτουργικές εισηγήσεις.

Στα πρότυπα νοσηλευτικής πρακτικής τίθενται τα εξής ζητήματα:

- Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναπτύξουν ίδια νοσηλευτικά και επαγγελματικά πρότυπα.
- Η καλή νοσηλευτική πρακτική σχεδιάζεται και αναθεωρείται συστηματικά και βασίζεται σε κοινούς στόχους.
- Τα κοινώς αποδεκτά πρότυπα παρέχουν τη βάση για μέτρηση της απόδοσης.
- Τα πρότυπα της νοσηλευτικής επηρεάζουν τη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, την εκπαίδευση, τη διοίκηση και την έρευνα.

Τα πρότυπα για να οδηγούν στην βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας στη φροντίδα υγείας πρέπει να είναι:

- Ρεαλιστικά και επιτεύξιμα με τους διαθέσιμους πόρους.
- Βασισμένα στις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών.
- Πραγματικοί και σημαντικοί δείκτες ποιότητας.
- Εκπεφρασμένα σαφώς και μονοσήματα.
- Συνεπή με τους στόχους και τις αξίες της υπηρεσίας.
- Δημιουργημένα με την συνεργασία των ανθρώπων που πρόκειται να τους ζητηθεί να τα υλοποιήσουν.
- Μετρήσιμα και ελεγχόμενα.

6.3. Πρότυπα ποιότητας

Για την διευκόλυνση με τη συνεχή βελτίωση προς την αριστεία των συστημάτων υγείας έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι και εργαλεία διασφάλισης της ποιότητας που εφαρμόζονται στη βιομηχανία, στον τομέα παροχής υπηρεσιών και στον χώρο της υγείας, τα γνωστά πρότυπα. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι:

Τα πρότυπα ISO 9000

Το 1987 εκδόθηκαν τα Διεθνή Πρότυπα της Διεθνούς Οργάνωσης Τυποποίησης, γνωστά με την ονομασία «σειρά ISO 9000» τα οποία περιέχουν απαιτήσεις για συστήματα ποιότητας, και χρησιμεύουν τόσο στην επίτευξη ολικής ποιότητας με σκοπό την βελτίωση της απόδοσης της επιχείρησης, όσο και στη σύναψη συμβάσεων αξιολόγησης από οργανισμούς πιστοποίησης διασφάλισης από οργανισμούς πιστοποίησης διασφάλισης ποιότητας.

Το πρότυπο ISO 9000 εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο στο χώρο της υγείας, αν και για τα ελληνικά δεδομένα γνωρίζει ευρεία εφαρμογή στον κατασκευαστικό κλάδο 13,9% έναντι 5,1% στο τομέα των υπηρεσιών.

Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 έχουν υιοθετηθεί από τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης με την ονομασία ΕΛΟΤ EN ISO 9000.

Με το πρότυπο αυτό πιστοποιείται η ικανότητα των απαιτήσεων που θέτει ο ΕΛΟΤ, ότι το προϊόν ή υπηρεσία θα ικανοποιεί συγκεκριμένες προδιαγραφές και ότι η ποιότητα θα είναι σταθερή σε ένα επίπεδο γενικής αποδοχής.

Η εφαρμογή του ISO 9000 στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να καλύπτει τα ακόλουθα βασικά τμήματα:

- Υποδομή: άνθρωποι, τεχνογνωσία, περιβάλλον, ιατροτεχνική υποδομή, εγκαταστάσεις.
- Διεργασίες: σύνολο μεθόδων και τεχνικών που εφαρμόζονται σε επίπεδο μεμονωμένης κλινικής, εργαστηρίου κλπ.
- Αποτελέσματα: δείκτες παρακολούθησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η συστηματική διερεύνηση και διαχείριση των διαδικασιών που εμπλέκονται σε έναν οργανισμό ως οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε διαδικασίες είναι γνωστές ως «εφαρμογή διαδικασιών».

Έως και το 2005 είχαν αναπτυχθεί δύο πρωτοβουλίες του ISO 9001: 2000 και ISO 9004: 2000 για την εφαρμογή τους στον χώρο της υγείας.

Η μία πρωτοβουλία προέρχεται από το ίδιο το ISO και η άλλη από το CEN (Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την κανονικοποίηση).

Τον Μάιο του 2002 ο CEN ξεκίνησε τις διαδικασίες για την ανάπτυξη μιας τεχνικής οδηγίας και αναφοράς για την εφαρμογή των ISO 9000: 2000 και ISO 9004:2000 στον ευρωπαϊκό χώρο της υγείας.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης οδηγίας (CEN / TS 15224: 2005), είναι η αποτύπωση της ικανότητας του κάθε οργανισμού υγείας να ικανοποιεί τους ασθενείς και τις απαιτήσεις τους, καθώς τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του ίδιου του οργανισμού.

Η ίδια η οδηγία αποτελεί την ερμηνεία των προτύπων, ως προέκυψαν αποτέλεσμα μιας εκτεταμένης έρευνας σε διεθνές επίπεδο για την αναγνώριση των αναγκών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και την αξιοποίηση της εμπειρίας τους από την εφαρμογή του συστήματος διασφάλισης ποιότητας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν την ανάγκη για μια οδηγία που να ικανοποιεί κάθε είδος και μέγεθος οργανισμού υγείας, να έχει απλή και κατανοητή γλώσσα και να παρέχει συμβατότητα με οδηγίες άλλων προτύπων για άλλα διαχειριστικά συστήματα.

SERVQUAL

Η μέθοδος SERVQUAL δημιουργήθηκε από τους Parasuraman, Reithamr και Berry στα πλαίσια έρευνας σχετικά με την μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα ευρήματα της έρευνας εμφάνισαν μίαν απόσταση ανάμεσα στην αντίληψη των πελατών και τις προσδοκίες κάποιας υπηρεσίας, η οποία λαμβάνει 10 διαστάσεις που χρησιμοποιούν οι ίδιοι οι πελάτες για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Με την περαιτέρω έρευνα οι 10 διαστάσεις συγχωνεύθηκαν σε 5 καθώς και σε 22 σημεία αντίληψης, παράλληλα με 22 δηλώσεις προσδοκίων που αξιολογούνται σε μια κλίμακα Likert επτά βαθμών.

Τα αποτελέσματα αποτυπώνει τον διαχωρισμό της αίσθησης από τις προσδοκίες, επίσης αποτυπώνει τη σημασία που οι πελάτες αποδίδουν σε κάθε μια από τις διαστάσεις της ποιότητας, δίδοντας μίαν αντίληψη των προτιμήσεων των πελατών στους υπευθύνους του φορέα παροχής των υπηρεσιών για καλύτερες επιδόσεις στις ερευνηθείσες διαστάσεις.

Το μοντέλο αμφισβητείται στο γεγονός ότι οι 5 διαστάσεις του δεν εφαρμόζονται παντού, ενώ το ίδιο το μοντέλο ελέγχεται στο κατά πόσο μπορεί να εφαρμοστεί πλήρως σε εδραιωμένες οικονομικές, στατιστικές και ψυχολογικές θεωρίες. Παρόλα αυτά το μοντέλο χρησιμοποιείται και σε διαφοροποιημένη μορφή για την μέτρηση των προσδοκίων και των αντιλήψεων γύρω από την ποιότητα των υπηρεσιών. Παρέχει έναν πολύ χρήσιμο τρόπο συγκέντρωσης πληροφοριών μέσω δηλώσεων σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχει μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός τις οποίες καλούνται οι πελάτες να επικυρώσουν ή να αναιρέσουν.

Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας EFQM

(European Foundation Quality management)

Αποτελεί ένα ευρέως αποδεκτό εργαλείο το οποίο εφαρμόζεται σε περισσότερα από 30.000 ιδιωτικούς και δημόσιους οργανισμούς σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Το μοντέλο EFQM περιλαμβάνει τις δομικές οντότητες για την διευθέτηση ανάλυση των διαδικασιών και των αλλαγών στον εκάστοτε οργανισμό ως τα επιμέρους στοιχεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Τα στοιχεία αυτά είναι ευρέως αναγνωρισμένα και είναι αποτελέσματα συμφωνίας και η ακρίβεια στην ανάλυση τους είναι θέμα κύρους.

Το μοντέλο EFQM χρησιμοποιεί 9 βασικά κριτήρια καθένα από τα οποία αφορά διαφορετικές λειτουργίες και ταξινομούνται ως ακολούθως:

α) Προσδιοριστικοί παράγοντες αποτελούνται από 5 βασικά κριτήρια: ηγεσία, διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, πολιτική και στρατηγική, πόροι και διαδικασίες.

β) Αποτελέσματα αποτελούνται από 4 βασικά κριτήρια: εργασιακή ικανοποίηση, ικανοποίηση πελάτη, επιπτώσεις στην κοινωνία και οικονομικά αποτελέσματα. Τα βασικά κριτήρια αξιολογούν τον προσανατολισμό της εταιρείας προς την αριστεία.

Το μοντέλο υφίστανται περιοδική ανανέωση για την συνεχή και αποτελεσματική προσαρμογή του οργανισμού στις συντελούμενες αλλαγές. Συνεπώς οι άνθρωποι που δραστηριοποιούνται μέσα στον οργανισμό θα πρέπει να επιδιώκουν την συνεχή βελτίωση μέσα από τον ανοιχτό χαρακτήρα του μοντέλου, το οποίο χαρακτηρίζεται από την συνεχή αναζήτηση της αλήθειας.

JCAHO

Το JCAHO (Joint Commision of Accreditation of Health Care Organization) είναι οργανισμός που παρέχει πιστοποίηση σε οργανισμούς που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα διασφάλισης της ποιότητας JCAHO κυριαρχεί στις ΗΠΑ και θεωρείται πλήρες.

Το νοσοκομειακό πρότυπο που θέτει επιμερίζεται στα εξής κεφάλαια:

- α) Λειτουργίες που εστιάζονται στον ασθενή
- β) Λειτουργίες που εστιάζονται στο νοσοκομείο
- γ) Υποδομές και δυναμικό που στηρίζει τις λειτουργίες του νοσοκομείου
- δ) Χρήση προτύπων και μηχανισμών βαθμολόγησης για τη μέτρηση και βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

Ο Jcaho το 1992 διατύπωσε νέα πρότυπα τα οποία έδιναν έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας ενσωματώνοντας την ανασκόπηση των περιστατικών χειρουργείου, την αξιολόγηση της χρήσης φαρμάκων, φιαλών αίματος κ.α.

Η Σταθμισμένη κάρτα στοχοζυγίου

(Balanced Scorecard)

Περιγράφει και βοηθάει την εφαρμογή της διαχείρισης της στρατηγικής του οργανισμού συνδέοντας την με λειτουργικούς στόχους οι οποίοι καθοδηγούν τόσο την συμπεριφορά όσο και την επίδοση.

Είναι μια διαδικασία που παρέχει ένα πλαίσιο για συμφωνία και δέσμευση στην υλοποίηση της στρατηγικής της διοικητικής ομάδας με το σύνολο των ανθρωπίνων πόρων του οργανισμού.

Επίσης παρέχει τη δυνατότητα μιας προσέγγισης όσον αφορά την συνολική επίδοση του οργανισμού υγείας, ενσωματώνοντας τα οικονομικά μέτρα που αφορούν τον δείκτη αξιολόγησης των επιθυμιών των ασθενών πελατών, των ιατρών, των υπεύθυνων ανάληψης εξόδων, τις εσωτερικές κλινικές διαδικασίες και την προσωπική μάθηση και ανάπτυξη.

Έξι σίγμα (six sigma)

Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στον στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών. Με την χρήση της στατιστικής ανάλυσης βελτιώνει τα παραδοσιακά εργαλεία και εστιάζεται στις αιτίες των αποκλίσεων και επανακαθορίζει τις διαδικασίες για μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Η προσέγγιση αυτή μπορεί να θεωρηθεί ένα εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας, με σκοπό την παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών με μόνο 3-4 ελαττώματα ανά εκατομμύριο.

Ο πυρήνας του σχεδίου απαιτεί τέσσερα βήματα σύλληψης και ανάλυσης πληροφοριών: μέτρηση, ανάλυση, βελτίωση, έλεγχος.

Εφαρμόζεται από τον διευθυντή του οργανισμού και τους ειδικευμένους επαγγελματίες που ανησυχούν για την υγεία των ασθενών και προϋποθέτει μια ολιστική προσέγγιση της ποιότητας.

Στην Μεγάλη Βρετανία χρησιμοποιείται το διεθνές σύστημα διασφάλισης Health Care Quality Service (HQS). Ο συγκεκριμένος Οργανισμός περιλαμβάνει τέσσερις τόμους με τα επί μέρους πρότυπα ανά τόμο:

Διαχείριση κινδύνων, έλεγχος λοιμώξεων, διαχείριση πόρων, επείγοντα περιστατικά, νοσηλευτική μονάδα ημέρας, μονάδα εντατικής θεραπείας κ.α.

Καθένα από αυτά τα πρότυπα περιέχει επί μέρους κριτήρια στα οποία πρέπει να ανταποκρίνεται το νοσοκομειακό σύστημα διασφάλισης ποιότητας.

Επίσης στις ΗΠΑ υπάρχει και η Εθνική Επιτροπή για την Διασφάλιση της ποιότητας (NCQA). Είναι ένας ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός οργανισμός

προσανατολισμένος στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. οι κύριες δραστηριότητες του οργανισμού είναι η αναφορά και η αξιολόγηση των σχεδίων ποιότητας σε εθνικό επίπεδο.

Άλλοι οργανισμοί διαπίστευσης διασφάλισης ποιότητας στις ΗΠΑ είναι: ο «SSM Health Care» και το ινστιτούτο για την Βελτίωση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QALYS)

Η μέθοδος αυτή που σχετίζεται με τη διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών αποτελεσμάτων επιχειρεί να αξιολογήσει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και να συγκρίνει την αποτελεσματικότητά τους με τα κόστη που συνεπάγεται η εφαρμογή της.

Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής είναι ένας συνδυασμός της κλινικής απόφασης κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας ή κινδύνου με τη προσδοκόμενη ποιότητα ζωής του ατόμου.

Ο δείκτης αυτός επιχειρεί να μετρήσει τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα χρόνια ζωής, ως υγειονομικό αποτέλεσμα. Ο δείκτης QALYS συνδυάζει την ποσότητα ζωής με την ποιότητα σταθμισμένων σε ποσοτικά χρόνια μέτρησης.

7. Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

7.1. Τι είναι η βελτίωση της ποιότητας

Ένας οργανισμός αποτελεί ένα σύνθετο σύστημα σχέσεων μεταξύ των άμεσα εμπλεκόμενων στο εσωτερικό του όπως, οι εργαζόμενοι, οι προϊστάμενοι, διευθυντές και των διαδικασιών που συντελούνται σε εργασιακό και τεχνικό επίπεδο που συγκροτούν την δομή του.

Το 5^ο από τα 14 σημεία για τον τρόπο διοίκησης του Deming είναι «Βελτίζω συνεχώς και για πάντα το σύστημα παραγωγής και παροχής υπηρεσιών».

Ακρογωνιαίος λίθος της βελτίωσης είναι η πρόληψη από την επανάληψη των λαθών, είτε ως πρόληψη του ίδιου του λάθους, είτε ως πρόληψη από τη διαδικασία των λαθών στα επόμενα στάδια της παραγωγής.

Επίσης η διοίκηση ενός οργανισμού δεν είναι αρκετό να παραμένει ικανοποιημένη επειδή έχει εκπληρώσει τα σημερινά πρότυπα και προδιαγραφές. Συνεπώς η βελτίωση είναι ζωτικής σημασίας για την αποφυγή της στασιμότητας στη φροντίδα των ασθενών.

Η βελτίωση της ποιότητας αφορά όλες τις διαδικασίες στο εσωτερικό του οργανισμού που λειτουργούν σαν αλυσίδα χωρίς τέλος τόσο σε κλινικές όσο και σε μη κλινικές δραστηριότητες.

Οι κύριες διαδικασίες στην παροχή υγειονομικής φροντίδας εντοπίζονται στη γνώση του εργαζομένου στις τεχνικές του ικανότητες και στις διαπροσωπικές του σχέσεις που αφορούν το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η παροχή της υγειονομικής φροντίδας υποστηρίζεται από τις υπηρεσίες του διοικητικού και τεχνικού προσωπικού, τον εξοπλισμό κ.α.

Στη διοίκηση ολικής ποιότητας των νοσοκομειακών μονάδων, ως εξωτερικοί πελάτες είναι οι ασθενείς, οι οικογένειες, οι φίλοι, η κοινότητα κ.α. και ως εσωτερικοί πελάτες είναι οι εργαζόμενοι και τα τμήματα του οργανισμού.

Με την χρήση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων αποκτούμε γνώση τι επιθυμούν οι πελάτες ασθενείς, τι τους ευχαριστεί και τι τους δυσαρεστεί, βασιζόμενοι στις κρίσεις τους για τις υπηρεσίες που έκαναν χρήση.

Αν στην πολύπλοκη δομή του νοσοκομείου στη θέση του ανταγωνισμού λειτουργούσε η συνεργασία μεταξύ εσωτερικών πελατών / εργαζομένων και

μεταξύ τμημάτων, τότε το νοσοκομείο θα ήταν ο ιδεώδης χώρος για τους ασθενείς και για τους εργαζόμενους.

Σε έρευνα της Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ. φαίνεται ότι υπάρχει από μέτρια έως πολύ κακή πρόσβαση στα νοσοκομεία καθώς και στην επικοινωνία και στην παροχή πληροφοριών από το προσωπικό.

Για την επιδίωξη της βελτίωσης πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο κάθε εργαζόμενος λειτουργεί ως προμηθευτής, επεξεργαστής και πελάτης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να εκπαιδεύονται συνεχώς «Με την κατάλληλη εκπαίδευση στις μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι τεχνικοί και οι άλλοι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας (Παπανικολάου, 2003, 164).

Η επιμόρφωση του προσωπικού ανταποκρίνεται στο 6^ο σημείο του Deming «Φρόντισε για την εισαγωγή της εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της εργασίας». Επίσης κρίνεται αναγκαία η χρησιμοποίηση της «εξαιρετικής γνώσης» των στατιστικών μεθόδων και τεχνικών «ό,τι δεν μετριέται, δεν υπάρχει».

Αν δεν μετριοούνται τα λάθη μας, δεν υπάρχουν.

Αν δεν μετριέται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, δεν υπάρχει.

Αν δεν μετριέται η ικανοποίηση των ασθενών, δεν υπάρχει.

Για να βελτιωθεί κάτι πρέπει να μετρηθεί.

Η μακροπρόθεσμη βελτίωση ονομάζεται Kaizen, είναι χρονοβόρα και απαιτεί ομαδική προσπάθεια και εστιάζεται στη διαδικασία, απαιτεί μικρή επένδυση, μεγάλη όμως προσπάθεια για τη διατήρησή της.

Η βραχυπρόθεσμη βελτίωση ονομάζεται καινοτομία, είναι το αποτέλεσμα μιας τεχνολογικής ανακάλυψης βασισμένης σε μεμονομένες ιδέες και προσπάθειες και εστιάζεται στο αποτέλεσμα.

Στις μορφές ιατρικού έργου εντάσσονται και οι θεραπευτικές καινοτομίες όπου προϋποθέτουν τον ενεργητικό ρόλο του ασθενή.

Στο νοσοκομείο ο γιατρός αντιμετωπίζει το δίλημμα ανάμεσα στο πειραματισμό και τη θεραπεία. Ο γιατρός και ο ασθενής επιχειρούν ένα τόλμημα μεταξύ αβεβαιότητας και επιτυχούς θεραπείας της καινοτόμου μεθόδου.

Στο νοσοκομειακό μικροπολιτισμικό περιβάλλον διαμορφώνεται μια σχέση μεταξύ ιατρικής ομάδας και ασθενή όπου ο ασθενής ενήμερος για την κατάσταση του αντιμετωπίζεται ως συνάδελφος και ταυτόχρονα εκπαιδεύεται η μείωση του άγχους του.

Όπως επισημαίνεται στην παρούσα εργασία η ολική ποιότητα είναι η αλλαγή των νοοτροπιών και συμπεριφορών των εργαζομένων με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας στο εσωτερικό της επιχείρησης.

Η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εντοπίζεται στα εξής βήματα:

- 1) Κατανόηση των διοικητικών και προσωπικών προδιοκιών των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών.
- 2) Δημιουργία οργανωτικού πνεύματος και κλίματος ηγεσίας για την σωστή κατεύθυνση και θετική επιρροή και συμπεριφορά των άλλων ανθρώπων βασιζόμενα σε μια ισχυρή δομή παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.
- 3) Δημιουργία σαφών και συνοπτικών προσδοκιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι οποίες αφορούν όλους τους εμπλεκόμενους στο έργο της νοσηλευτικής μονάδας.
- 4) Συγκρότηση πρότυπων για όλες τις διαδικασίες και για όλα τα επίπεδα.
- 5) Συνεχής αξιολόγηση της απόδοσης του οργανισμού των παρεχομένων υπηρεσιών, με την χρήση εργαλείων για την επιβράβευση και ανδυνάμωση των προσπαθειών για την διαρκή βελτίωση της ποιότητας.
- 6) Καλή τήρηση του συστήματος διασφάλισης ποιότητας και περιγραφή των διαδικασιών με την χρήση ενός μηχανισμού τεκμηρίωσης ο οποίος οδηγεί στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

7.2. Χαρακτηριστικά βελτίωσης της ποιότητας

Η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί ευθύνη όλων και μελετά τις διεργασίες παραγωγής, εντοπίζει τις αποκλίσεις αλλά εστιάζει πολύ περισσότερο στη βελτίωση του μέσου όρου. Επιδιώκει την συνεχή βελτίωση των δυνατοτήτων που εμπεριέχονται στις διεργασίες, για την πληρέστερη κάλυψη των

προδιαγραφών που τίθενται από τους ασθενείς, τους εργαζόμενους και από τους άλλους εμπλεκόμενους.

Βασική προϋπόθεση στη βελτίωση της ποιότητας είναι ότι για την ανάλυση των προβλημάτων και για την διαμόρφωση των λύσεων πρέπει να συμμετέχει ένα μεγάλο φάσμα λειτουργιών και ιεραρχικών επιπέδων.

Οι εκθέσεις είναι λιγότερο κριτικές και περισσότερο αναλυτικές με την χρησιμοποίηση διαγραμμάτων ροής των διεργασιών και διαγραμμάτων ελέγχου.

Συντάσσονται από μέλη των ομάδων εργασίας και παρέχουν στους διευθυντές τη πληροφόρηση που ζητούν για την βελτίωση της ποιότητας.

7.3. Τα οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφορά τους ασθενείς που είναι οι άμεσοι χρήστες και καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών και το ευρύτερο περιβάλλον των συγγενών τους.

Επίσης η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει τους επαγγελματίες παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι, διοικητικοί). Ακόμα και εκείνους που επωμίζονται τα κόστη των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) και τέλος η ποιότητα αφορά όλη την κοινωνία.

Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας υγείας ενδιαφέρουν:

- 1) τους ασθενείς, με τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση της νόσου για την αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση καθώς επίσης και η αποφυγή των πιθανών επιπλοκών. Η σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων και η κατά το δυνατόν μείωση του χρόνου παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο σε συνδυασμό με το περιβάλλον αποδίδει ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη.
- 2) Τους επαγγελματίες υγείας, γιατί αποδίδεται ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών των οικογενειών τους και κατ' επέκταση της κοινωνίας. Τους απαλλάσσει από τον καθημερινό εκνευρισμό και το άγχος, αποκομίζουν ικανοποίηση από την εργασία τους και έχουν μεγαλύτερη ανοχή από την κοινωνία σε τυχόν λάθη τους.

3) Τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η βελτίωση της ποιότητας ως απόρροια της λιτής παραγωγής συμβάλλει στη μείωση του οικονομικού κόστους στις δαπανηρές λειτουργίες των νοσοκομειακών μονάδων. Έτσι παρέχεται η δυνατότητα διάθεσης των εξοικονομούμενων πόρων σε άλλες λειτουργικές ανάγκες, όπως η βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, η κλινική έρευνα κ.α.

4) Τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Η μείωση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων παρέχει στους ασφαλιστικούς οργανισμούς οφέλη, με ταυτόχρονη την ικανοποίηση των ασφαλισμένων ως κοινωνικό όφελος.

5) Το κράτος και την κοινωνία.

Η μείωση του χρόνου νοσηλείας συμβάλλει στην παραγωγικότητα του πολίτη και η μείωση των δαπανών ωφελεί το κράτος. Επίσης βελτιώνει την εικόνα του κράτους και αυξάνει την εμπιστοσύνη των πολιτών προς τις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες.

7.4. Τα εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας

Η επιτυχής διεκπεραίωση της διοίκησης ολικής ποιότητας οφείλεται και στην χρήση των εργαλείων για την βελτίωση της ποιότητας. «Η ολική ποιότητα δίνει έμφαση στη χρήση της στατιστικής για να εξηγήσει τα δεδομένα με ακρίβεια και να εξαγει ουσιαστικές πληροφορίες ώστε οι διαδικασίες σε έναν οργανισμό να κατανοηθούν, να βελτιωθούν και να παρακολουθηθούν» (Παπανικολάου, 2007, 410).

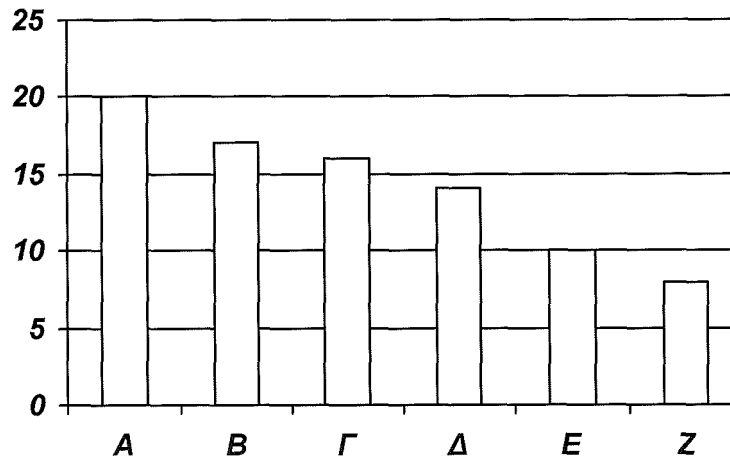
Συνοπτικά τα ποιοτικά εργαλεία είναι:

1) Διάγραμμα Pareto (Ιταλός οικονομολόγος και κοινωνιολόγος).

Η ανάλυση Pareto αποτελεί τη γραφική αναπαράσταση των αιτιών του προβλήματος ταξινομημένων ανάλογα με τη σημασία και τις εκπώσεις τους.

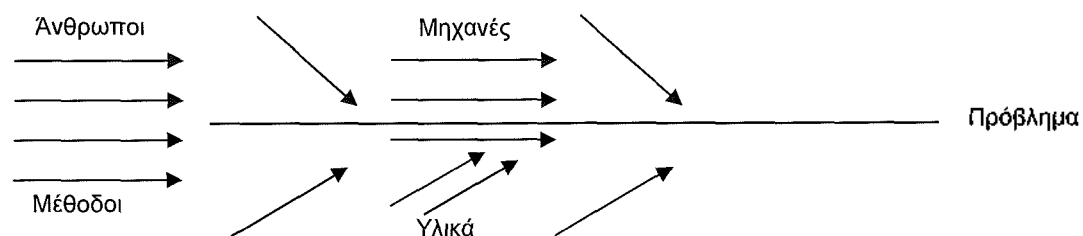
Κατά τη σχεδίαση του διαγράμματος όταν το φαινόμενο του υπό ανάλυση προβλήματος καταγράφονται και κατηγοριοποιούνται με βάση τη σπουδαιότητα και τη συχνότητα εμφάνισης τους. Ακολουθεί η επικέντρωση στις κρίσιμες αιτίες ή προβλήματα με τον καθορισμό της ιεραρχικής και

αποτελεσματικής σειράς επίλυσης του προβλήματος και αναλύεται η επιρροή των αλλαγών πριν και μετά την εμφάνισή τους.



Το διάγραμμα pareto γίνεται συνήθως με συνδυασμό του διαγράμματο αιτίας αποτελέσματος.

2) Διάγραμμα αιτιών – αποτελέσματος, γνωστό ως διάγραμμα Ishikawa ή διάγραμμα ψαροκόκαλο, που χρησιμοποιήθηκε για να επιλύσει μια σειρά προβλημάτων ποιότητας στη γραμμή παραγωγής. Το προκύπτον αποτέλεσμα σπάνια έχει μια μοναδική αιτία. Τα πεδία που σχετίζονται με τα αίτια που πρόκειται να αναλυθούν είναι «άνθρωποι», «μηχανές», «μέθοδοι», «υλικά», «περιβάλλον» και «διαχείριση».



3) Φύλλο καταγραφής δεδομένων.

Πρόκειται για μια συστηματική συλλογή στον εντοπισμό για μια συστηματική συλλογή στον εντοπισμό των τάσεων και ομοιοτήτων, στην αποκρυστάλλωση της εικόνας για την υπάρχουσα κατάσταση και συμβάλλει στις απεικονιστικές μετρήσεις των γραφικών παραστάσεων και αναλύσεων.

Ημέρες	8-11	11-2	2-5	5-8	8-11	11-12	2-5	5-8	Σύνολο
Δευτέρα	✓								
Τρίτη			✓						
Τετάρτη						✓			
Πέμπτη		✓							
Παρασκευή						✓			
Σάββατο									
Κυριακή									
Σύνολο									

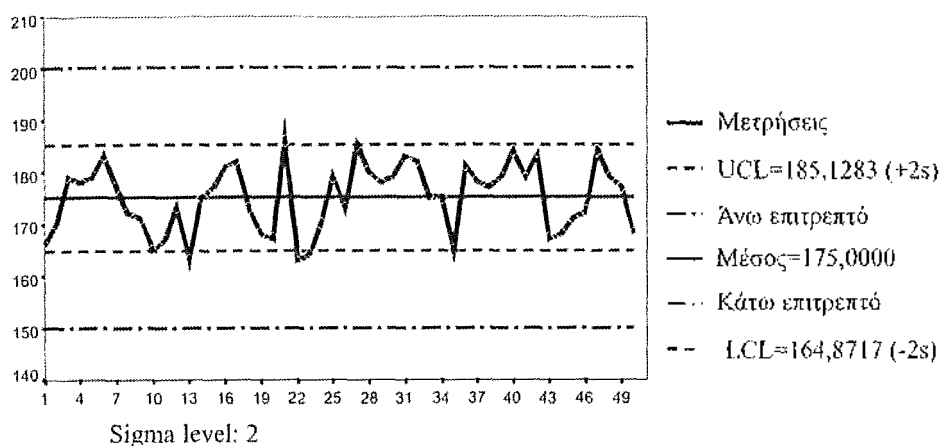
4) Διάγραμμα Ροής.

Αποτελεί την απεικόνιση μιας περίπλοκης διαδικασίας ποικίλων αρμοδιοτήτων και δραστηριοτήτων. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση πέντε διαφορετικών συμβόλων που αναγνωρίζονται οι βασικές πτυχές μιας διαδικασίας.

5) Διάγραμμα Ελέγχου.

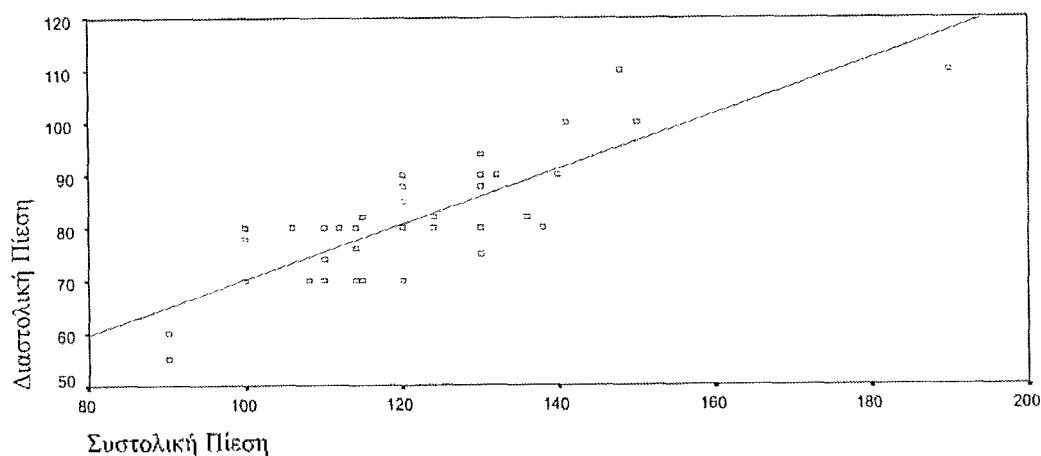
Το διάγραμμα αυτό βασίζεται στην κανονικότητα των δεσμεύσεων και παρουσιάζει τα ανώτατα και κατώτατα όρια ελέγχου, απεικονίζοντας το αποδεκτό εύρος της απόκλισης ενός ποιοτικού ή άλλου χαρακτηριστικού.

Τα όρια αυτού του εύρους καθορίζονται στο διάγραμμα από δύο παράλληλες γραμμές αναπαριστώντας το ανώτερο και κατώτερο όριο ελέγχου.



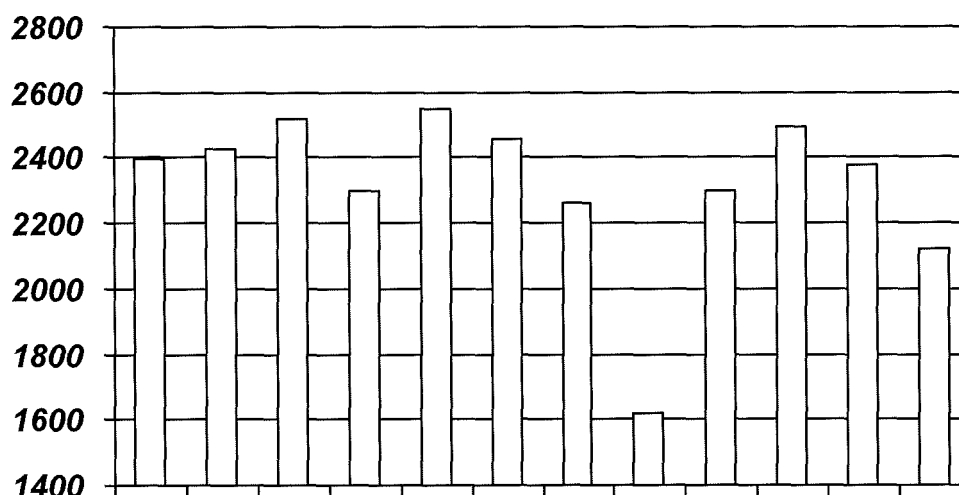
6) Διάγραμμα διασποράς.

Αποτελεί τη μέση γραφική παράσταση της συσχέτισης των μεταβλητών. Δείχνει πως οι τιμές μιας μεταβλητής Y μεταβάλλονται όταν μεταβάλλονται οι τιμές μιας μεταβλητής X . Οι αναλυόμενες μεταβλητές αποτελούν τη σχέση αιτίας αποτελέσματος.



7) Διάγραμμα ιστόγραμμα.

Η κατανομή της συχνότητας αναπαρίστανται γραφικά με τη μορφή στηλών που αντιστοιχεί στις συχνότητες των μετρούμενων αξιών. Τα δεδομένα κατηγοριοποιούνται ενώ εμφανίζεται η συχνότητα των συγκεκριμένων τιμών. Η απεικόνιση της σχέσης των μετρούμενων αξιών ή τιμών δείχνει το εύρος της κατανομής.



8. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αξιολόγηση θεωρείται η επιστημονική διαδικασία εκτίμησης των σκοπών της συστηματικής δραστηριότητας των υπηρεσιών υγείας, αποσκοπούσα στη βελτίωση τους και στην ορθή κατανομή των ανθρωπίνων και υλικών πόρων με αντικειμενικό σκοπό την επιβεβαίωση της επίτευξης των σκοπών αυτών.

«Σύμφωνα με τον Deming τα κριτήρια είναι:

- Η έγκαιρη επιστημονική βάση για την άσκηση του ιατρικού λόγου.
- Η παροχή προληπτικών προγραμμάτων υγείας.
- Η καλή συνεργασία του προμηθευτή με τον καταναλωτή των υπηρεσιών.
- Η ολοκληρωμένη θεραπεία του ασθενή και η ύπαρξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενή.
- Ο συντονισμός και η συνεργασία μεταξύ ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών.
- Η προσπελασιμότητα σε φροντίδες υγείας για όλους ανεξάρτητα από φυλή, φύλο, μόρφωση και οικονομική κατάσταση. (Τσελέπη, 2000, 164).

Ο Donabedian διετύπωσε την άποψη ότι ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στη νοσοκομειακή περίθαλψη πρέπει να αξιολογείται όχι μόνον στο τεχνικό επίπεδο της επιστημονικής υγειονομικής φροντίδας, αλλά και στα επίπεδα των προσωπικών προτιμήσεων και αξιών του ασθενή, καθώς επίσης και τις αξίες που διέπουν το κοινωνικό – πολιτισμικό περιβάλλον με τους «επτά στυλοβάτες» της ποιότητας:

- 1) Κλινική αποτελεσματικότητα: ο βαθμός επιτυχίας στην παροχή φροντίδας υγείας σε σχέση με τον στόχο ποιότητας.
- 2) Αποτελεσματικότητα: ο βαθμός βελτίωσης των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας.
- 3) Αποδοτικότητα: η επίτευξη των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος.
- 4) Βελτιστότητα: η επιδίωξη των μέγιστων αποτελεσμάτων στο ισοζύγιο κόστους – οφέλους.

5) Αποδεκτικότητα: η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών, των λειτουργών και του κόστους της φροντίδας υγείας.

6) Νομιμότητα: Ως η κατακλείδα των παραπάνω.

7) Δίκαιη διανομή ωφελειών: ο δίκαιος καταμερισμός της παροχής φροντίδας και οι επιπτώσεις της στην κοινωνία.

Επίσης εκτός των παραπάνω θα πρέπει να αξιολογούνται συγκριτικά με διαπιστωμένη αξιοπιστία

- ο ιατρικός φάκελος των ασθενών
- ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τυχόν πρόσφατη χρήση υπηρεσιών υγείας.

(Maxwell υποστηρίζει ότι η ποιότητα της υγείας προσδιορίζεται από πολλούς παράγοντες, αναφερόμενος στις έξι διαστάσεις.

1 Προσπελασιμότητα, η υπέρβαση των ανασταλτικών παραγόντων προκειμένου οι άνθρωποι να διασφαλίσουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας υπερνικώντας τα γεωγραφικά, οικονομικά και γλωσσικά εμπόδια.

2) Ισότητα, η μεταχείριση ενός ασθενούς ή μιας ομάδας ασθενών να είναι ίδια με αυτή που έχουν κάποιοι άλλοι.

3) Κοινωνική αποδοχή, η άποψη του πελάτη για το επίπεδο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας η οποία του προσφέρεται.

4) Αποδοτικότητα, η επιδίωξη του χαμηλότερου δυνατού κόστους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και ποιο είναι το αποτέλεσμα της σύγκρισης του κόστους με τα κόστη άλλων οργανισμών;

5) Τεχνική αποτελεσματικότητα. Η θεραπεία για κάθε ασθενή να είναι η καλύτερη δυνατή από τεχνικής άποψης.

6) Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες, είναι η συμφωνία για την αποδοχή ενός καλύτερου δυνατού πλαισίου για τις ανάγκες των ατόμων, την έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας.

Το 1919 η Isabel Stewart ανέπτυξε μια επιστημονική άποψη για την αξιολόγηση που αποτελείται από οκτώ σημεία. «Το σύστημα περιλαμβάνει: την ασφάλεια, την θεραπευτική επίδραση, την εξοικονόμηση χρόνου, την

εξοικονόμηση ενέργειας και προσπάθειας, την εξοικονόμηση πρώτων υλών και κόστους, την απλότητα και προσαρμοστικότητα και την δεξιολογία» (Στάμου, 16).

8.1. Οι Δείκτες Αποδοτικότητας

Οι δείκτες αποδοτικότητας, είναι στατιστικοί δείκτες μέτρησης των δραστηριοτήτων, αποτελεσμάτων και της ποιότητας των οργανισμών υγείας.

Δίνουν έμφαση στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, στην ισότητα, στην πρόσβαση των υπηρεσιών, στην αποτελεσματικότερη απόδοση των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας και στην εμπειρία του ασθενή από τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της αποδοτικότητας θα πρέπει να εστιάζουν στις υπηρεσίες που είναι σημαντικές για το νοσηλευτικό ίδρυμα.

Οι πλέον συχνά εμφανιζόμενοι δείκτες είναι οι παρακάτω:

1) Γενικοί Δείκτες

- Συμβάντα σχετιζόμενα με την χορήγηση φαρμάκων
- Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων
- Ενδοσκοπικές λοιμώξεις
- Θνητότητα
- Βαθμός ικανοποίησης του πελάτη / ασθενή
- Συμβάντα σχετιζόμενα με τον πελάτη / ασθενή
- Επαναεισαγωγές για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα
- Πληρότητα κλινών

2) Δείκτες Επειγόντων Υπηρεσιών

- Χρόνος αναμονής και εξέτασης από τον γιατρό
- Μέση διάρκεια παραμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, από την εισαγωγή μέχρι την μεταφορά στην μονάδα
- Ανεπιθύμητη έκβαση μετά την αποχώρηση από το τμήμα επειγόντων περιστατικών

3) Δείκτες Εξωτερικών Ιατρείων

- Χρόνος αναμονής για εξέταση από τον γιατρό
- Χρόνος αναμονής στο φαρμακείο
- Χρόνος αναμονής αποτελεσμάτων εξετάσεων

4) Δείκτες Διαχείρισης Πληροφόρησης

- Απώλεια ιατρικών φακέλων
- Ανεπάρκεια καταγραφής ιατρικών φακέλων
- Συμβάντα σχετιζόμενα με την ασφάλεια του προσωπικού
- Απουσίες προσωπικού

8.2. Ο Ποιοτικός Έλεγχος

«Ποιοτικός έλεγχος είναι το σύνολο των λειτουργικών τεχνικών διαδικασιών, οι οποίες επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών». (Παπανικολάου, 2007, 37).

Ο έλεγχος αυτός ενώ είναι μια σχετικά εύκολη διαδικασία για τις επιχειρήσεις παραγωγής βιομηχανικών προϊόντων, είναι πολύ δύσκολο να εφαρμοστεί σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών, όπως στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών όπου υπάρχει ένας έντονος υποκειμενισμός. Παρόλα αυτά ο ποιοτικός έλεγχος εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας και προγραμματίζει κατάλληλα για την επίλυση τους χωρίς να δημιουργεί καινούρια.

Βασική αδυναμία του ποιοτικού ελέγχου είναι ότι εντοπίζει τα προβλήματα σχεδιασμού, παραγωγής και διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, τότε που η επανόρθωση κοστίζει πολύ περισσότερο, γιατί το κόστος κατασκευής ενός προϊόντος ή της παροχής μιας υπηρεσίας έχει ήδη καταβληθεί.

Το ξεπέρασμα αυτής της αδυναμίας προϋποθέτει ότι ο ποιοτικός έλεγχος θα πρέπει να ξεκινήσει από την επισήμανση και καταγραφή του προβλήματος και ακολουθεί θα πρέπει να εκτιμηθεί σε ποιο βαθμό από τα συστατικά στοιχεία του συστήματος όπως δομή, διαδικασίες και αποτέλεσμα θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών.

8.3. Οι Κύκλοι Ποιότητας

Ο κύκλος ποιότητας ορίζεται μια ομάδα εργαζομένων μεταξύ 4-12 ατόμων, οι οποίοι συναντώνται εθελοντικά σε τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων του τομέα εργασίας τους τα οποία δεν είναι δυνατόν να λυθούν με συμβατικές μεθόδους.

«Ως ομάδα ορίζεται η οντότητα με μέλη δύο ή περισσότερα άτομα τα οποία εργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων... Τα χαρακτηριστικά μιας ομάδας είναι: η κοινή στοχοθεσία προς επίτευξη, β) η κοινή αίσθηση ταυτότητας – τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά, γ) οι ευκαιρίες συμμετοχής – αλληλεπίδρασης, δ) η συνοχή και ε) τα στοιχεία δομής – ηγέτης και υφιστάμενο» (Παπανικολάου, 2007, 521).

Η αντίληψη για τους κύκλους ποιότητας καλλιεργήθηκε στην Ιαπωνική βιομηχανία στη δεκαετία του 1960. Οι επιτυχημένοι οικονομικοί οργανισμοί διαθέτουν μεγάλο αριθμό κύκλων. Π.χ. η Toyota έχει πάνω από 5.800 κύκλους ποιότητας.

Βασικά μέρη του κύκλου ποιότητας είναι:

α) Το περιγραφικό που αποτελεί μια καταγραφή των διαδικασιών ώστε να γνωρίζουν τα μέλη τους στόχους, τη φιλοσοφία και τα πρότυπα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν

β) Η μέτρηση των προτύπων

γ) Η ανάληψη δράσης που ακολουθεί τη διαδικασία → σύγκριση → τι θα πρέπει να είναι → τι είναι → ανάληψη δράσης για της εξασφάλισης ποιότητας → επανέλεγχος για επιβεβαίωση, βελτίωση.

Ο κύκλος ποιότητας για να λειτουργήσει απαιτούνται: 1) μια οργανωτική επιτροπή, 2) ένα συντονιστή, 3) έναν επικεφαλής, 4) μέλη, 5) διαδικασία επίλυσης προβλημάτων, 6) γραπτή αναφορά και παρουσίαση του έργου στη διοίκηση.

Με τον τρόπο αυτό τα μέλη που συμμετέχουν στον κύκλο ποιότητας, επιδεικνύουν αυξημένο ενδιαφέρον, καθώς η συμμετοχή είναι εθελοντική χωρίς τον εξαναγκασμό της διοίκησης, είναι τέλος ότι η αξιοποίηση της δυνατότητας ως ατομικό όφελος και καταξίωση συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στο συλλογικό όφελος.

9. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

9.1. Η κοινωνική διάσταση της υγείας, της ασθένειας και της ιατρικής

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής ευεξίας, πνευματικής, και κοινωνικής και όχι μόνον η μη ύπαρξη ασθένειας ή αναπηρίας. Ο ορισμός για την υγεία διαμορφώνεται σε ένα επίπεδο καθαρά οργανικό ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η σωματική πνευματική και κοινωνική ευεξία δίνει στην υγεία μια προοπτική που ξεπερνάει την απλή οργανική κατάσταση, στην ολοκλήρωση και στην αρμονία στις σχέσεις του ανθρώπου με τους άλλους.

Ασθένεια είναι κατάσταση εκείνη όπου ο ανθρώπινος οργανισμός προσπαθεί να διατηρήσει την διαταραγμένη ομοιόστασή του. «Ομοιόσταση είναι η ικανότητα που έχει ο οργανισμός να διατηρεί σταθερά τα στοιχεία που συνοδεύονται με την επιβίωσή του, όπως λ.χ. η σύνθεση του αίματος, η θερμοκρασία παρά τις διαταρακτικές συνθήκες του περιβάλλοντος». (Τσαούσης, 1991, 180).

Όταν όμως ο οργανισμός παρουσιάσει μια αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος τότε η ομοιόσταση διαταράσσεται. Η διατάραξη των χαρακτηριστικών του οργανισμού δεν είναι μόνο σωματική αλλά και ψυχολογική κατάσταση.

Η ασθένεια αποτελεί μια σύγκριση με το περιβάλλον, π.χ. ο μολυσμένος αέρας, ο υπερβολικά έντονος ρυθμός της ζωής, οι χημικές τροφές κ.α. αποτελούν τους παράγοντες που παραβιάζουν την καλή φυσική κατάσταση του οργανισμού. Η παραβίαση των χαρακτηριστικών της καλής φυσικής κατάστασης συνοδεύεται από δυσάρεστα συμπτώματα που κάνουν ανίκανο τον ανθρώπινο οργανισμό να εργαστεί και όταν είναι βαριάς μορφής μπορεί να τον οδηγήσουν στον θάνατο. Ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από την ικανότητά του να προβάλλει αντίσταση στην επιθετικότητα αυτή, γιατί βιώνοντας τις καταστρεπτικές συνέπειες της ασθένειας του απέχει από τις κοινωνικές δραστηριότητες του, απομακρύνεται από τους άλλους και δεν ασκεί τις

ικανότητες και τους ρόλους του. Η αντιθετική σχέση υγείας και ασθένειας αναπαριστά την σχέση ανθρώπου και κοινωνίας.

Η υγεία είναι η φυσική κατάσταση εφόσον ο άνθρωπος βρίσκεται σε κατάσταση αρμονίας με το κοινωνικό περιβάλλον.

Η ασθένεια είναι η παραβίαση της φυσικής κατάστασης του ατόμου με την εισαγωγή στο σώμα βλαπτικών για την υγεία στοιχείων, τα οποία αποτελούν τους παράγοντες κακής υγείας. Η σχέση ασθένειας και κοινωνίας επηρεάζει την οργανωμένη κοινωνική ζωή, καθορίζοντας σε σημαντικό βαθμό την δράση των ανθρώπων σε συγκεκριμένες ιστορικές και πολιτισμικές περιόδους, βάζει σε δοκιμασία τους δεσμούς των ανθρώπων, τις ατομικές και συλλογικές συμπεριφορές και επηρεάζει την διαμόρφωση των νοημάτων που κατευθύνουν την ανθρώπινη δράση.

Η διαταραχή της ομοιόστασης του ανθρώπου προκαλείται κυρίως από δύο διαφορετικά είδη διαταρχών:

α) Χρόνια κατάθλιψη και απόγνωση, όταν ο άνθρωπος αντί να προσεγγίζει τις επιθυμίες του απομακρύνεται από αυτές

β) Χρόνιος εκνευρισμός και οργή, όταν ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες παρεμποδίζουν τον άνθρωπο στην ικανοποίηση πρωταρχικών συναισθηματικών αναγκών.

Αυτές οι διαταραχές προκαλούν τις ασθένειες του πολιτισμού μας όπως ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις κλπ.

«Ο όρος νόσος αναφέρεται σε παθολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα, οι οποίες εκδηλώνονται με ποικίλες φυσικές ενδείξεις και συμπτώματα» (Netteton, 2002, 39).

Το σώμα ως η βιοψυχική οντότητα του ατόμου αποτελεί το δημιούργημα μιας πολιτισμικής περιόδου όπου συντελείται η ενσωμάτωση ως κοινωνική μορφοποίηση των βαθμίδων της αξιακής κλίμακας των δεσμών μιας ιστορικά δοσμένης κοινωνικής ισορροπίας.

Οι μορφές των κοινωνικών δεσμών όπως: η οικογενειακή κατάσταση, οι επαφές με φίλους και συγγενείς, η προσχώρηση σε εκκλησιαστικές οργανώσεις και η συμμετοχή σε άτυπες και ομάδες, αποτελούν δείκτες κοινωνικών διασυνδέσεων.

Τα άτομα που μετέχουν σε τέτοιες κοινωνικές σχέσεις έχουν χαμηλότερα ποσοστά κακής υγείας και θνητότητας από εκείνα που δεν μετέχουν, γιατί προσδίδουν στα άτομα μια αίσθηση ότι ανήκουν και υποστηρίζονται, μειώνεται ο εγωκεντρισμός τους και ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε προληπτικές και θεραπευτικές πρακτικές υγιεινής. Συνεπώς οι κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην υγεία, επηρεάζουν την αντίσταση του οργανισμού και ρυθμίζουν γενικότερα τις προϋποθέσεις εμφάνισης μιας ασθένειας.

Η κοινωνιολογική προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας πέραν από τις γενικές αντιλήψεις του πληθυσμού για αυτές, μελετά την διαντίδραση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες της υγείας, τις οργανωτικές δομές παροχής φροντίδας υγείας και την ιατρική γνώση που παράγεται με την εμπειρική μελέτη του ανθρώπινου σώματος.

Η ιατρική κοινωνιολογία δίνει έμφαση στις «ιατρικές» απόψεις για την υγεία, «όταν η ιατρική ήταν αποφασισμένη να βελτιώσει τις σχέσεις ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή να αυξήσει τα επίπεδα συνεργασίας του ασθενούς» (Nettleton, 2002, 37).

Η κοινωνιολογία της ιατρικής αμφισβητεί τον ιατροκεντρισμό στην υγεία, την ιατρικοποίηση της κοινωνίας, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στις «κοινωνικές» απόψεις για την υγεία και την ασθένεια.

Το ανθρώπινο σώμα δεν κατανοείται μόνο στις λειτουργίες του, αλλά και στον τρόπο που βιώνεται και γίνεται αντιληπτό στην εμπειρική μελέτη ως αντικείμενο έρευνας της κοινωνιολογίας και της επιστήμης. Η φυσική και κοινωνική διάσταση του σώματος στην διαμόρφωση της ιατρικής επιστημονικής αλήθειας, εξαρτάται από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον του ιστορικού χρόνου.

Η μορφοποίηση του ιατρικού λόγου διαμεσολαβείται από τις κοινωνικές σχέσεις και τις εξουσιαστικές δομές που τις κατοχυρώνουν. Σύμφωνα με τον Max Weber η ορθολογικότητα στην ιατρική «αναφέρεται στην ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής μέσω της χρησιμοποίησης των ανακαλύψεων της επιστήμης, προκειμένου να αποκαλυφθεί η εικόνα του σώματος και να

απεκδυθεί από κάθε μαγικό και θρησκευτικό μανδύα» (Οικονόμου, 2005, 81). Η σύγχρονη ιατρική επιχειρεί την αιτιοκρατική εξήγηση της έννοιας της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στο επίπεδο του οργανισμού από την οπτική των θετικών επιστημών.

Η ιατρική γνώση μεσολαβεί όχι μόνο στη θεραπευτική σχέση γιατρού και ασθενή, αλλά και στην αλλαγή των κοινωνικών σχέσεων.

Από το 1770 έως το 1880 ο γιατρός είχε μια στενή προσωπική σχέση με τον ασθενή του και η ιατρική γνώση ήταν ετερογενής. Οι γιατροί προσπαθούσαν να προσαρμόζονται στις προτιμήσεις των εργοδοτών / πελατών τους, οι οποίοι πλήρωναν για τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Από το 1800 έως το 1840 παρουσιάζεται η νοσοκομειακή ιατρική. Οι ασθενείς νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και ο έλεγχος ασκείται από τους γιατρούς, τότε έχουμε την εμφάνιση της παθολογίας.

Στην αντίληψη του Foucault επιχειρείται μια διερεύνηση «των σχέσεων εξουσίας και γνώσης, υποστηρίζεται ότι ο θεσμός του νοσοκομείου και των ιατρικών πειθαρχικών πρακτικών που συνδέονται με τις κλινικές επιστήμες, παρέχουν τις συνθήκες μέσα στις οποίες πραγματοποιήθηκε η γένεση των επιστημών του ανθρώπου» (Smart, 2008, 146).

Από το 1840 έως το 1870 η παραγωγή της ιατρικής γνώσης γίνεται στο πλαίσιο εργαστηριακής ιατρικής.

Κοντολογίς η αλήθεια του λόγου της επιστημονικής ιατρικής γνώσης δεν αποτελεί μόνο μία περιγραφή ή μία προσπάθεια αντιμετώπισης των νοσογόνων καταστάσεων, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την αναπαραγωγική ενίσχυση των υπάρχουσών κοινωνικών δομών και αξιών.

9.2. Η επιστημονικοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος

Στη Δύση έως τον 11^ο αιώνα η ιατρική ασκούσαν από τους κληρικούς και μοναχούς, η αποκαλούμενη μοναστική ιατρική. Με την άνοδο των αστικών στρωμάτων στις Μεσαιωνικές πόλεις παράλληλα με τις εμπειρικοτεχνικές συντεχνίες, δημιουργούνται και οι επιστημονικο-ακαδημαϊκές συντεχνίες, οι πρόδρομοι των πανεπιστημίων με τέσσερις βασικές Σχολές την Φιλοσοφική, την Θεολογία, την Νομική και την Ιατρική.

Η επέκταση της ζήτησης για ιατρική φροντίδα από τα εύρωστα οικονομικά αστικά στρώματα των πόλεων, διαμορφώνει τον εμπορευματικό χαρακτήρα «της εκκοσμιευμένης ιατρικής (που) αναγκάζει την εκκλησία να απαγορέψει διαδοχικά στους ιερωμένους την ενασχόληση με την κοσμική αυτή τέχνη» (Χιωτάκης, 1998, 117).

Ο εμπορευματικός και ακαδημαϊκός χαρακτήρας της ιατρικής επαγγελματισμού οδηγεί στην διαφοροποίηση μεταξύ της ιατρικής και της φαρμακευτικής, και στην εξειδίκευση μεταξύ γενικής ιατρικής και χειρουργικής. Με την δημιουργία των εθνικών κρατών η κατοχύρωση του ιατρικού επαγγέλματος γίνεται μέσω νομιμοποιημένων και θεσμοθετημένων ιατρικών σπουδών, οι οποίες πιστοποιούνται με το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής, ως προϋπόθεση εξασφάλισης κρατικής άδειας για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Αξιοσημείωτο είναι ότι η θεσμοθέτηση του ιατρικού επαγγέλματος δεν σημαίνει την μεγαλύτερη θεραπευτική αποτελεσματικότητα στην ποιότητα που παρέχουν οι διπλωματούχοι γιατροί και οι εμπειρικοί.

Από τον 19^ο αιώνα μέχρι σήμερα ο θεσμός της ιατρικής εκπαίδευσης άλλαξε ριζικά τα επιστημονικά κριτήρια για την είσοδο στο επάγγελμα. Επειδή τα επαγγέλματα έχουν υψηλή κοινωνική υπόσταση όπως το ιατρικό επάγγελμα, συστήθηκαν επαγγελματικοί σύλλογοι, όπως ο ιατρικός σύλλογος και υιοθετούν έναν κώδικα δεοντολογίας για να καθορίσουν ποια είναι η κατάλληλη επαγγελματική συμπεριφορά. Η αυστηρή εκπαίδευση και οι εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις καθιέρωσαν το ιατρικό επάγγελμα με υψηλή κοινωνική θέση, γόητρο, ανεξαρτησία και αυξημένο εισόδημα.

9.3. Το ιατρικό habitus

Στην συλλογιστική του Bourdieu η δομή δομημένη έτοιμη να λειτουργήσει ως δομή δομούσα, δηλαδή η εσωτερίκευση του αντικειμενικού εξωτερικού κόσμου συνδεόμενη με τις ατομικές πρακτικές της δράσης του υποκειμένου, διαμορφώνει εκ νέου την εξωτερική πραγματικότητα. Μέσω του habitus οι κοινωνικοί κανόνες, τα κοινωνικά εφόδια και εργαλεία ενσωματώνονται στην υποκειμενική δράση των προσώπων αλλά και εξωτερικεύονται στις κοινωνικές

πρακτικές ενσωματώνόμενες στις διεργασίες αντικειμενοποίησης του κοινωνικού σώματος.

Πολλές δραστηριότητες που στο παρελθόν θεωρούνταν φυσιολογικές όπως: ο τοκετός, ο θάνατος, η αϋπνία, το υπερβολικό βάρος, ζητήματα της διατροφής κ.α., τώρα εξετάζονται υπό το πρίσμα της ιατρικής επιστήμης. Επίσης η ιατρική επιστήμη ερμηνεύει όλο και περισσότερο τις παρεκκλίνουσες συμπεριφορές. Παλαιότερα πίστευαν ότι αιτία των παρεκκλινουσών συμπεριφορών ήταν οι μεταφυσικές δυνάμεις όπως ο διάβολος ή τα κακά πνεύματα, και χαρακτηρίζονταν ως αμαρτία και ανηθικότητα. Στις μέρες μας «η λέξη άρρωστος έχει αντικαταστήσει τη λέξη κακός στη περιγραφή του παρεκκλινόντος προσώπου» (Goodman, 1996, 330).

Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών δεν θεωρούνται υπεύθυνοι για την κατάσταση που βρίσκονται, όμως παρεκκλίνουσες και εγκληματικές ενέργειες βεβαιώνονται από τους ψυχιάτρους ως αποτέλεσμα διανοητικών και ψυχολογικών ανωμαλιών.

Συνεπώς οι ασκούντες το ιατρικό επάγγελμα «συνδέουν γενικότερες κοινωνικές καταστάσεις με τις ατομικές πρακτικές, καθώς καθοδηγούν και οροθετούν, δίχως όμως να καθορίζουν απόλυτα, το πώς κατανοεί το υποκείμενο και αξιολογεί συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και πως θα επιλέξει να δράσει στη συνέχεια». (Κυριαζή, 2005, 42).

Στη σύγχρονη κοινωνία η κοινωνική θέση που κατέχει ο άνθρωπος δεν ορίζεται άμεσα με την καταγωγή και την περιουσία του, αλλά εξαρτάται από την κοινωνική θέση και το γόητρο στο επάγγελμα που ασκεί, το οποίο προσωποποιημένο εμφανίζει τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής θέσης, ως ατομικές αρετές και επιδόσεις, ενώ στην πραγματικότητα τα καθαρά ατομικά γνωρίσματα της προσωπικότητας δεν είναι ευδιάκριτα.

Για να διασφαλισθεί το κύρος του ιατρικού επαγγέλματος πέραν από τις απαραίτητες ειδικευμένες ιατρικές γνώσεις, απαιτείται μια γενικότερη παιδεία και κουλτούρα που παρέχεται κατά την πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ως πολιτισμικό κεφάλαιο.

Η υψηλή θέση του ιατρικού επαγγέλματος στη κοινωνική διαστρωμάτωση του αναθέτει μια διαμεσολαβιστική ιδιότητα στις λειτουργίες της κοινωνικής δομής.

Η ιατρικοποίηση της κοινωνίας συμβάλλει και στην ενσωμάτωση ευρύτερων κοινωνικών στρωμάτων στο υφιστάμενο σύστημα κοινωνικών σχέσεων.

Η αποδοχή του ρόλου της ιατρικής με τις αξίες και τα πολιτισμικά πρότυπα που χαρακτηρίζουν και διαμορφώνουν το κύρος του ιατρικού επαγγέλματος, από τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, συντελείται μέσω του ιατρικού *habitus* ως μια ιδεολογική παρέμβαση που καθιστά την αστική ιδεολογία ηγεμονική. Δηλαδή το *habitus* μεταφέρει και αναπαράγει τις κοινωνικές σχέσεις εξουσίας επεκτείνοντας την νομιμότητα αλλά και την ανισότητα των συνθηκών και των σχέσεων, βάσει των οποίων διαμορφώθηκαν οι συμπεριφορές των δρώντων υποκειμένων στις δομές της κοινωνικής διαστρωμάτωσης και της ταξικής σύγκρουσης.

10. ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

10.1. Τα δικαιώματα του ασθενή

Η κρατική μέριμνα για την υγεία των πολιτών προβλέπεται από το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, το Κράτος έχει την υποχρέωση «να μεριμνά για την υγεία των πολιτών και να προστατεύει την νεότητα, τα γηρατεία και την αναπηρία και να περιθάλπει τους απόρους».

Επίσης στο άρθρο 5 παρ. 5 ορίζεται ότι «καθένας έχει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων».

Ενώ υπάρχει η σχετική πρόβλεψη του δικαιώματος εν τούτοις δεν προβλέπεται αποτελεσματική προσφυγή των πολιτών σε περίπτωση προσβολής του.

Για την προστασία του πολίτη από τυχόν ελλιπή θεραπεία η λύση επιχειρείται με τους νόμους 2091/1992 και 2519/1997, οι οποίοι προβλέπουν ο μὲν πρώτος την θέσπιση δικαιωμάτων των ασθενών, ο δε δεύτερος τη δημιουργία υπηρεσιών υγείας με σκοπό την περιφρούρηση των δικαιωμάτων αυτών.

Το δικαίωμα στην υγεία ερμηνεύεται από δύο αντιλήψεις, την φιλελεύθερη η οποία θεωρεί την υγεία ως ένα από τα θεμέλια της ακεραιότητας του ατόμου και την κοινωνική που την θεωρεί ως απαραίτητο στοιχείο ευημερίας.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας «Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό με την οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποστολή της υγείας των ανθρώπων». (Πλαστήρα, 2011, 21).

Ο ασθενής ως το ασθενέστερο μέρος της σχέσης γιατρού – ασθενή, προστατεύεται από ιδιαίτερους κανόνες που διαπνέονται από τις αρχές της ωφελιμότητας και της αυτονομίας με κεντρικό άξονα το συμφέρον του ασθενή.

Πιο συγκεκριμένα ο νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» στο άρθρο 1 ορίζει ότι «το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες παρέχονται σε κάθε πολίτη

ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού».

Ο νόμος 2071/1992: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας» στο άρθρο 47 γίνεται ρητή αναφορά στα δικαιώματα των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομειακά ιδρύματα της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης.

10.2. Το Νομοθετικό πλαίσιο για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και στα δικαιώματα των ασθενών

Ο Νόμος 2519/97 ΦΕΚ 165 Α'/197 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας», αναφέρεται έμμεσα στο θέμα της ποιότητας στο άρθρο 1 όπου κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των ασθενών και ανατίθεται ο έλεγχος της εφαρμογής τους στην «Επιτροπή ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών».

Στο άρθρο 9 θεσμοθετείται ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ο ρόλος αυτός ανατίθεται στο Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας.

Σύμφωνα με τον νόμο 2519/97, ο σκοπός του φορέα είναι:

- 1) Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
- 2) Η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας
- 3) Ο έλεγχος διασφάλισης των υπηρεσιών υγείας
- 4) Η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας
- 5) Συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας
- 6) Η σύνταξη και υποβολή για ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Ειδικότερα βάσει του άρθρου 47 του ν. 2071/1992 καθορίζονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή.

Συγκεκριμένα:

- 1) Το δικαίωμα να αναλαμβάνουν την ίδια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα ανεξαρτήτως φυλής, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης.
- 2) Το δικαίωμα του ασθενή να κάνει χρήση των υπηρεσιών που είναι ενδεδειγμένες για την φύση της ασθένειας του.
- 3) Το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικότητας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και φροντίδας του.
- 4) Το δικαίωμα του ασθενή να έχει μεταχείριση αντίστοιχη με εκείνη που προβλέπει ο ασφαλιστικός του φορέας.
- 5) Το δικαίωμα άρνησης ή συγκατάθεσης σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να πραγματοποιηθεί σε αυτόν.
- 6) Το δικαίωμα ενημέρωσης του για την κατάσταση της υγείας του.
- 7) Το δικαίωμα σύγκλισης ιατρικού συμβουλίου για να εξεταστεί η κατάσταση της υγείας του.
- 8) Το δικαίωμα σεβασμού των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων.
- 9) Το δικαίωμα να ζητήσει τις υπηρεσίες συμβολαιογράφου ή άλλου δημοσίου λειτουργού.
- 10) Το δικαίωμα επισκεπτηρίου κατά τις επίσημες ώρες και ημέρες. Είναι δυνατόν να απαγορευτεί πλήρως το επισκεπτήριο προκειμένου να προστατευθεί ο ασθενής από ενδεχόμενη χειροτέρευση της υγείας του.
- 11) Το δικαίωμα της ενημέρωσης των κινδύνων που ενδέχεται να παρουσιαστούν στον ασθενή, εξαιτίας της εφαρμογής πειραματικών διαγνωστικών μεθόδων, που εκτελούνται με την συγκατάθεσή του.
- 12) Το δικαίωμα προστασίας του ιδιωτικού βίου και η τήρηση του ιατρικού απορρήτου.
- 13) Το δικαίωμα διαμαρτυρίας γραπτής και προφορικής και η υποβολή ενστάσεων.
- 14) Το δικαίωμα εξιτηρίου ανά πάσα στιγμή διακόπτοντας την θεραπεία του.
- 15) Το δικαίωμα δωρεάς οργάνου του σώματός του.
- 16) Το δικαίωμα να δωρίσει τη σωρό του για ερευνητικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς μετά τον θάνατό του.

17)Ο θεράπων ιατρός δεν έχει την υποχρέωση να κόψει το νήμα της ζωής κάποιου ακόμη και με την έγγραφη συναίνεσή του.

Ο ασθενής εκτός από δικαιώματα έχει και υποχρεώσεις:

- 1) Ο ασθενής υποχρεούται να πειθαρχεί στους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα: να σέβεται τους άλλους ασθενείς, να μην θορυβεί, να μην καπνίζει στους χώρους νοσηλείας και να μην παίζει τυχερά παιχνίδια, να μην κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών, να μην εισέρχεται στους θαλάμους άλλων ασθενών.
- 2) Ο ασθενής υποχρεούται να παραμείνει εντός του χώρου του νοσοκομείου καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και όταν συντρέχουν ειδικοί λόγοι μπορεί να εξέρχεται κατόπιν άδειας του Διευθυντή Ιατρού.
- 3) Ο ασθενής έχει την υποχρέωση να δηλώνει κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο τον ασφαλιστικό του φορέα ή να ενημερώνει ότι θα καλύψει ο ίδιος όλο το ποσό των νοσηλείων του.
- 4) Οφείλει να τηρεί πιστά την φαρμακευτική αγωγή και να υπακούει στις εντολές των θεραπόντων ιατρών του.
- 5) Ο ασθενής υποχρεούται να λαμβάνει την τροφή που του παρέχεται από τη νοσοκομειακή μονάδα.
- 6) Οφείλει κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο να ενημερώσει τον γιατρό του για το πλήρες ιστορικό της ασθένειάς του.
- 7) Ο ασθενής πρέπει να συγκατατεθεί με γραπτή δήλωση σε περίπτωση που του χορηγηθεί γενική ή μερική νάρκωση για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης.

11. Η ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

11.1. Η θεσμική διάσταση της ενημέρωσης στην επικοινωνιακή σχέση γιατρού και ασθενή

Η πληροφορία (συμβουλή, σύσταση, ειδοποίηση, ανακοίνωση κ.λ.π.) αποτελεί μια απλή συμβολή στη διαμόρφωση της θέλησης του πληροφορούμενου και η ροή της προστατεύεται από το δίκαιο προκειμένου αυτός να λάβει μια σημαντική απόφαση.

Η ενημέρωση ως η παροχή των πληροφοριών θεμελιώνεται νομικά με το Σύνταγμα τόσο από τις γενικές διατάξεις προστασίας της προσωπικότητας (άρθρο 2 παρ. 1 και 4 παρ. 1), όσο και από άλλες ρυθμίσεις που προστατεύουν ή αφορούν τα ραδιοτηλεοπτικά μέσα (άρθρο 15 παρ. 2) ή στην ελευθερία της επιστήμης, τέχνης, έρευνας και διδασκαλίας (άρθρο 16 παρ. 1) ή τέλος με την υποχρέωση της διοίκησης για παροχή πληροφοριών εφόσον αυτό προβλέπεται από το νόμο (άρθρο 10).

Στα πλαίσια του ιδιωτικού δικαίου η προσβολή της σωματικής ακεραιότητας, η βλάβη της υγείας του σώματος, ο ψυχικός πόνος που υφίστανται ο ασθενής συνέπεια της ιατρικής πράξης για την οποία δεν έχει ενημερωθεί και δεν έχει συναινέσει, αποτελεί παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του που εμπίπτει στις διατάξεις των άρθρων 57-59 του Αστικού κώδικα.

Η διάταξη του άρθρου 47 παρ. 4 του ν. 2071/92 ορίζει ότι «ο νοσοκομειακός ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του αλλά και για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν στην υγεία τα εξ αφορμής σε αυτού ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων».

Στο ν. 2619/98 στο άρθρο 5 ορίζεται ότι η επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνο αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συνέναιση του κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του.

Στο άρθρο 10 ορίζεται ότι όλοι έχουν δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.

Επίσης και ο ν. 2251/94 για την «προστασία του καταναλωτή» περιέχει διατάξεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στα ζητήματα της ενημέρωσης του ασθενή, όπως στο άρθρο 8 για την ευθύνη παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Στον «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» στα άρθρα 8-15 οι σχέσεις γιατρού και ασθενή καθορίζονται ως σχέσεις εμπιστοσύνης και σεβασμού. Τα άρθρα 11 και 12 επιγράφονται «υποχρέωση ενημέρωσης» και «Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή».

Η σχέση γιατρού και ασθενή θα μπορούσε να ενταχθεί στη γενική κατηγορία των συμβάσεων παροχής υπηρεσιών.

Ως ιατρική πράξη ορίζεται η «σύμβαση ιατρικής αγωγής» και περιλαμβάνει την πρόληψη, την διάγνωση, την ενημέρωση, την θεραπεία μέχρι και την μεταθεραπευτική αγωγή. Ο γιατρός μεταξύ των άλλων αναλαμβάνει και την υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και την θεραπευτική αγωγή του.

«Η ενημέρωση αποτελεί τμήμα της σύμβασης ιατρικής αγωγής και ταυτόχρονα προστάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας. Αν ο ασθενής αρνηθεί κατόπιν της πλήρους ενημέρωσης του από τον γιατρό θεραπεία που αυτός του προτείνει, τότε η σύμβαση τερματίζεται σε αυτό το σημείο». (Τσαγκίρη, 2007, 22).

11.2. Η επικοινωνιακή σχέση γιατρού και ασθενή

Η χρήση της ικανότητας του λόγου να στέλνει συγκεκριμένο μήνυμα αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της επικοινωνίας.

Λόγος σημαίνει «1. η ικανότητα να επικοινωνεί κανείς με τη γλώσσα. 2) η χρήση της γλώσσας για συνεννόηση, για επικοινωνία. 3. η γλώσσα, το συστηματικό δομημένο σύνολο λέξεων με το οποίο πραγματοποιείται η επικοινωνία» (Γ. Μπαμπινιώτης, Λεξικό της Ελληνικής Γλώσσας).

Ο προφορικός λόγος στέλνει περισσότερα μηνύματα επειδή ο συναισθηματικός τόνος της φωνής και ο τονισμός των λέξεων, ενισχύουν ή αναιρούν το νόημα του μηνύματος και δίνουν στον λόγο την ψυχολογική του διάσταση.

Οι λέξεις που συγκροτούν τον λόγο όχι μόνο περιγράφουν αλλά και κατασκευάζουν στον συνειδητό κόσμο του υποκειμένου την κοινωνική πραγματικότητα και αποτελούν ουσιαστικά τα σημαίνοντα σύμβολα της κοινωνικής διαντίδρασης σε συγκεκριμένο χρόνο και χώρο.

Η ανάπτυξη ενός ουσιαστικού επικοινωνιακού περιεχομένου στη θεραπευτική σχέση γιατρού και ασθενή, συμβάλλει στη θεραπευτική προσπάθεια για την αντιμετώπιση της νόσου.

Ο καθηγητής Γαρδίκας γράφει «ο ιατρός του παρελθόντος παρ' όλο που είχε ελλιπή θεραπευτικό εξοπλισμό, κατάφερνε να βοηθήσει τον ασθενή. Μπορεί να μην ήταν σε θέση να θεραπεύσει το σώμα επαρκώς, άγγιζε όμως την ψυχή που ήταν εξίσου σημαντικό. Ο παλιός γιατρός που δεν είχε πολλά ενεργά φάρμακα, αλλά είχε καλλιεργήσει τη συζήτηση να ακούει τον άρρωστο μοιραζόταν τον πόνο του. Αυτός ο ιατρός με την μεγάλη τσάντα, γύριζε από σπίτι σε σπίτι και σκόρπιζε ελπίδες... Όπως γίνεται δε σήμερα δεκτό, η ελπίδα αυτή ενίσχυε την άμυνα του οργανισμού, δηλαδή το ανοσοποιητικό σύστημα» (Γαρδίκας, 2002, 530).

Η επικοινωνία αποτελεί τον κύριο παράγοντα στη θεραπευτική σχέση γιατρού και ασθενή με στόχους:

α) Η διάγνωση του ιατρικού προβλήματος του ασθενούς. Ο γιατρός συλλέγει πληροφορίες για το πρόβλημα της υγείας από τον ασθενή ώστε να κάνει ακριβή διάγνωση και να προτείνει την κατάλληλη θεραπεία.

Επίσης ο ασθενής χρειάζεται περισσότερες πληροφορίες για να κατανοήσει την πρώτη φύση της νόσου, να διαμορφώσει μια ιδέα για την πρόγνωση, καθώς και για την γενικότερη κατάσταση της υγείας του.

β) Η λήψη των ιατρικών αποφάσεων. Στη διαδικασία αυτή πέρα των ιατρικών προτάσεων συμπεριλαμβάνονται, το οικονομικό κόστος και η συναισθηματική κατάσταση του ασθενή.

Η αμοιβαία συνεργασία μεταξύ γιατρού και ασθενή για την λήψη των αποφάσεων, με την επαρκή ενημέρωση του ασθενή για την ασθένεια του και για την συμμετοχή του σε όλες τις αποφάσεις για την θεραπεία του, μπορεί να μην είναι κατάλληλη για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν μια καταληκτική νόσο π.χ. καρκίνος. Μπορεί να αποβεί επιβαρυντικό από ψυχολογικής πλευράς

να επωμισθεί ο ασθενής την ευθύνη των αποφάσεων που αφορούν την θεραπεία του.

Η επικοινωνιακή διάσταση της θεραπευτικής σχέσης λαμβάνει τα χαρακτηριστικά μιας θεραπευτικής συμμαχίας αφορούσας την στενή συνεργασία ανάμεσα στον ασθενή και στον θεράποντα ιατρό για την αντιμετώπιση της νόσου. Οι παράγοντες που επιδρούν θετικά ή αρνητικά σε αυτή τη σχέση περιλαμβάνουν τις προσδοκίες και τα συναισθήματα του ασθενή προς τον γιατρό, αλλά και τις εμπειρίες από άλλους θεράποντες ιατρούς κατά το παρελθόν καθώς και τις πεποιθήσεις του ιατρού για την νόσο και την υγεία γενικότερα.

Η επίτευξη της θεραπευτικής συμμαχίας απαιτεί τη χρήση ψυχολογικών γνώσεων, επικοινωνιακών δεξιοτήτων, και την υιοθέτηση των κατάλληλων στάσεων και συμπεριφορών. Στην αμφίπλευρη κατανόηση των ρόλων γιατρού και ασθενή, συντάσσεται ένα άτυπο θεραπευτικό συμβόλαιο για την απρόσκοπτη συνεργασία στη θεραπευτική σχέση.

Ο όρος κατανόηση αποτελεί την κοινωνιολογική προσέγγιση της ενσυναίσθησης του άλλου ως «η αναζήτηση της δικής του αλήθειας της υποκειμενικότητας του, της ιδιαιτερότητας του μέσα από μια ενπαθητική σχέση ανάμεσα στον ερευνητή και των ερευνώμενο» (Λυδάκη, 2001, 54).

Στην ιατρική θεραπευτική σχέση αυτή η διαδικασία προϋποθέτει μια προσωρινή και ελεγχόμενη ταύτιση του γιατρού με τον ασθενή, η οποία επιφέρει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της εσωτερικής κατάστασης του εξεταζόμενου ασθενούς.

Ο γιατρός έχοντας την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας της θεραπευτικής σχέσης, απαιτείται να προσαρμόζει την συμπεριφορά του σύμφωνα με τους κανόνες που διέπουν τη σχέση και να υποστηρίζει τον ασθενή στην τήρηση του θεραπευτικού πλαισίου. Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση του γιατρού σε θέματα δεοντολογίας και η μελέτη συγκεκριμένων περιπτώσεων που έχουν απασχολήσει τους επαγγελματίες υγείας.

11.3. Η σχέση νοσηλευτή και ασθενή

Η προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας δεν είχε αναγνωριστεί πλήρως και στο πρόσφατο παρελθόν η νοσηλευτική φροντίδα αναγνωριζόταν με έναν μηχανικό τρόπο.

Η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με τον χαρακτήρα των νοσηλευτών με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα. Όπως φαίνεται από τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες, το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, η πρόοδος στην τεχνολογία και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλείας επηρέασαν και τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στοιχεία της διαπροσωπικής διάστασης που συμβάλλουν στην διαμόρφωση της άποψης του ασθενή για την ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας, είναι η ταχύτητα της άμεσης επέμβασης, η αποτελεσματικότητα της πρώτης διάγνωσης, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, η λήψη ακριβών οδηγιών από τους γιατρούς, η αποτελεσματική επικοινωνία, η διασφάλιση της ιδιοτικότητας, η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, η ψυχολογική υποστήριξη, οι επαγγελματικές ικανότητες του προσωπικού, ο χρόνος αναμονής προς εισαγωγή για την διάθεση κλίνης κ.α.

Η ικανοποίηση του ασθενή από την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας είναι σημαντικά σημαντική γιατί το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και βρίσκεται συνεχώς κοντά στους ασθενείς προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους.

12. ΟΙ ΔΥΟ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

12.1. Η ικανοποίηση του ασθενή

Η ικανοποίηση ως η αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή θεωρείται βασικό στοιχείο της ποιότητας, είναι σημαντικό το πώς αισθάνεται ο ασθενής γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης συμβάλλει στην βελτίωση της υγείας.

Ικανοποιήσις-η σημαίνει «χαρά, ευχαρίστησις, ψυχική ανακούφισις εκ της πληρώσεως ελπίδος, πόθου, προσδοκίας, προβλέψεως». (Δ. Δημητράκου. Μέγα λεξικόν όλης της Ελληνικής γλώσσης).

Σύμφωνα με τον Donabedian η ικανοποίηση αποτελεί δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ο ασθενής αξιολογεί την ποιότητα της υγείας, τις προσδοκίες και τις αξίες του. Εδώ η αντίληψη για την ικανοποίηση ορίζεται από την υποκειμενική σκοπιά του ασθενή.

Ο Ραφτόπουλος υποθέτει ότι η ετυμολογία της λέξης ικανοποίηση παρέχονται από «το ικανός που προέρχεται από το ρήμα ικάνω (φτάνω) και σημαίνει αρκετός και το ποιώ που μεταφράζεται ως αποδίδω ανάλογα με τις προσδοκίες ή και τις απαιτήσεις» (Ραφτόπουλος, 2002, 22).

Όμως παρόλο ότι η θεραπεία αποτελεί το κύριο ζητούμενο του ασθενή «εξωτερικού πελάτη» / καταναλωτή με σκοπό της εισαγωγής του στο νοσοκομείο, την αποκατάσταση της υγείας του, εν τούτοις υπάρχει και ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του για την αξιολόγηση της ποιότητας.

Η κρίση του ασθενή αφορά την απόδοση των υπηρεσιών όπως η συμπεριφορά των «εσωτερικών πελατών» του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, η άμεση ή μη παροχή της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και ο ρυθμός της ροής των διοικητικών εργασιών και γενικότερα η εικόνα που σχηματίζεται από την δομή και λειτουργία του νοσοκομείου.

Η έλλειψη της ειδικής επιστημονικής γνώσης του ασθενή τον οδηγεί να εκτιμήσει την ποιότητα από τις ξενοδοχειακές ανέσεις, όπως επισημάνθηκε ο ρόλος του ασθενή ως καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας διαφοροποιείται

στη συμπεριφορά του και στην πρόσβαση στις πληροφορίες από τον ρόλο καταναλωτή της αγοράς.

Συνεπώς η εκτίμηση του ασθενή για την κατανάλωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πιο σύνθετη και πιο περίπλοκη από την εκτίμηση του για άλλες υπηρεσίες.

Η διαφοροποίηση του μπορεί να εντοπισθεί:

1) Στην έλλειψη πληροφόρησης του τρόπου και του χρόνου θεραπείας από την νόσο και η αμεσότητα των θεραπευτικών δράσεων, καθιστά τον ασθενή αδύναμο να πραγματοποιήσει τις ανάγκες του για την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

2) Στο γεγονός ότι ο ασθενής όταν κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας βρίσκεται σε κατάσταση αβεβαιότητας, αντιμετωπίζοντας μια ανεπιθύμητη κατάσταση.

«Η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται θεωρητικά ως οι μοναδικές κρίσεις αξιών και οι επακόλουθες αντιδράσεις των ασθενών στα ερεθίσματα τα οποία αντιλαμβάνονται στο περιβάλλον της φροντίδας υγείας πριν, κατά την διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή κλινικής τους επίσκεψης. Αυτές οι κρίσεις αξιών και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν από τα χαρακτηριστικά τις προσωπικότητας και τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής τους και της φροντίδας υγείας» (Παπανικολάου, 2007, 189)

Αξίες είναι οι πεποιθήσεις μας για αυτό που θεωρούμε επιθυμητό και συνεπώς άξιο να επιδιωχθεί και να πραγματοποιηθεί.

Ο ασθενής στο χώρο του νοσοκομείου δέχεται ένα σύνολο ερεθισμάτων από την συμπεριφορά των «εσωτερικών πελατών» και της υλικοτεχνικής διάταξης του χώρου που συνιστούν την δομή των ανθρώπινων και υλικών πόρων του νοσοκομείου ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό, κτίρια και τεχνικές εγκαταστάσεις.

Ο ασθενής ανταποκρινόμενος στα ερεθίσματα κάνει συνειδητές και ασυνειδητές κρίσεις σύμφωνα με την κλίμακα των αξιών του ως το πρώτο στοιχείο μέτρησης της ικανοποίησης, με επακόλουθο την πιθανή αντίδραση του που μπορεί να επηρεαστούν από την προσωπικότητα ή την διάθεση του ασθενή και από τις βιωματικές εμπειρίες του, ιδίως από την φροντίδα υγείας.

Για την κατανόηση του ασθενή στην νέα κατάσταση στη θεραπευτική του σχέση, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας την εξάρτηση του ασθενή από την απώλεια της υγείας του, και επίσης την επικοινωνιακή διάσταση της διαντίδρασης με την αντιμεταβίβαση του γιατρού προς τον ασθενή μέσα από την κατανόηση του ασθενή, την μεταβίβαση του ασθενή, τον χαρακτήρα του ασθενή που συμβάλλει στην κατανόηση του ως πρόσωπο και βοηθά στην εξατομίκευση, την προσέγγιση και ενημέρωση του ασθενή.

Ο ασθενής ως χρήστης των υπηρεσιών υγείας αντιλαμβάνεται τη σχέση με αυτή, προσδοκώντας το τι θα ήθελε να του παρέχει η υπηρεσία στις παρούσες συνθήκες και τι θα έπρεπε στις ιδανικές συνθήκες, και τι περιμένει σε ρεαλιστική βάση ότι θα του παρασχεθεί και τι πιστεύει ότι έχει ανάγκη ανεξάρτητα από τι επιθυμεί. Ο ασθενής κατά την διάρκεια της θεραπευτικής του σχέσης βρίσκεται σε μια νέα κατάσταση, όπου είναι εξαρτημένος από την απώλεια της υγείας του, επίσης η προσωπικότητα του ασθενή και οι εμπειρίες που έχει αποκτήσει στη ζωή του, ιδίως από την φροντίδα υγείας επηρεάζουν τις κρίσεις του για την αξιολόγηση της ικανοποίησης.

Με τον όρο προσωπικότητα εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο ένας άνθρωπος σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται στις σχέσεις του στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Η καλύτερη γνώση των ιδιοτήτων που διαμορφώνουν τον χαρακτήρα μιας προσωπικότητας συμβάλλει στην κατανόηση του ασθενή και στην αποτελεσματικότερη επικοινωνιακή του σχέση κατά την διάρκεια της θεραπείας του.

Η ικανοποίηση του ασθενή καθορίζεται από τους εξής παράγοντες

α) Την οργανωτική δομή και τις λειτουργίες της μονάδας υγείας. Εισερχόμενος ο ασθενής στον χώρο του νοσοκομείου προβαίνει σε συγκεκριμένες ενέργειες όπως: η συμπλήρωση των εντύπων για την εισαγωγή τους, ο χρόνος που απαιτήθηκε για αυτό, πως εξασφαλίστηκε το κρεβάτι.

Η ζωή του ασθενή στο θάλαμο με την καθαριότητα του δωματίου, η άνεση και ο φωτισμός του χώρου, η διατροφή και οι σχέσεις και η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η διαδικασία του εξιτηρίου με την διευθέτηση των οικονομικών εκκρεμοτήτων και την συμπλήρωση των εγγράφων.

β) Οι σχέσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή.

Η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης αφορά την ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια των νοσηλευομένων για το ανθρωπιστικό περιεχόμενο της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας.

Οι σωστές σχέσεις μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, διαμορφώνονται όταν ο γιατρός είναι εκτός των άλλων σωστά εκπαιδευμένος σε θέματα επικοινωνίας, δηλαδή που θα εμπνεύσει εμπιστοσύνη στον πελάτη – ασθενή για κάθε βοήθεια που θα χρειαστεί.

Οι ασθενείς φροντίζουν για υπηρεσίες όπου θα τους μεταχειρίζονται χωρίς χρονοτριβή και αξιοπρεπώς, ενώ ταυτόχρονα θα έχουν το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό επιτυχίας στη διάγνωση και στη θεραπεία.

γ) Οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένας παραδοσιακός και διαχρονικός ρόλος που ασκείται από παλαιότατων χρόνων.

Η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας διαφέρει ανάλογα με τις νοσηλείες, τις ανάγκες και την κόπωση του προσωπικού. Το περιεχόμενο της αφορά την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, την ανακούφιση του και στην αφοσίωση στην ολοκληρωμένη φροντίδα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό εκπαιδεύει και ενημερώνει τον ασθενή στην διευκρίνιση των ιατρικών οδηγιών, στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και στην τήρηση των κανόνων στις καθημερινές του πράξεις στον χώρο του νοσοκομείου.

Ο νοσηλευτής/τρια αποφασίζει για το πότε και αν ο ασθενής χρειάζεται επείγουσα ή ενδιάμεση φροντίδα και να παρεμβαίνει σε πολυπροβληματικές καταστάσεις.

Ως στοιχεία ποιότητας θεωρούνται η ασφάλεια του ασθενούς, η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, η μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας και ο χρόνος που διαθέτει το νοσηλευτικό προσωπικό για να ακούει, να συμβουλεύει και να διδάσκει τον ασθενή.

Οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες αποτελούν μέλη της υγειονομικής ομάδας η οποία έχει ως σκοπό την διατήρηση και προαγωγή της υγείας και την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Στη σχέση ασθενή – υγειονομικού προσωπικού το ερέθισμα ή κίνητρο για την δράση ή ενέργεια του ασθενή επιδιώκει ένα είδος ορθολογικής πρόβλεψης για την πορεία της υγείας του και μια ανθρώπινη προτίμηση σύμφωνα με την οποία προσδοκά να αντιμετωπιστεί η κατάσταση του με μοναδικό τρόπο.

Ο ασθενής ως χρήστης των υπηρεσιών υγείας αντιλαμβάνεται τη σχέση αυτή, προσδοκώντας το τι θα ήθελε να του παρέχει η υπηρεσία στις συνθήκες νοσηλείας και τι θα έπρεπε στις ιδανικές συνθήκες και τι περιμένει σε ρεαλιστική βάση ότι θα του παρασχεθεί και τι πιστεύει ότι έχει ανάγκη ανεξάρτητα από τις επιθυμίες.

12.2. Η δυσαρέσκεια του ασθενή

Επίσης σημαντικός παράγοντας για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας είναι η δυσαρέσκεια του ασθενή, η οποία ως αρνητική εντύπωση δεν υποχωρεί στο πέρασμα του χρόνου.

Δυσαρέσκεια σημαίνει «το συναίσθημα της δυσφορίας ή της λύπης (για κάτι αρνητικό), το να αισθάνεται κανείς ότι δεν ευχαριστείται» (Γ. Μπαμπινιώτης, Λεξικό της Ελληνικής Γλώσσας).

Πιστεύεται ότι η εκτίμηση της ικανοποίησης συσκοτίζει την εικόνα της δυσαρέσκειας, ο λόγος είναι ότι οι περισσότερες έρευνες ασχολούνται με την μέτρηση της ικανοποίησης και όχι της δυσαρέσκειας και ότι η χαμηλή ή αρνητική κλίμακα ικανοποίησης εκφράζει την δυσαρέσκεια ως αποτέλεσμα της ίδιας, ενώ οι όροι ικανοποίησης και δυσαρέσκεια χρειάζονται αποσαφήνιση.

Οι αιτίες μιας δυσάρεστης κατάστασης εστιάζονται στα σημεία: κακή συνεργασία γιατρού και ασθενή, αποτυχές αποτέλεσμα θεραπείας, κακή διάγνωση, κακή θεραπεία, αδυναμία εισαγωγής στο νοσοκομείο και κακή προσωπικότητα του γιατρού.

Οι ασθενείς αν και έχουν την πρόθεση να κρίνουν τα κακώς κείμενα, αρκετές φορές το αποφεύγουν από τον φόβο ενός κοινωνικού στιγματισμού και πιθανής εκδίκησης από τους επαγγελματίες υγείας.

Οι άνθρωποι αισθάνονται δυσαρεστημένοι γιατί τους φρόντισαν ως μη ανθρώπινα όντα και τους αντιμετώπισαν ως αντικείμενα ειδικότερα στους κανόνες επικοινωνίας όπου τους παραβιάζει ο γιατρός ενημερώνοντας τον ασθενή χωρίς ενσυναίσθηση ή κατανόηση.

Επίσης δυσαρέσκεια προκαλείται όταν οι ηλικιωμένοι ασθενείς αποκαλύπτουν το σώμα τους στους επαγγελματίες υγείας και όταν νιώθουν να παραβιάζεται από τις διαδικασίες ρουτίνας στο νοσοκομείο ο ιδιωτικός τους χώρος.

12.3. Οι δείκτες ικανοποίησης του ασθενή

Οι δείκτες ποιότητας αποτελούν τους μηχανισμούς ποσοτικής απόδοσης της ποιότητας της φροντίδας υγείας, με τους δείκτες αποτυπώνεται ο βαθμός του υγειονομικού αποτελέσματος της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας. Πέραν των δομικών στοιχείων όπως ο εξοπλισμός, τα κτίρια κλπ και των στοιχείων των αποτελεσμάτων όπως οι δείκτες θνησιμότητα και νοσηρότητα των ασθενών. Όσον αφορά τις δραστηριότητες του ανθρώπινου παράγοντα «εσωτερικοί πελάτες», οι διαδικασίες εντοπίζονται στο πως συμπεριφέρονται στους ασθενείς, όπως το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό κατά την παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας π.χ. χορήγηση φαρμάκων, μεταφορά ασθενούς, παροχή φαγητού, καθαριότητα, γραμματειακές λειτουργίες κ.α.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών «εξωτερικοί πελάτες» εκτός των παραπάνω, λειτουργούν και ως δείκτες ικανοποίησης οι ακόλουθοι:

α) Οι προσδοκίες του ασθενή

Προσδοκίες είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών που διακρίνει μια υπηρεσία ή ένα γεγονός. Επίσης οι προσδοκίες συνίστανται στην πιθανή εμφάνιση ενός γεγονότος, τότε έχουμε τις προβλεπτικές προσδοκίες, δηλαδή αυτό που το άτομο παραμένει να συμβεί και τις αξιολογικές προσδοκίες αυτό που το άτομο θέλει να συμβεί. «Η διαδικασία διαμόρφωσης της ικανοποίησης περιλαμβάνει

μία σύγκριση των προσδοκιών με την αντιλαμβανόμενη επίδοση του προϊόντος ή της υπηρεσίας». (Παπανικολάου, 2007, 181).

Η ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται από δύο παράγοντες: τις προσδοκίες για την φροντίδα που πρόκειται να λάβει και στην άποψη που σχηματίστηκε από την παρασχεθείσα φροντίδα. Όμως η αξιολόγηση της ποιότητας ως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας μπορεί να επηρεάζεται από την έλλειψη γνώσης των ασθενών για την φύση της ασθένειας και για άλλες μορφές θεραπείας.

β) Η ηλικία

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους, είναι περισσότερο διστακτικοί να εκφράσουν αρνητικές αξιολογήσεις, σε σχέση με τα νεώτερα άτομα απολαμβάνουν επιμελέστερης φροντίδας.

Επίσης αναφέρουν περισσότερο ποσοστό ικανοποίησης με τον γιατρό και την ιατρική εξέταση, γιατί προσδοκούν ότι οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα, σε σχέση με τους νεώτερους ασθενείς.

γ) Κοινωνική και οικονομική θέση

Οι πιο εύποροι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να λάβουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους ακόμα και μέσα στο ίδιο το νοσηλευτικό ίδρυμα.

δ) Κατάσταση της υγείας

Όσο χειρότερη είναι η κατάσταση της υγείας του ασθενή τόσο λιγότερο ικανοποιημένος αισθάνεται. Η αυξημένη σοβαρότητα της αρρώστιας και η ανικανότητα συσχετίζεται με τον χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα.

ε) Ψυχολογία του ασθενή

Το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν την ικανοποίηση. Οι ερωτώμενοι ασθενείς είναι πολύ προσεκτικοί στην έκφραση των παραπόνων τους, φοβούμενοι μια χειρότερη φροντίδα στο μέλλον αναφέρουν μεγαλύτερο

ποσοστό ικανοποίησης από το πραγματικό. Η δυσαρέσκεια εκδηλώνεται μόνον όταν συμβεί ένα ακραίο περιστατικό. Επίσης όταν ο ασθενής κατά την λήψη της συνέντευξης υφίστανται την ένταση του πόνου δηλώνει αρνητική ικανοποίηση ενώ κατά βάση είναι ικανοποιημένος από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

13. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

13.1. Ο ιδεότυπος της ικανοποίησης

Στον Max Weber ο ιδεότυπος ως ο λογικός τύπος της κατανοούσας κοινωνιολογίας υπογραμμίζει την απόσταση που χωρίζει την έννοια από το πραγματικό. Αποτελεί «ένα μεθοδολογικό όργανο που μας επιτρέπει να αναγνωρίσουμε την μορφή της δράσης με βάση τα νοηματικά στοιχεία που την συνθέτουν και της δίνουν την χαρακτηριστική ενότητά της» (Τσαούσης, 1989, 114).

Ο ιδεότυπος ως διανοητική κατασκευή δεν προκύπτει από την σύνθεση καθολικών χαρακτηριστικών ενός φαινομένου, αλλά λαμβάνουμε τα κύρια χαρακτηριστικά του, δηλαδή όλα τα ιδιαίτερα γνωρίσματα που συνθέτουν το ερευνόμενο φαινόμενο, ώστε να τηρηθούν οι βασικές και όχι όλες οι προϋποθέσεις για την προσέγγιση της πραγματικότητας.

Ο ιδεότυπος της ικανοποίησης ως μεθοδολογικό μέσο έρευνας επιδιώκει να ορίσει στο περιβάλλον της εμπειρικής πραγματικότητας τις αποκλίσεις ή τις συγκλίσεις της συμπεριφοράς του ασθενή σε σχέση με μια ιδεατή μορφή ορθολογικής δράσης, όπου από την εν λόγω συμπεριφορά παράγεται το εξαγόμενο νόημα της άποψης του ασθενή με κριτήριο την ικανοποίηση.

Η ικανοποίηση αποτελεί την ουσία της ποιότητας, δηλαδή όλες εκείνες τις ιδιότητες που αν λείψουν θα πάψει να υφίσταται ο όρος ποιότητα.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από την οπτική του ασθενή εστιάζεται σε δύο ενότητες.

Η πρώτη εξετάζει σε εξατομικευμένο επίπεδο τη σχέση γιατρού – νοσηλευτή – ασθενή, εμπλουτισμένη από την καλή ή κακή διάγνωση, καλή ή κακή θεραπευτική αγωγή και καλό ή κακό περιεχόμενο νοσηλευτικής φροντίδας.

Η δεύτερη αξιολογεί τα χαρακτηριστικά της τυπικής οργανωτικής δομής του νοσοκομείου, όπως διοικητικές, βοηθητικές, τεχνικές υπηρεσίες και τεχνολογικός εξοπλισμός.

Επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψην και τον παράγοντα κατάσταση της υγείας του ασθενή που επηρεάζει και τον βαθμό αξιολογικής εκλογίκευσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με την Δημάκη στον Weber «οι σχέσεις αιτίου και αιτιακού των κοινωνικών δραστηριοτήτων πρέπει να γίνουν κατανοητές από τον κοινωνιολόγο ως συσχετίσεις μεστές από νόημα για τα άτομα που συμμετείχαν στις δραστηριότητες αυτές» (Δημάκη, 1990, 189).

Το νόημα είναι ο τρόπος ερμηνείας μιας κατάστασης, μιας συμπεριφοράς, μιας πράξης ή ενέργειας και λειτουργεί ως ερέθισμα για την ανάληψη μιας δράσης και ως στοιχείο προσανατολισμού της, και πηγάζει από το πολυσύνθετο κατασκεύασμα των γνώσεων και των πεποιθήσεων των κοινών ανθρώπων που προσανατολίζει τις πράξεις τους και συνδέεται με το κοινωνικό πλαίσιο που ζουν στην καθημερινή τους ζωή.

Η ικανοποίηση του ασθενή ως η προϋπόθεση για την ποιότητα επηρεάζεται από την δράση των υποκειμένων και την αξιολόγησή τους ερμηνεύοντας τα υποκειμενικά και αντικειμενικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος παροχής υγειονομικής φροντίδας που είναι ο χώρος εντάσεως εργασίας.

Αποτελεί μια αξιολογική αντίδραση των εμπειριών της άποψης του ασθενή, βασιζόμενη στην εκπλήρωση των προσδοκιών του, ως η ουτοπική, η ιδεατή μορφή ορθολογικής δράσης της εμπειρικής πραγματικότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, ερμηνεύοντας τις προσλαμβανόμενες πράξεις, ενέργειες και συμπεριφορές των δρώντων προσώπων του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

13.2. Η φαινομενολογική αντίληψη για την ικανοποίηση

Τα φαινόμενα του κόσμου μιλούν από μόνα τους και πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι να τα προσλάβουμε. Στην φαινομενολογική κοινωνιολογία η πραγματικότητα ως ο προσλαμβανόμενος εξωτερικός κόσμος έχει νόημα μέσα από την συνείδηση, την κοινωνική συνείδηση του ανθρώπου το πώς «συλλαμβάνει τα αντικείμενά της και οι σχέσεις της με αυτά». (Λυδάκη, 2001, 41) Επιδιώκοντας να γνωρίσουμε την ουσία τους αγνοώντας τις προηγούμενες

τους διάφορους προϋποθέσεις και τις υποθέσεις γύρω από την ή τους.

η είναι ο τρόπος ανασυγκρότησης του εγώ, είναι οι λογικές πράξεις ώνουν και συγκροτούν μια κατάσταση.

είναι η αποτελούμενη από το σώμα και την σκέψη ομιλούσα εικόνα ό την οποία απεικονίζεται ο ίδιος ο άνθρωπος.

tz υιοθετώντας τη θέση του Weber για την αναγκαιότητα του νικού νοήματος στη δράση των ατόμων αντιλαμβάνεται τον ό κόσμο ως ερμηνεία των ανθρωπίνων εμπειριών στο πλαίσιο των παραστάσεων, οι οποίες έχουν μια διυποκειμενική διάσταση που ει νόημα στην κοινωνική πραγματικότητα. Στη φαινομενολογία η αθορίζεται από το σχέδιο που περιέχει τα «προοριστικά» κίνητρα της τητας και από τα «αιτιολογικά» κίνητρα που έχουν να κάνουν με τη φορά που αιτιολογείται με βάση τη προηγούμενη εμπειρία μας.

επιτυγχάνουμε με την κατανόηση της σκοπιμότητας των φαινομένων την ομαδοποίηση τους σε κατηγορίες εμπειριών. Οι νοηματικές ήσεις τα ταξινομούν και τα ερμηνεύουν σύμφωνα με την κοινή λογική, νοντας τα σε ενότητες νοημάτων. Ο κόσμος των νοηματικών υν δεν συνιστά τόσο μια αντίληψη για τον κόσμο, όσο σε τελική η τον ίδιο τον κόσμο μας.

οντας τις ιδιομορφίες και τις μοναδικότητες των ανθρώπινων βιωμάτων, ήποτε απόπειρα ατομικού ορισμού μιας κατάστασης αναγκαστικά θα ά μέσα από τις παγιωμένες νοητικές τυποποιήσεις μέσα στην ομάδα σε με τους σκοπούς της ομάδας. Το γεγονός ότι τα μέλη της μειακής ομάδας (ασθενείς και πάροχοι υγειονομικής φροντίδας) ζονται μια σειρά νοηματικών τυποποιήσεων αποτελεί εγγύηση για την κατανόηση τους και είναι προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα ών τους ενεργειών.

χεία που συγκροτούν την αντίληψη για την ποιότητα της υγείας μβάνονται από τον ασθενή με βάση τις νοηματικές τυποποιήσεις που οτούνται με ορισμένα κριτήρια. Ο ερευνητής κατασκευάζει τις υγενείς τυποποιήσεις χωρίς να διαστρεβλώνει τις πρωτογενείς των

ερωτώμενου, ώστε να συγκροτήσει ένα ορθολογικό μοντέλο οργάνωσης του κοινωνικού κόσμου για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς αλλά και της δράσης του ασθενή. Η εγκυρότητα της έρευνας εξασφαλίζεται μόνο όταν συλλαμβάνει και αποτυπώνει τις πτυχές των φαινομένων της υγειονομικής φροντίδας που προσπαθούμε να αξιολογήσουμε.

Τα φαινόμενα θα πρέπει να διατυπώνονται όπως ακριβώς τα βιώνει ο ασθενής και όχι όπως τα πιστεύει ο ερευνητής. Επίσης οι ασθενείς είναι ανεκτικοί στις ελήψεις στον τομέα υγείας, σύμφωνα με τον Donabedian «η ποιότητα της φροντίδας είναι στην πραγματικότητα χειρότερη από αυτό που δείχνουν οι έρευνες για την ικανοποίηση. (Ραφτόπουλος, 2002, 13).

Ακόμα οι διάφορες πληθυσμιακές ομάδες απαιτούν και την ανάλογη προσέγγιση και χρήση των ερωτηματολογίων για την διασφάλιση της αλήθειας του ασθενή π.χ. εθνικές μειονότητες.

Στην παροχή των υπηρεσιών υγείας οι παράγοντες που μπορούν να προσδιορίσουν το φαινόμενο της ικανοποίησης είναι:

- 1) Η εξωτερική πραγματικότητα των υπηρεσιών υγείας που κάνει χρήση ο ασθενής, όπου υπεισέρχεται η προβληματική της ικανότητας του να αξιολογεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- 2) Η αλήθεια της πληροφορίας, γιατί ο ασθενής αντιμετωπίζεται από τα προγράμματα βελτίωσης και διασφάλισης ποιότητας ως ο φορέας της πληροφορίας.
- 3) Η υποκειμενικότητα γιατί ο ασθενής εκλαμβάνεται και αξιολογείται ως προς τον βαθμό ικανοποίησης του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- 4) Οι εμπειρίες που βιώνει ο ασθενής διαθέτουν ένα διϋποκειμενικό πλαίσιο που νοηματοδοτεί την κοινωνική πραγματικότητα.

«Όση σημασία έχει για τον Weber η οικοδόμηση των ιδεών τύπων της ατομικής δράσης, έχει για αυτόν (schutz) ο προσδιορισμός του αφηρημένου τύπου της δι-υποκειμενικότητας...» (Καραποστόλης, 1984, 31). Η οποία είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης και διαρκώς ρεούσας αλληλεξάρτησης των υποκειμένων.

13.3. Η αντίληψη της συμβολικής διαντίδρασης για την ικανοποίηση

Στη συμβολική διαντίδραση η κοινωνική πραγματικότητα κατασκευάζεται στο μικροεπίπεδο από άτομα που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους στη βάση κοινά αποδεκτών συμβολικών νοημάτων, και σύμφωνα με την ικανότητα που διαθέτουν να σκέπτονται να ερμηνεύουν καταστάσεις και να κατασκευάζουν τη συμπεριφορά τους, και να διαμορφώνουν την ατομική και συλλογική τους ταυτότητα ως την προϋπόθεση των θεσμικών λειτουργιών.

Κεντρικό σημείο στη θεωρία κατέχει η έννοια της ταυτότητας του εαυτού, η οποία αποτελεί κοινωνικό προϊόν και διαμορφώνεται από την αναστοχαστική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του εμέ και του εγώ.

Ο Mead γράφει: «το άτομο δοκιμάζει τον ίδιο τον εαυτό του σαν άτομο όχι κατά άμεσον τρόπο αλλά μόνον έμμεσα, παίρνοντας θέση στις διάφορες απόψεις των άλλων μελών της ίδιας κοινωνικής ομάδας ή απέναντι στη γενικευμένη άποψη που έχει ολόκληρη η ομάδα από όπου αυτό ανήκει» (Κοινωνιολογία, 1974, 94).

Στην αντίληψη του Mead η γλώσσα αποτελεί το «σημαίνον σύμβολο» έκφρασης και ερμηνείας των νοημάτων.

Όμως δεν συντελούνται μόνον εξωτερικές συνομιλίες μεταξύ των δρώντων ατόμων, αλλά και εσωτερικές μεταξύ του εμέ ο κοινωνικά διαμορφωμένος εαυτός και του εγώ ο βιούμενος εαυτός. Ο εσωτερικός διάλογος των δύο όψεων του εαυτού, μας οδηγεί στην προβολή του σε ένα σύστημα ρόλων.

Στον Goffman το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην ανάλυση των «εστιασμένων συναντήσεων» δηλαδή των καθημερινών πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπιδράσεων. Εδώ τα άτομα έρχονται σε επαφή διατηρώντας την προσοχή τους σε ένα μόνο σημείο εστίασης, για την καλύετρη κατανόηση των ατομικών δράσεων χρησιμοποιείται η μεταφορά της θεατρικής σκηνής με αναλογίες ρόλων θεατρικής παράστασης.

Τα δρώντα άτομα σε μια δραματουργική θεώρηση των σχέσεων τους ερμηνεύουν ρόλους μέσα από τους οποίους δομείται η ταυτότητα του εαυτού, στο πλαίσιο του βαθμού ελευθερίας που επιτρέπουν αφενός οι κοινωνικές επιταγές και οι προσδοκίες που απορρέουν από τις αντιλήψεις του

συγκεκριμένου ρόλου, και αφετέρου οι προσωπικές επιδιώξεις και η δυνατότητα της απόστασης από τον ρόλο.

Η εργασία του Goffman σχετικά με το στίγμα και την διαχείριση του εαυτού άσκησε μεγάλη επιρροή στη μελέτη των ασθενών. Ο ορισμός στο στίγμα εστιάζει στην ασυμφωνία μεταξύ της «εν δυνάμει κοινωνικής ταυτότητας» δηλαδή στο τι πρέπει να κάνει ο άνθρωπος έχοντας συνείδηση ότι συνεχεται με τους συνανθρώπους του με αμοιβαίους δεσμούς και στην «πραγματική κοινωνική ταυτότητα» στο τι πραγματικά είναι, δηλαδή σε εκείνα τα γνωρίσματα που διαθέτουν το άτομο. Το στίγμα εμφανίζεται όταν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στην ενδυνάμει και στην πραγματική κοινωνική ταυτότητα, ανάμεσα στις κοινωνικές στερεοτυπικές κατηγοριοποιήσεις της καθημερινής ζωής και στα γνωρίσματα που διαθέτει το άτομο. Είναι μια διαδικασία όπου λόγω της αντίδρασης του άλλου φθείρεται η κοινωνική ταυτότητα.

Η απαξίωση και η απώλεια της ταυτότητας του εαυτού εξαιτίας της αρρώστιας αναδεικνύει τον επίσημο ιατρικό λόγο ως το τεκμήριο αξιολόγησης και διαβάθμισης της κοινωνικής ταυτότητας του εμέ. Ταυτόχρονα ο άρρωστος ως ο βιούμενος εαυτός της προσωπικής ταυτότητας του εγώ «έρχεται αντιμέτωπος με το ζήτημα της διαχείρισης των πληροφοριών της ταυτότητάς του» (Οικονόμου, 2005, 102).

Ο ασθενής όταν εισάγεται στο νοσοκομείο στερείται ορισμένες ελευθερίες και δικαιώματα πειθαρχώντας στους κανόνες της νοσοκομειακής γραφειοκρατικής οργάνωσης και της θεραπευτικής αγωγής. Προκειμένου να αποθεραπευτεί διαχειρίζεται τις πληροφορίες προσαρμόζοντας το εαυτό του στον ρόλο του ασθενούς.

Ο ασθενής ερμηνεύει τον ρόλο του στο δεδομένο σκηνικό του νοσοκομείου. Χρησιμοποιώντας τα επί της σκηνής αντικείμενα φορώντας τα κουστούμια του ρόλου του και παρακολουθείται από ένα κοινό αλλά ταυτόχρονα είναι ο ίδιος κοινό της παράστασης των ρόλων που ερμηνεύουν οι θεατές του. Ο σκοπός του ασθενή είναι να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του ρόλου και του νοσοκομειακού σκηνικού προκειμένου να αποκατασταθεί η υγεία του.

Ταυτόχρονα επιδιώκει την ποιότητα ως η προσδοκώμενη κατάσταση για την ικανοποίηση του στο ρόλο του ασθενή.

Κοντολογίς επιδιώκει μια συμφωνία μεταξύ της εν δυνάμει κοινωνικής ταυτότητας για το πώς πρέπει να παίζει τον ρόλο του και της πραγματικής ταυτότητας για το πώς είναι πραγματικά ως άτομο. Η τυχόν ασυμφωνία ως προς τις προσδοκίες δημιουργεί δυσαρέσκεια η οποία δεν προκαλεί φθορά της κοινωνικής ταυτότητας και το ζητούμενο είναι οι παρεμβάσεις για την εναρμόνιση των ταυτοτήτων με σκοπό την ικανοποίηση.

Στην περίπτωση του στίγματος όπου η δυσαρμονία προκαλεί την αντίδραση και την φθορά της κοινωνικής ταυτότητας, τότε τα κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα εισαγόμενα στα ολοπαγή ιδρύματα όπως τα ψυχιατρικά άσυλα επανοικοδομούν τη δική τους ιδιόμορφη ταυτότητα. Η απώλεια του εαυτού τους τα οδηγεί σε τεχνικές λαθροβίωσης αρνούμενα «του ρόλου και της ταυτότητας που αποδίδει το ίδρυμα» (Οικονόμου, 2005, 105).

Η δυσαρέσκεια από την έλλειψη ποιότητας στην φροντίδα των ασθενών οδήγησε στο κίνημα για την αποσυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και την ένταξή τους στις ανοικτές δομές τις κοινωνίας.

13.4. Η επιτηρησιακή ικανοποίηση στη σχέση γιατρού και ασθενή

Η σχέση γιατρού και ασθενή διαμεσολαβείται από την ιατρική εξουσία – πειθαρχία. Η μονοπώληση της ιατρικής μέριμνας και φροντίδας των υπηρεσιών υγείας από τους γιατρούς αποκλείει εναλλακτικά θεραπευτικά πρότυπα. Ο ασθενής πρέπει να υπόκεινται στις οδηγίες του γιατρού, στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης, όπου ο γιατρός και ο ασθενής είναι ισότιμοι αλλά όχι ίσοι.

Η παρέμβαση του Foucault αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο του λόγου στη νεωτερική και μετανεωτερική εποχή. Ο λόγος υπεισέρχεται στις δομές της εξουσίας, ως η αλήθεια της, συγκροτώντας την υλικότητα του υποκειμένου στην παραγωγική και διαμορφωτική διάσταση της εξουσίας, που διέπει την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Στην μεταδομιστική προσέγγιση ο λόγος ως έκφραση της εξουσίας κατασκευάζει την ερμηνεία της ανάγκης. «Εκεί που δεν συμφωνώ καθόλου με

τον Τσόμσκι είναι όταν τοποθετείται στην αρχή αυτών των κανονικοτήτων στο εσωτερικό, κατά κάποιο τρόπο, τον νου ή της ανθρώπινης φύσης» (Φουκό, 1991, 34). Το άτομο είναι το υποκείμενο ως παράγωγο της εξουσίας την υφίστανται, την ασκεί και την αρθρώνει, όπου μέσα από τις κανονικότητες της νόρμας ορίζονται τα επιτρεπτά και απαγορευτικά όρια της συμπεριφοράς.

Η εξουσία δεν προσλαμβάνεται μόνον ως εκπορευόμενη από τις ιεραρχικές δομές της πολιτικής κυριαρχίας αλλά και ως διαχεόμενη σχέση σε μια δικτυακή δομή σε όλο το κοινωνικό σώμα. Ασκείται με ποιμαντικό τρόπο χρησιμοποιώντας τον λόγο και την επιστημονική γνώση ως την νομιμοποιημένη σωτηρολογία κατασκευάζοντας την ερμηνεία της ανάγκης, όπως ο ιατρικός λόγος, η θεραπευτική σχέση και η ανάγκη του ασθενή, «ο ασθενής εξομολογείται τα πάντα στον γιατρό ο οποίος παίρνει την θέση του παπά εξομολογητή» (Αλεξιάς, 2000, 188). Όμως ο λόγος του ασθενή δεν θέτει σε δοκιμασία και ούτε αναιρεί τον εξουσιαστικό λόγο του γιατρού. Από την άλλη η εξουσία του γιατρού μετατρέπεται σε αυτοέλεγχο ο οποίος υποδηλώνει την ατομική ευθύνη του ασθενούς.

Ο λόγος της επιστημονικής ιατρικής στη διπολική σχέση γιατρού και ασθενή κατασκευάζει και ορίζει την πραγματικότητα όχι μόνον με τις συνεχείς εξετάσεις και το βλέμμα της ιατρικής πειθαρχικής επιτήρησης αλλά επεκτείνεται και προς την ευρεία κοινωνία. «Επικεντρώνεται στην καλλιέργεια επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς και την εκπαίδευση των ατόμων, ώστε αυτά να γίνουν περισσότερο αποδοτικά και πειθήνια» (Οικονόμου, 2005, 152).

Ο ιατρικός επιστημονικός λόγος διαμορφώνει νέα πεδία έρευνας, διευρύνοντας την εξουσία του και συντελώντας στην ιατρικοποίηση της κοινωνίας. Η ιατρική επιστήμη λειτουργεί ως ένας ισχυρός θεσμός κοινωνικού ελέγχου όπου τομείς της φυσιολογικής ζωής επαναπροσδιορίζονται ως ιατρικά ζητήματα. Ο άνθρωπος κατασκευάζεται ως το υποκείμενο / ασθενής της ιατρικής πειθαρχικής εξουσίας, υφιστάμενος τον αυτοέλεγχο μιας πανοπτικής επιτηρησιακής αυτοδιαχείρισης του σώματος του ακολουθώντας τεχνικές ελέγχου όπως δίαιτες, ιατρικά tests και προτεινόμενους τρόπους υγιεινής ζωής.

«Το σύστημα εξουσίας... ορίζει τις κανονικές μορφές και κανονικά και τα επιτρεπτά και τις κανονικές απαγορεύσεις της ζωής μας» (Φουκό, 1991, 41).

Σκοπός αυτών είναι η ανάπτυξη των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων του υποκειμένου, η αύξηση των οικονομικών και παραγωγικών δυνάμεων του σώματος, υπακούοντας στο ιατρικό *habitus* για τη συμμόρφωση του στη χρησιμότητα της εξουσίας με την μείωση των δυνάμεων πολιτικής αντίστασης ως η ικανοποίηση του στο ανατομικό – πολιτικό επίπεδο.

Η ικανοποίηση του ασθενή στα πλαίσια της πανοπτικής ορατότητας δομημένης στην αρχιτεκτονική του γραφειοκρατικού χώρου του νοσοκομείου (θάλαμοι, διαδρόμοι), διαμορφώνεται ως η άποψη του με βάση τον επιστημονικό λόγο και το επιτηρειακό βλέμμα του γιατρού στην μικροφυσική της εξουσίας, συνεργούντων των μηχανισμών αυτοπαρατήρησης και αυτοελέγχου του ασθενή, ενώ ταυτόχρονα υφίστανται την πειθαρχική δύναμη της νοσοκομειακής φροντίδας στο σωτηριολογικό της ρόλο.

13.5. Η δομολειτουργική αντίληψη για την ικανοποίηση

Στη δομολειτουργική προσέγγιση «τα δρώντα άτομα αποσκοπούν στην μεγιστοποίηση της ικανοποίησης αναπτύσσουν μεταξύ τους σταθερές σχέσεις αλληλεπίδρασης, οι οποίες ρυθμίζονται από κανόνες και αξίες» (Οικονόμου, 2005, 87).

Η αλληλεπίδραση αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης μεταξύ των δρώντων αναπτύσσονται ένα σύστημα ρόλων κοινωνικής θέσης, ο κάτοχος μιας θέσης είναι φορέας ενέργειας ή δράσης που αποσκοπεί σε αναμενόμενη συμπεριφορά. Ο ρόλος ως το κανονιστικό πρότυπο που η κοινωνία επιβάλλει στα άτομα, είναι ο μηχανισμός που δεσμεύει τις ατομικές ιδιαιτερότητες και επιθυμίες ώστε να διασφαλίζεται η κοινωνική συνοχή και η σταθερότητα. Ο ρόλος συνίστανται σε δικαιώματα και υποχρεώσεις και είναι δυναμική της προσδοκώμενης συμπεριφοράς του κατόχου μιας θέσης.

Στην αντίληψη του Parsons η κοινωνία αποτελείται από πρωταγωνιστές που υποδύονται ένα φάσμα κοινωνικών ρόλων, π.χ. γιατροί και ασθενείς με σκοπό την ομαλή της λειτουργία.

Στη σχέση γιατρού και αρρώστου αναπτύσσονται δράσεις με υποχρεώσεις και δικαιώματα. Το άτομο όταν αρρωστήσει μπαίνει στον «ρόλο του αρρώστου». Οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα που απορρέουν από την άσκηση του συγκεκριμένου ρόλου είναι: Η ασθένεια φέρνει τον άρρωστο σε δεινή θέση, η κατάσταση αυτή τον κάνει ανεπιθύμητο και πρέπει να θεωρείται προσωρινή, με υποχρέωση την αποκατάσταση της υγείας, για την οποία δεν θεωρείται υπεύθυνος.

Ο άρρωστος επιδιώκει ασυνείδητα μέσω της αρρώστιας να αποδράσει από την ιεραρχική διαβάσμιση των αξιών και των κακόνων που τον δεσμεύουν κατά την άσκηση των ρόλων του στις λειτουργίες του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ο άρρωστος ευρισκόμενος σε κατάσταση αδυναμίας και ανικανότητας δικαιούται για μια συγκεκριμένη περίοδο απαλλαγή από τις καθημερινές δραστηριότητες και υποχρεώσεις του και να έχει οικονομική κάλυψη και αρωγή. Όμως η χρήση του δικαιώματος προϋποθέτει την ικανοποίηση της επιθυμίας του αρρώστου να επιτρέψει στην πρότερη κατάσταση και να συμμορφώνεται με τις υποδείξεις του γιατρού.

Ο ρόλος του γιατρού συνίσταται να παρέχει με επάρκεια τις επιστημονικές υπηρεσίες για την απομάκρυνση της αρρώστιας.

Η επιστημονική του δράση πρέπει να έχει ως γνώμονα το όφελος του αρρώστου και όχι το προσωπικό του συμφέρον. Το ιατρικό έργο πρέπει να ασκείται μέσα στα πλαίσια της ιατρικής δεοντολογίας. Επίσης του επιτρέπεται να γνωρίζει στοιχεία για την προσωπική ζωή του αρρώστου, να έχει πρόσβαση στα απαγορευμένα σημεία. Η κοινωνία παρέχει ως αντάλλαγμα στο γιατρό την πλήρη πρόσβαση στα απαγορευμένα σημεία του ασθενή για την διενέργεια εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης.

Ο γιατρός κατέχει σημαντική αυτονομία στην άσκηση του ιατρικού έργου και βρίσκεται σε θέση υπεροχής στη σχέση του με τον ασθενή.

Η ικανοποίηση του ασθενή εντάσσει την υγεία στις λειτουργικές ανάγκες του συστήματος προκειμένου να επιτελεσθούν οι κοινωνικοί ρόλοι με επιτυχία. Το υψηλό επίπεδο υγείας ως προϋπόθεση για την καλή λειτουργία του συστήματος απαιτεί χαμηλό επίπεδο νοσηρότητας.

15. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

15.1. Η μέθοδος της αξιολόγησης

Η αξιολόγηση της νοσοκομειακής οργάνωσης στην παρούσα εργασία αφορά την ικανοποίηση των ασθενών.

Με την αξιολόγηση διαμορφώνεται η κρίση σχετικά με την ποιοτική απόδοση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιοτικής αξιολόγησης της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, παρόλο που οι όροι «αξιολόγηση» και «μέτρηση» αλληλοεπικαλύπτουν τα πεδία έρευνας, εν τούτοις διαφέρουν σημαντικά, «Η μέτρηση αναφέρεται στη διαδικασία αποκόμισης βαθμολογίας για μια μεταβλητή. Ενώ αξιολόγηση είναι η διαμόρφωση κρίσης αναφορικά με την απόδοση» (Παπανικολάου, 2007, 281). Δηλαδή στην μέτρηση έχουμε την πραγματοποιημένη ποσοτική απόδοση μιας συμπεριφοράς, και στη αξιολόγηση τις λογικές ερμηνείες για τις αναμενόμενες των υπηρεσιών υγείας.

Υιοθετήθηκε η μέθοδος SERVQUAL που δημιουργήθηκε από τους Parasuraman, Zeithamil και Berry με σκοπό την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών/πελατών αναφορικά με τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες. Η μέθοδος αυτή παρέχει ένα πολύ χρήσιμο τρόπο συγκέντρωσης πληροφοριών μέσω δηλώσεων σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχει το Νοσοκομείο, τις οποίες καλούνται οι ασθενείς να αξιολογήσουν.

Η συγκεκριμένη μέθοδος βοηθάει στη συγκέντρωση πληροφοριών και αποτελεί την βάση της κατασκευής του ερωτηματολογίου έρευνας, με 21 δηλώσεις προσδοκιών, αξιολογούμενες σε μία κλίμακα Likert πέντε βαθμών.

15.2. Η δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες επιδιώκοντας να συγκροτήσει τα κοινωνικά γεγονότα με τρόπο επιστημονικό. «Θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι η καρδιά κάθε έρευνας, γιατί η ποιότητα των αποτελεσμάτων της δεν μπορεί να υπερβεί αυτή του ερωτηματολογίου της» (Λαμπίρη – Δημάκη, Κεπελήρης, 1995, 294).

Εκείνο που ενδιαφέρει τον κοινωνιολόγο είναι η συσχέτιση των μεταβλητών, που επιτυγχάνεται με την εναλλακτικότητα των προς απάντηση ερωτήσεων, οι οποίες λειτουργούν ως δείκτες για την στατιστική τους επεξεργασία.

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε την περίοδο από 15/03/2011 έως 29/04/2011, με την εφαρμογή της ευκαιριακής δειγματοληψίας σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Τζάνειο νοσοκομείο Πειραιά.

Στην αρχή του ερωτηματολογίου διατυπώνονται ερωτήσεις με τα Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του ασθενή. Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις για το φύλο και την ηλικία του ή της ασθενούς, εάν η εισαγωγή ήταν έκτακτη ή προγραμματισμένη, την κλινική που νοσηλεύτηκε και τον αριθμό των ημερών της νοσηλείας του.

Επίσης αν το ερωτηματολόγιο το συμπλήρωσε ο ίδιος ο ασθενής ή ο συνοδός του καθώς επίσης και η ημερομηνία της συμπλήρωσης του. Οι παραπάνω ερωτήσεις εντάσσονται στο είδος των ερωτήσεων, για τα αντικειμενικά δεδομένα, που εξυπηρετούν την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και την ταξινόμηση των αποτελεσμάτων για την σύγκριση των απαντήσεων.

Ζητήθηκε οι ερωτώμενοι ασθενείς ή οι συνοδοί τους να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων σχετιζόμενες με τις συνθήκες νοσηλείας.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εξετάζουν τον βαθμό της ικανοποίησης του ασθενή στις παρεχόμενες υπηρεσίες που έχουν να κάνουν με την συμπεριφορά του προσωπικού του εν λόγω νοσοκομείου οι οποίες τμηματοποιούνται σε τέσσερις ενότητες:

Υποδοχής και διαμονής, ιατρικής παρακολούθησης, νοσηλευτικής φροντίδας και γενικής εξυπηρέτησης.

Οι ερωτήσεις αυτές εντάσσονται στο είδος των ερωτήσεων για τα υποκειμενικά δεδομένα της έρευνας που αφορούν τις αντιλήψεις, τα πιστεύω και τα ασθήματα των ερωτωμένων οι οποίες κατηγοριοποιούνται ως ερωτήσεις γνώμης και στάσης. Ακολουθεί μια ενότητα με επισημάνσεις και παρατηρήσεις.

Οι διατυπωθήσες ερωτήσεις είναι κλειστής μορφής, με εναλλακτικές απαντήσεις από τις οποίες ο ερωτώμενος επιλέγει μόνο μια, εκείνη που

ανταποκρίνεται καλύτερα στις εκτιμήσεις του. Πρόκειται για τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, εύχρηστο στην στατιστική επεξεργασία που οδηγεί στην προσωπική τυποποιημένη συνέντευξη, εφόσον πρόκειται για έρευνα με ποσοτικό προσανατολισμό.

Οι ερωτήσεις έλαβαν υπόψη τις παρακάτω προϋποθέσεις για την κατάρτιση του ερωτηματολογίου:

α) Οι χρησιμοποιούμενες λέξεις θα πρέπει να έχουν σαφήνεια, απλότητα και να είναι κατανοητές από τους ερωτώμενους ασθενείς του δείγματος, οι οποίοι βρίσκονται υπό επιτηρειακό έλεγχο ακολουθώντας συγκεκριμένους κανόνες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος για την αποκατάσταση της υγείας τους.

β) Η κάθε ερώτηση αναφέρεται σε συγκεκριμένο θέμα π.χ. χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων. Πρέπει να αποφεύγονται οι διατυπώσεις που μπορεί να προκαλέσουν ψυχολογική αντίδραση και να αποκρύβουν πληροφορίες όπως ο χρηματισμός.

γ) Το περιεχόμενο των ερωτήσεων δεν προβάλλει ζητήματα ή γνώσεις που δεν έχει ο ερωτώμενος π.χ. αξιολόγηση και σύγκριση μεταξύ δύο θεραπευτικών αγωγών.

Πιο συγκεκριμένα το μέγεθος και ο αριθμός των ερωτήσεων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους την ικανότητα του ασθενή, ο οποίος ανάλογα με την παθολογική ψυχολογική κατάσταση και την έλλειψη γνώσης για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να δώσει λανθασμένες απαντήσεις.

Επίσης ο βαθμός αποδοχής του ερωτηθέντος, μπορεί ο ασθενής να αποφύγει να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο εξαιτίας του φόβου της πιθανής αντίδρασης από το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας.

δ) Στη συγκεκριμένη έρευνα εκτός από το ότι οι ερωτήσεις είναι απλές και σύντομες και ο αριθμός τους περιορίστηκε στις 21 ερωτήσεις για να μην κουρασθεί ο ασθενής και αδιαφορήσει για την ακρίβεια και την πληρότητα των απαντήσεων.

Η σειρά των ενοτήτων αλλά και των ερωτήσεων έλαβε υπόψη της την υποδοχή και τη διαμονή που σχηματίζονται οι πρώτες εντυπώσεις του ασθενή, την ιατρική παρακολούθηση και την νοσηλευτική φροντίδα που είναι και το κύριο ζητούμενο από τον ασθενή και την γενική εξυπηρέτηση σε διαδικαστικά

ζητήματα. Επίσης στο τέλος του ερωτηματολογίου ζητήθηκαν οι επισημάνσεις και οι προτάσεις του ασθενή για την πληρέστερη εικόνα των επιθυμιών του ασθενή σε σχέση με τον προσδοκόμενο βαθμό ικανοποίησής του.

15.3. Η δοκιμαστική έρευνα

Στην δοκιμαστική έρευνα συμμετείχαν ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στις παθολογικές χειρουργικές και στην ορθοπεδική κλινική του νοσοκομείου.

Η στενότητα του χρόνου δεν επέτρεψε στον ερευνητή να προβεί στην ανάλυση του βαθμού σαφήνειας και κατανόησης των ερωτήσεων από τους ερωτούμενους και στον εντοπισμό των μη ικανοποιητικών απαντήσεων.

Ο ερευνητής χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αφού διαπίστωσε και ανέλυσε όπως περιέγραψε στην προηγούμενη ενότητα ότι οι ερωτήσεις έχουν άμεση σχέση με το σκοπό έρευνας της παρούσας εργασίας.

Η δοκιμαστική έρευνα επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση του χρόνου και της διαδικασίας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους ερωτούμενους ασθενείς και τον βαθμό της επιρροής τους από τους συνοδούς τους.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι ένας αριθμός ασθενών απαντούσε ως πλήρης ικανοποιημένος ενώ ήταν προφανές ότι επιθυμούσαν να μη διακινδυνεύσουν τη σχέση τους με το προσωπικό της νοσοκομειακής φροντίδας ενώ το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Διαπιστώθηκε ότι η διακίνηση των ερωτηματολογίων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και η συμπλήρωση τους μετά το πέρας αυτής ήταν δυσχερής εξαιτίας της απουσίας του ερευνητή κατά την έξοδο τους από τον θάλαμο νοσηλείας.

Για την αντιμετώπιση του ζητήματος ένα μέρος των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε με την παρουσία του ερευνητή κατά την έξοδο του ασθενούς στο γραφείο κινήσεως, κατά την διάρκεια λήψης του εξιτηρίου του και του βιβλιαρίου νοσηλείας του.

15.4. Η έρευνα

Για την διεξαγωγή της έρευνας προσδιορίστηκε ο πληθυσμός – στόχος, από τον οποίον αντλήθηκαν τα συμπεράσματα της δειγματοληπτικής διαδικασίας. Το πεδίο εφαρμογής της έρευνας είναι οι εξερχόμενοι ασθενείς του Τζανείου Νοσοκομείου από συγκεκριμένες κλινικές για μια μικρή χρονικά ερευνητική περίοδο.

Τα επόμενα βήματα ήταν να εντοπισθούν η μέθοδος δειγματοληψίας και το μέγεθος δείγματος του πληθυσμού – στόχου, δηλαδή οι εξερχόμενοι νοσηλευθέντες ασθενείς. Χρησιμοποιήθηκε η ευκαιριακή δειγματοληψία, η οποία παρουσιάζει ευκολίες στη συλλογή των δεδομένων (εξερχόμενοι ασθενείς από συγκεκριμένες κλινικές για μια ορισμένη χρονική περίοδο), αν και η εν λόγω μέθοδος δεν συμβάλλει στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Το μέγεθος του δείγματος είναι ικανό για τους εκπαιδευτικούς σκοπούς της διπλωματικής εργασίας, αλλά πολύ μικρό για να καθιστά τα ερευνητικά αποτελέσματα ασφαλή και αξιόπιστα.

Η διεξαγωγή της δειγματοληπτικής έρευνας με την χρήση των ερωτηματολογίων και των μεθόδων στατιστικής επεξεργασίας παρέχει την δυνατότητα της συλλογής των στοιχείων με σχετική ευκολία για την επεξεργασία τους. Όμως πρέπει να διατηρούνται επιφυλάξεις γιατί αντιμετωπίζει τα κοινωνικά γεγονότα ως σταθερά και μη μεταβαλλόμενα.

Παραδοχές της δειγματοληπτικής ποσοτικής μεθόδου είναι:

1) Γίνεται αποδεκτή η ειλικρίνεια και η ακρίβεια των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς στο ερωτηματολόγιο. Για την δυνατή προσέγγιση αυτών των στόχων πέραν από τη δομή των ερωτηματολογίων δόθηκε έμφαση στη κοινωνική διαντίδραση μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου στα εξής χαρακτηριστικά α) φιλικότατα για την αποτελεσματική προσέγγιση β) φυσικότητα γ) εμπιστοσύνη και δ) περιέργεια για να καταγράψει τις απόψεις των ασθενών.

Επίσης στα χαρακτηριστικά των ερωτιθέντων υπήρξε σημαντική ανομοιομορφία του δείγματος στην ηλικία, ερωτήθηκαν ασθενείς και των δύο φύλων και των δύο τύπων εισαγωγής (προγραμματισμένη – έκτακτη).

2) Γίνεται αποδεκτό ότι οι απόψεις των ερωτιθέντων ασθενών δεν επηρεάζονται από τους γενεσιουργούς παράγοντες της ασθένειας που προκαλούν τις διαταραχές στην υγεία, ώστε «οι περιγραφές τους να αποτελέσουν έγκυρους δείκτες σε σχέση με αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα» (Κυριαζή, 2005, 146).

16. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

16.1. Α. Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 77 ασθενείς. Το 55.8% (43 άτομα) του δείγματος αποτελείται από άνδρες ασθενείς και το 42.9% (33 άτομα) από γυναίκες ασθενείς. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι περίπου 63 έτη (63.09). Το 53.2% (41 άτομα) του δείγματος εισήχθη στο νοσοκομείο εκτάκτως ενώ το 32.5% (25 άτομα) εισήχθη κατόπιν προγραμματισμένης εισαγωγής. Οι κλινικές στις οποίες νοσηλεύτηκαν οι συμμετέχοντες ασθενείς ήταν οι: καρδιολογική (20.8%, 16 άτομα), η παθολογική (11.7%, 9 άτομα), η αιματολογική (1.3%, 1 άτομο), η χειρουργική (22.1%, 17 άτομα), η ουρολογική (11.7%, 9 άτομα), η ορθοπεδική (10.4%, 8 άτομα), η οφθαλμολογική (1.3%, 1 άτομο) και η Ω.Ρ.Λ. (1.3%, 1 άτομο). Ο μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν περίπου 6 ημέρες (5.81). Τέλος, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε κυρίως από τους συνοδούς των ασθενών σε ποσοστό 55.8%, (43 συνοδοί) και από τους ίδιους τους συμμετέχοντες σε ποσοστό 36.4% (28 ασθενείς).

16.2. Β. Ικανοποίηση Ασθενών

Οι συμμετέχοντες ασθενείς, σε γενικές γραμμές, δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύθηκαν, δεδομένου ότι οι μέσοι όροι για τα ποσοστά ικανοποίησης κυμάνθηκαν μεταξύ του 3,9 – 4,47 στην 5βάθμια κλίμακα αξιολόγησης (Πίνακας 1). Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης παρατηρήθηκαν (με ελάχιστη διαφορά) στη νοσηλευτική φροντίδα (με μέσο όρο 4.47), ακολούθησε η ιατρική παρακολούθηση (με μέσο όρο 4.46), η γενική εξυπηρέτηση των ασθενών (με μέσο όρο 4.29), ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης παρατηρήθηκαν στην υποδοχή και διαμονή των ασθενών.

Είναι εμφανές ότι το επίπεδο της ικανοποίησης είναι υψηλότερο από τους πρώτης γραμμής παρέχοντες την νοσοκομειακή φροντίδα. Ακόμα και στον τομέα υποδοχής και διανομής των ασθενών, η συμπεριφορά του προσωπικού τροφοδοσίας είναι η υψηλότερης ικανοποίησης και ακολουθεί με ελάχιστη

διαφορά η ικανοποίηση από το προσωπικό υποδοχής. Γενικά η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλότερη από τον ανθρώπινο παράγοντα και χαμηλότερη από την λειτουργικότητα των χώρων της κτιριακής δομής η οποία ανταποκρίνεται στις ανάγκες της δεκαετίας του 1960-1970 π.Χ. οκτάκλινοι θάλαμοι με μια τουαλέτα ανά κλινική, δύο ασανσέρ τεσσάρων ατόμων έκαστο για το νοσοκομείο της κεντρικής πόλης του Πειραιά με το μεγαλύτερο λιμάνι της χώρας κ.α.

Πίνακας 1. Γενική ικανοποίηση ασθενών

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Υποδοχή & Διαμονή	77	3,00	2,00	5,00	3,9256	,83240
Ιατρική Παρακολούθηση	77	3,60	1,40	5,00	4,4628	,78262
Νοσηλευτική Φροντίδα	76	4,00	1,00	5,00	4,4649	,78141
Γενική Εξυπηρέτηση	76	4,00	1,00	5,00	4,2850	1,00245

16.3. Γ. Ικανοποίηση Ασθενών (ανά τομέα)

16.3. 1. Υποδοχή και Διαμονή

Όσον αφορά την υποδοχή και διαμονή των ασθενών (Πίνακας 2), η συμπεριφορά του προσωπικού τροφοδοσίας ικανοποίησε περισσότερο τους συμμετέχοντες (με μέσο όρο 4.60). Ακολούθησε η συμπεριφορά του προσωπικού κατά την υποδοχή του ασθενούς στο νοσοκομείο (με μέσο όρο 4.48), η επιμέλεια σερβιρίσματος του φαγητού (με μέσο όρο 4.10), η επιμέλεια και καθαριότητα των θαλάμων (με μέσο όρο 3.95), η ποιότητα του φαγητού (με μέσο όρο 3.77), η λειτουργικότητα των βοηθητικών συσκευών (με μέσο όρο 3.26), ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στην ενότητα της υποδοχής και διαμονής παρουσιάστηκαν στην ερώτηση για το πόσο άνετο και ευχάριστο ήταν το περιβάλλον του νοσοκομείου (με μέσο όρο 3.24).

Πίνακας 2. Ποσοστά ικανοποίησης για την Υποδοχή και Διαμονή

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε στο νοσοκομείο	77	4	1	5	4,48	,837
Άνετο και ευχάριστο περιβάλλον	76	4	1	5	3,24	1,422
Επιμέλεια και καθαριότητα θαλάμων	76	4	1	5	3,95	1,118
Λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών(κουδούνι, τηλέφωνο, φωτισμός κ.τ.λ.)	70	4	1	5	3,26	1,390
Ποιότητα φαγητού	69	4	1	5	3,77	1,178
Επιμέλεια σερβιρίσματος (εμφάνιση, θερμοκρασία κ.τ.λ.)	68	4	1	5	4,10	1,010
Συμπεριφορά προσωπικού τροφοδοσίας	73	4	1	5	4,60	,759

16.3. 2. Ιατρική Παρακολούθηση

Όσον αφορά την ιατρική παρακολούθηση (Πίνακας 3), οι ασθενείς δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φιλική και ευγενική συμπεριφορά των ιατρών (με μέσο όρο 4.62), ακολούθησαν οι οδηγίες για τη θεραπεία (με μέσο όρο 4.57) που αφορά στην επικοινωνιακή διάσταση στη θεραπευτική σχέση γιατρού και ασθενή, τα ίδια ποσοστά ικανοποίησης παρατηρήθηκαν όσον αφορά την ενημέρωση – πληροφόρηση και τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων (με μέσο όρο 4.45), που αφορά το ιατρικό επιστημονικό πεδίο, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στην ενότητα της ιατρικής παρακολούθησης παρουσιάστηκαν στο χρόνο αναμονής για την πραγματοποίηση των απαιτούμενων εξετάσεων (με μέσο όρο 4.25) και αφορά την πρόσβαση λόγω της υψηλής πυκνότητας των περιστατικών.

Πίνακας 3. Ποσοστά ικανοποίησης για την Ιατρική Παρακολούθηση

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά σας	76	4	1	5	4,45	,944
Οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς	76	4	1	5	4,57	,854
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά ιατρών	77	4	1	5	4,62	,812
Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων	75	4	1	5	4,25	1,001
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων	74	4	1	5	4,45	,796

16.3. 3. Νοσηλευτική Φροντίδα

Στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας (Πίνακας 4), οι ασθενείς δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φιλική και ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτών (με μέσο όρο 4.58) ενώ λιγότερο ικανοποιημένοι υπήρξαν με την ενημέρωση που είχαν σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα (με μέσο όρο 4.43). Τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσιάστηκαν στην ερώτηση για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, τις ικανότητες και την εμπειρία των νοσηλευτών (με μέσο όρο 4.37), εδώ πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη μας τον μειωμένο αριθμό του προσωπικού που παρέχει την νοσηλευτική φροντίδα και τον υψηλόβαθμο φιλικής και ευγενικής επικοινωνίας παρά την υψηλή ένταση εργασίας.

Πίνακας 4. Ποσοστά ικανοποίησης για την Νοσηλευτική Φροντίδα

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά νοσηλευτών	76	4	1	5	4,58	,735
Ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα	74	4	1	5	4,43	,938
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, ικανότητες και εμπειρία νοσηλευτών	73	4	1	5	4,37	,921

16.3. 4. Γενική Εξυπηρέτηση

Όσον αφορά την γενικότερη εξυπηρέτηση (Πίνακας 5), οι ασθενείς δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι με τις οδηγίες που τους δόθηκαν για να ακολουθήσουν πηγαίνοντας στο σπίτι (με μέσο όρο 4.61), ακολούθησε η ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής (με μέσο όρο 4.32), ο τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών τους (με μέσο όρο 4.30), οι λειτουργικές διευκολύνσεις και η πληροφόρηση που είχαν από τις γραμματείες του νοσοκομείου (με μέσο όρο 4.29), η ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου (με μέσο όρο 4.25), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρατηρήθηκαν στην παροχή βοήθειας για την μετακίνηση των ασθενών (με μέσο όρο 4.03), αν και μόνο οι 29 ασθενείς από τους ερωτηθέντες την χρειάστηκαν.

Πίνακας 5. Ποσοστά ικανοποίησης για την γενική εξυπηρέτηση

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας	74	4	1	5	4,30	1,082
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής	74	4	1	5	4,32	1,061
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξιτηρίου	61	4	1	5	4,25	1,059
Οδηγίες που δόθηκαν για να ακολουθήσετε πηγαίνοντας στο σπίτι	57	2	3	5	4,61	,648
Βοήθεια για τη μετακίνησή σας μόνο όσοι τη χρειάστηκαν	29	4	1	5	4,03	1,451
Λειτουργικές διευκολύνσεις και πληροφόρηση από τις γραμματείες του νοσοκομείου	62	4	1	5	4,29	1,046

16.4. Δ. Συσχέτιση των Ανεξάρτητων Μεταβλητών με τις Εξαρτημένες Μεταβλητές

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης που έγινε προκειμένου να δούμε αν οι ανεξάρτητες μεταβλητές μας (φύλο, ηλικία, τύπος εισαγωγής και διάρκεια νοσηλείας) παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα με καθεμία από τις εξαρτημένες μεταβλητές (4 διαστάσεις / ενότητες ικανοποίησης των ασθενών).

16.4. 1. Συσχέτιση Ικανοποίησης Ασθενών με το Φύλο

Εφαρμόζοντας τον έλεγχο t για τη σύγκριση δύο δειγμάτων μη συσχετισμένων/ μη σχετικών τιμών (Independent Samples T-test), διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικώς σημαντική επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι μέσοι όροι των ανδρών ασθενών στις τέσσερις διαστάσεις της ικανοποίησης δεν διαφέρουν

στατιστικώς σημαντικά από τους αντίστοιχους μέσους όρους των γυναικών ασθενών (Παράρτημα 1).

16.4.2. Συσχέτιση Ικανοποίησης Ασθενών με την Ηλικία

Για τη διερεύνηση της ενδεχόμενης συσχέτισης μεταξύ ικανοποίησης των ασθενών και ηλικίας, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός δείκτης συνάφειας Spearman Rho. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ηλικία των ασθενών συσχετίζεται θετικά με την ικανοποίησή τους για την υποδοχή και διαμονή στο νοσοκομείο. Με άλλα λόγια, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ασθενούς, τόσο υψηλότερα είναι τα ποσοστά ικανοποίησης που δείχνουν για την συμπεριφορά του προσωπικού που τους υποδέχτηκε στο νοσοκομείο, για το περιβάλλον του νοσοκομείου, τους θαλάμους, την ποιότητα του φαγητού κ.τ.λ.

Επιπλέον, αρνητικά συσχετίζεται η μεταβλητή της ηλικίας με την ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά την ιατρική παρακολούθηση. Όσο μεγαλύτερη είναι δηλαδή η ηλικία του ασθενούς, τόσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση που εκφράζει για την ενημέρωση που λαμβάνει από τους ιατρούς, για τις απαιτούμενες οδηγίες και τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, για τον χρόνο αναμονής των εξετάσεων, κ.τ.λ. (Παράρτημα 2).

16.4.3. Συσχέτιση Ικανοποίησης Ασθενών με τον Τύπο Εισαγωγής

Για την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ανεξάρτητης μεταβλητής του τύπου εισαγωγής, εφαρμόσθηκε ο έλεγχος t για τη σύγκριση δύο δειγμάτων μη συσχετισμένων/ μη σχετικών τιμών (Independent Samples T-test). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου, δεν υπάρχει καμία στατιστικώς σημαντική επίδραση του τύπου εισαγωγής στην ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα οι μέσοι όροι των ασθενών που εισήχθησαν εκτάκτως στις τέσσερις διαστάσεις της ικανοποίησης δεν διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά από τους αντίστοιχους μέσους όρους των ασθενών που εισήχθησαν κατόπιν προγραμματισμένης εισαγωγής (Παράρτημα 3).

16.4.4. Συσχέτιση Ικανοποίησης Ασθενών με την Διάρκεια Νοσηλείας

Τέλος, εφαρμόζοντας τον μη παραμετρικό δείκτη συνάφειας Spearman Rho, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής της διάρκειας νοσηλείας και της ικανοποίησης των ασθενών. Ανεξάρτητα δηλαδή από το αν το διάστημα νοσηλείας των ασθενών ήταν χρονικά μεγάλο ή όχι, οι αξιολογήσεις τους για το πόσο ικανοποιημένοι έμειναν, δεν διαφοροποιούνται (Παράρτημα 4).

16.4.5. Συγκριτικά με άλλες έρευνες

Τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης που παρατηρήθηκαν στην υποδοχή και διαμονή των ασθενών, συγκρινόμενα με τα αποτελέσματα της Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ το 1999 έδειξαν ότι σε πανελλαδικό επίπεδο το 50% των ερωτηθέντων θεωρούσε την καθαριότητα του δημόσιου νοσοκομείου πολύ κακή και το 39% θεωρούσε την πληροφόρηση πολύ κακή.

Αντίθετα στην παρούσα έρευνα η καθαριότητα των θαλάμων λαμβάνει το χαμηλότερο ποσοστό του τομέα Υποδοχής και Διαμονή 3,93% (πίνακας 2). Ενώ η πληροφόρηση του ιατρικού προσωπικού είναι πολύ καλή 4,45% (πίνακας 3), στη νοσηλευτική φροντίδα 4,43% (πίνακας 4) και στη γραμματειακή υποστήριξη 4,29 (πίνακας 5).

Επίσης σε αντίστοιχη έρευνα των Νιάκα και Γναρδέλλη (2000) προέκυψε ότι το 93% των νοσηλευθέντων θεωρούν ικανοποιητική την ενημέρωση και τις οδηγίες που άλαβαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους ενώ το 61% θεωρούν ικανοποιητική την καθαριότητα.

Επίσης σε έρευνα που πραγματοποίησαν η κ. Βίκυ Παπανικολάου και ο Ιωακείμ Σιγάλας, διαπιστώθηκε ότι οι εξερχόμενοι ασθενείς έλαβαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και μέτριο βαθμό για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες, αποτελέσματα που συνάδουν με αυτά της παρούσας έρευνας (Σταυρόπουλος, 2009, 114).

17. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα έρευνα ανέλυσε τα δεδομένα που προέκυψαν μελετώντας το δείγμα των 77 νοσηλευθέντων ασθενών, με σκοπό την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την παρεσχεθήσα νοσοκομειακή φροντίδα στους τομείς υποδοχής και διαμονής, ιατρικής παρακολούθησης, νοσηλευτικής φροντίδας και γενικής εξυπηρέτησης.

Το αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών «εξωτερικών πελατών» από το παρασχεθέν επιστημονικό, επαγγελματικό έργο και την επικοινωνιακή διάσταση της συμπεριφοράς των εργαζομένων στο νοσοκομείο «εσωτερικών πελατών», επιβεβαιώνει την αντίληψη ότι η ποιότητα στην υγεία είναι συνάρτηση της τρέχουσας επιστημονικής γνώσης και της επικοινωνιακής σχέσης στην παροχή νοσοκομειακής θεραπευτικής φροντίδας.

Το επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τον δείκτη «οι προσδοκίες του ασθενή» αναφέρεται ως η αποτίμηση της ικανοποίησης στην διεξαχθήσα έρευνα, δεν παρουσιάζει σημαντική απόκλιση από την αναμενόμενη και την παρεσχεθήσα φροντίδα και η έλλειψη επιστημονικής γνώσης δεν επηρεάζει την κρίση του ασθενή καθώς η έκβαση των περιστατικών ήταν επιτυχής και προβλέψιμη.

Ο δείκτης «ηλικία» έχει θετική συσχέτιση με την συμπεριφορά σε όλους τους τομείς πλην εκείνου της ιατρικής παρακολούθησης, η αρνητική συσχέτιση στον εν λόγω τομέα φαίνεται να επηρεάζεται από την απουσία ειδικής γνώσης των ασθενών και του χρόνου της αναμονής των εξετάσεων.

Οι αξιολογήσεις αυτές δεν ανατρέπουν την διατυπωθήσα άποψη στην ενότητα για τους δείκτες ικανοποίησης, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους γιατί οι αρνητικές συσχετίσεις έχουν να κάνουν με ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίες με ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας που θέτουν προσκόμματα στην απόδοση του ανθρωπίνου παράγοντα.

Επίσης τα χειρουργικά και τα παθολογικά περιστατικά του δείγματος δεν επηρέασαν σε σημαντικό βαθμό τους δείκτες «κατάσταση της υγείας» και «ψυχολογίας» του ασθενή, που αναπτύσσονται στο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας.

Οι ασθενείς του δείγματος διαθέτουν έναν «ορθολογικό τρόπο ερμηνείας» της κατάστασης της υγείας τους και του τρόπου συμπεριφοράς του νοσοκομειακού προσωπικού ως προς τα προσδοκώμενα αποτελέσματα υγείας. Οι ασθενείς ως «φορείς της πληροφορίας» κατέχουν την αλήθεια της. Η υποκειμενική αξιολόγηση της λαμβάνει χώρα στο διυποκειμενικό πλαίσιο των βιούμενων εμπειριών των εμπλεκόμενων στην παροχή νοσοκομειακής φροντίδας.

Από τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης στις ερωτήσεις για την συμπεριφορά και την ιατρική και νοσηλευτική ενημέρωση τεκνέρεται, ότι δεν υπάρχει απόκλιση μεταξύ της ατομικής και της κοινωνικής ταυτότητας ως προς την άσκηση των ρόλων που καλούνται να παίξουν οι ασθενείς του δείγματος.

Επίσης ο λόγος – γνώση της ιατρικής εξουσίας στην μικροφυσική των πανοπτικών και επιτηρησιακών δομών του νοσοκομειακού χώρου, ορίζει αποτελεσματικά τα ποσοστά ικανοποίησης στη συμπεριφορά των ασθενών.

Ακόμα η ικανοποίηση από την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών συνιστά την επιτυχή εκτέλεση των ρόλων ιατρών και ασθενών στις συστηματικές λειτουργίες.

Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι στον τομέα υποδοχής και διαμονής παρατηρείται ο χαμηλότερος βαθμός ικανοποίησης στις ερωτήσεις για την λειτουργικότητα των βοηθητικών χώρων και για το άνετο και φυσικό περιβάλλον, γεγονός που καθιστά αναγκαία την άμεση βελτίωση των εγκαταστάσεων και των χώρων περίθαλψης των ασθενών.

Στον τομέα ιατρικής παρακολούθησης τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρατηρήθηκαν στις ερωτήσεις για τον χρόνο αναμονής των ασθενών και για τη συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων. Συνεπώς απαιτείται η μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση αναπτυγμένου τεχνολογικά εξοπλισμού και με την πρόβλεψη αριθμητικά επαρκούς και ικανού σε κατάρτιση προσωπικού.

Στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης προκύπτουν από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, την ικανότητα και την εμπειρία των νοσηλευτών. Είναι εμφανές ότι απαιτείται αριθμητική επάρκεια και επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτικού

προσωπικού, η αριθμητική ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού καλύπτεται με την ελληνική ιδιοτυπία των αποκλειστικών αδελφών.

Στον τομέα γενικής εξυπηρέτησης χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρατηρούνται στη βοήθεια για την μετακίνηση και στις γραμματειακές και διοικητικές υπηρεσίες. Η έλλειψη τραυματιοφορέων, ο μειωμένος αριθμός διοικητικού προσωπικού και ο χειρόγραφος τρόπος καταχώρησης των περιστατικών, καθιστούν αναγκαία την επέκταση του δικτύου ηλεκτρονικής καταχώρησης και παρακολούθησης των ασθενών στις γραμματειακές διαδικασίες με την εγκατάσταση τερματικών ηλεκτρονικών υπολογιστών και την πρόσληψη και εξειδίκευση κατάλληλου προσωπικού.

Συνοψίζοντας οι προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας αφορούν:

α) Την κτιριακή υποδομή και την εγκατάσταση του τεχνολογικά ξεπερασμένου εξοπλισμού.

β) Την πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού «οι δείκτες νοσηλευτικού προσωπικού ανά κρεβάτι είναι από τους μικρότερους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ» (Σταυρόπουλος, 2009, 206).

γ) Την πρόσληψη εξειδικευμένου διοικητικού προσωπικού με την αναβάθμιση της τεχνολογικής υποστήριξης.

δ) Η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση των «εσωτερικών πελατών» αποτελεί την βασική προϋπόθεση για την βελτίωση της ποιότητας, ιδιαίτερα στους τομείς εντάσεως εργασίας όπως είναι ο χώρος της υγείας.

Επίσης η βελτίωση της ποιότητας απαιτεί και την αλλαγή νοοτροπίας των εμπλεκόμενων στην παροχή υγειονομικής φροντίδας. Η δημιουργία κλίματος από την ηγεσία που να ευνοεί την ποιότητα στην υγεία, η συνεχής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι προσπάθειες για τη βελτίωσή τους, η καλή τήρηση του συστήματος διασφάλισης της ποιότητας και περιγραφή των διαδικασιών με την χρήση ενός μηχανισμού τεκμηρίωσης.

18. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ανασυνθέτει την προβληματική για τον τρόπο λήψης των αποφάσεων και τις επιπτώσεις που έχουν στην ικανοποίηση του ανθρώπου. Η εποχή της εικονικής πραγματικότητας και της άυλης εργασίας που χαρακτηρίζει το κοινωνικό περιβάλλον της σύγχρονης ζωής, δομείται στις νέες τεχνολογίες που εικονοποιούν ακόμα και τον χώρο του φαντασιακού. Οι νέες πληροφοριακές – επικοινωνιακές τεχνολογίες μεταμορφώνουν τον τρόπο κοινωνικής οργάνωσης και ζωής, καθιστώντας την πληροφορία – γνώση ως συστατικό στοιχείο κάθε οικονομικής και κοινωνικής δραστηριότητας. Η επικοινωνία και η δικτυακή οργανωτική δομή αποτελούν σημαντικούς σπονδύλους της σύγχρονης κοινωνίας. Οι κοινωνικές σχέσεις δεν διαμεσολαβούνται μόνο από την αγορά αλλά και από τα άυλα πολιτισμικά αγαθά τα οποία ως σύμβολα διαμορφώνουν της ατομικές και συλλογικές ταυτότητες που απορρέουν από τους σκοπούς της προσωπικής ζωής, από τις μη υλικές αξίες στην αυτοδιαχείριση των προσωπικών μικρόκοσμων «των να ζζει κανείς διαφορετικά» που συγκροτούν την κοινωνία.

Η με τον λόγο και την εικόνα μορφοποίηση της υλικότητας του υποκειμένου, αναδεικνύει την ικανοποίηση ως την προϋπόθεση της ποιότητας σε μια συνεχή διαδικασία ανταπόκρισης στα ζητήματα που θέτει το συνεχώς εξελισσόμενο κοινωνικό περιβάλλον. Η μέριμνα της διοίκησης για την επίτευξη της ποιότητας συμβάλλει στον αναστοχασμό για το περιεχόμενο της εκλογικευμένης δράσης, επαναφέροντας από μια άλλη οπτική την συλλογιστική του ορθολογισμού στις αξίες και στο νόημα των δρώντων ατόμων από την εργαλειακή παρέκκλιση του οικονομικού και διοικητικού ορθολογισμού. Ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της υγείας ως κοινωνικού αγαθού κάνει επιτακτική την εφαρμογή πολιτικών ποιοτικής αναβάθμισης της ως ανταπόκριση στις νέες και σύνθετες απαιτήσεις του σύγχρονου ανθρώπου.

Ο ασθενής υφιστάμενος τους καταναγκασμούς των συλλογικοτήτων της κοινωνικής ζωής, επιχειρεί με την παρέμβαση του γιατρού ο οποίος κατέχει την ειδική γνώση, την άρση της ρήξης μεταξύ ατόμου και κοινωνίας που εκδηλώνεται με την ασθένεια. Η ιατροκεντρική αντιμετώπιση του ασθενή ως

αντικειμένου με την υποβάθμιση της υποκειμενικότητας του ανταποκρίνεται στις ανάγκες του καταμερισμού εργασίας της βιομηχανικής κοινωνίας.

Η αποκατάσταση της υποκειμενικότητας του ασθενή σε μία σχέση διαντίδρασης με τους παρόχους της υγειονομικής φροντίδας, προϋποθέτει την επανεκτίμηση της ιατρικής και των διαχειριστικών λειτουργιών και των φορέων παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Η ενσωμάτωση του ασθενή σε ένα πλέγμα λειτουργιών διαχείρισης της ιατρικής γνώσης και των κανόνων διοίκησης ενός Νοσοκομείου, προϋποθέτει και την κατανόηση των σημασιών του πολιτισμικού συστήματος, για την διαμόρφωση των στάσεων των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών/ασθενών σε ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς για την αποτίμηση της ασθένειας.

Η επιδίωξη της ικανοποίησης του ασθενή μέσα από την επικοινωνιακή σχέση ως μία διεργασία κατανόησης του άλλου, παρέχει στα δρώντα υποκείμενα της θεραπευτικής σχέσης, σημαντικό πεδίο δράσης για την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας των Νοσοκομειακών Μονάδων, εντός των οποίων λειτουργεί ένα συμβολικό δίκτυο με αντιλήψεις και ερμηνείες των ρόλων και της ασθένειας με επίκεντρο την ανθρώπινη οντότητα.

19. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάς Γεώργιος, (2000). Λόγος περί ζωής και θανάτου, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Γαρδικας Κωνσταντίνος, (2002). Το χρονικό ενός αγιάτρευτου γιατρού. Αθήνα, Παρισιάνου Α.Ε.

Ζευγαρίδης Σπυρίδων, (1973). Θεωρία της οργανώσεως, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Καραποστόλης Βασίλειος, (1984). Μορφές της κοινωνικής δράσης, Αθήνα, Θεμέλιο.

Κοινωνιολογία: Έγκυκλο λεξικό, γνώσεις για όλους. (1974), Αθήνα, Διεθνής Εκδοτική Παιδεία.

Κυριαζή Νότα, (2005). Η Κοινωνιολογική Έρευνα, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Κυριόπουλος Ι. (1993). Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας.

Κυριόπουλος Ι., Νιάκας Δ. (1991). Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χρήστος (2004). Η αναζήτηση της ποιότητας στην Υγεία και την φροντίδα υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Κυριόπουλος, Παπανικολάου, Τσάκος, (2003). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα, Θεμέλιο.

Κωστούλας Γιώργος, (1996). Μάνατζμεντ, Αθήνα, Ελληνοεκδοτική.

Λαμπίρη - Δημάκη, (1990). Η κοινωνιολογία και η μεθοδολογία της. Αθήνα, Σάκκουλας.

Λαμπίρη – Δημάκη, Κελπέρης, (1995). Κοινωνικές έρευνες με στατιστικές μεθόδους. Αθήνα. Σάκκουλας.

Λογοθέτης Ν., (2005). Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, Αθήνα, INTERBOOKS.

Λυδάκη Άννα, (2001). Ποιοτικές μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας, Αθήνα. Καστανιώτης.

Λυμπεράκη Αντιγόνη, (2003). Η αθόρυβη επανάσταση, Αθήνα, Gutenberg.

Λύτρας Ανδρέας, (1991). Κοινωνία και εργασία, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Οικονόμου Χαράλαμπος, (2005). Κοινωνιολογία της υγείας, Αθήνα, Διόνικος.

Παπανικολάου Βίκυ, (2007). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.

Πλαστήρα Ελένη (2011) Τα δικαιώματα των ασθενών. Διπλωματική εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Γενικό Τμήμα Δικαίου. ΠΜΣ «Δίκαιο και ευρωπαϊκή ένωση».

Ραφτόπουλος Βασίλειος, (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος, (2006). Θεσμικός μετασχηματισμός και οικονομική ανάπτυξη, Αθήνα, Διόνικος.

Σεραφετινίδου Μελίνα, (2006). Εισαγωγή στην πολιτική κοινωνιολογία. Αθήνα, Gutenberg.

Στάμου Θεοδώρα, (2006). Διασφάλιση ποιότητας στον τομέα της υγείας – ιατρικά πρωτόκολλα, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Σταυρόπουλος Νικόλαος, (2009). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Τσαγκίρη Σωτηρία (2007). Υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς. Διπλωματική εργασία – Πάντειο Πανεπιστήμιο Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης, ΠΜΣ «Νομικός Πολιτισμός».

Τσάκος, (2003). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα, Θεμέλιο.

Τσαούσης Δημήτριος, (1991). Η κοινωνία του ανθρώπου, Αθήνα. Gutenberg.

Τσαούσης Δημήτριος, (1989). Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας, Αθήνα. Gutenberg.

Τσελέπη Χ, (2000). Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων (υπηρεσιών υγείας), Πάτρα, Εκδόσεις Ε.Α.Π.

Φλώρος Χρήστος (1993). Ησύγχρονη Διοικητική των Επιχειρήσεων, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική.

Φουκό, (1991). Η μικροφυσική της εξουσίας, Αθήνα, Ύψιλον.

Χιωτάκης Στέλιος, (1998). Για μια κοινωνιολογία των ελευθερίων επαγγελματιών, Αθήνα, Οδυσσέας.

Χουμανίδης Α.Θ. (1969). Μαθήματα Ιστορίας οικονομικού βίου, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.

Aron R, (1981). Η βιομηχανική κοινωνία, Αθήνα, Εκδόσεις Κάλβος.

Giddens Antony, (2002). Κοινωνιολογία, Αθήνα, Gutenberg.

Goodman Norman, (1996). Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία, Αθήνα, Κορυφή.

Nettleton Sarah, (2002). Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, Αθήνα. Τυπωθήτω.

Sabine George, (1970). Ιστορία των πολιτικών θεωριών, Αθήνα, Πεχλιβανίδης.

Smart Barry, (2008). Σύγχρονη Κοινωνιολογική θεωρία, Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Taylor Frederik, (2007). Αρχές επιστημονικού μανάτζμεντ. Αθήνα, Παπαζήσης.

Heilbroner Robert, (2003). Οι φιλόσοφοι του οικονομικού κόσμου, Αθήνα, Εκδόσεις Κρητικός.

20. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 (Συσχέτιση Φύλου – Ικανοποίησης Ασθενών)

Πίνακας Α: Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις του φύλου αναφορικά με τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών.

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Υποδοχή & Διαμονή	ΑΝΔΡΑΣ	43	3,8618	,85783	,13082
	ΓΥΝΑΙΚΑ	33	4,0455	,78335	,13636
Ιατρική Παρακολούθηση	ΑΝΔΡΑΣ	43	4,4694	,73733	,11244
	ΓΥΝΑΙΚΑ	33	4,4439	,85857	,14946
Νοσηλευτική Φροντίδα	ΑΝΔΡΑΣ	42	4,3968	,85615	,13211
	ΓΥΝΑΙΚΑ	33	4,5455	,69131	,12034
Γενική Εξυπηρέτηση	ΑΝΔΡΑΣ	42	4,1940	1,12944	,17428
	ΓΥΝΑΙΚΑ	33	4,4245	,81892	,14256

Πίνακας Β: Μη συσχετισμένος έλεγχος t, ο οποίος δείχνει την επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση των ασθενών.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Υποδοχή & Διαμονή	Equal variances assumed	,579	,449	-,960	74	,340	-,18366	,19126	-,56476	,19744

	Equal variances not assumed			-,972	71,721	,334	-,18366	,18897	- ,56038	-,19306
Ιατρική Παρακολούθηση	Equal variances assumed	,482	,490	,139	74	,890	,02544	,18330	- ,33979	-,39067
	Equal variances not assumed			,136	63,079	,892	,02544	,18703	- ,34830	-,39918
Νοσηλευτική Φροντίδα	Equal variances assumed	1,116	,294	-,811	73	,420	-,14863	,18334	- ,51402	-,21677
	Equal variances not assumed			-,832	72,932	,408	-,14863	,17870	- ,50479	-,20753
Γενική Εξυπηρέτηση	Equal variances assumed	1,995	,162	-,986	73	,328	-,23050	,23383	- ,69652	-,23553
	Equal variances not assumed			- 1,024	72,586	,309	-,23050	,22515	- ,67927	-,21828

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 (Συσχέτιση Ηλικίας -
Ικανοποίησης Ασθενών)**

Πίνακας Α: Συσχέτιση ηλικίας & ικανοποίησης των ασθενών (συντελεστής συσχέτισης Spearman)

		Υποδοχή & Διαμονή	Ιατρική Παρακολούθηση	Νοσηλευτική Φροντίδα	Γενική Εξυπηρέτηση	Ηλικία
Spearman's rho	Υποδοχή & Διαμονή	1,000	,596**	,552**	,683**	,021
	Correlation Coefficient					
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,865
	N	77	77	76	76	70
Ιατρική Παρακολούθηση	Correlation Coefficient	,596**	1,000	,709**	,735**	-,048
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,695
	N	77	77	76	76	70
Νοσηλευτική Φροντίδα	Correlation Coefficient	,552**	,709**	1,000	,685**	-,282*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,019
	N	76	76	76	75	69
Γενική Εξυπηρέτηση	Correlation Coefficient	,683**	,735**	,685**	1,000	-,127
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,299
	N	76	76	75	76	69
Ηλικία	Correlation Coefficient	,021	-,048	-,282*	-,127	1,000
	Sig. (2-tailed)	,865	,695	,019	,299	
	N	70	70	69	69	70

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 (Συσχέτιση Τύπου Εισαγωγής – Ικανοποίησης Ασθενών)

Πίνακας Α: Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις του τύπου εισαγωγής αναφορικά με τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών.

Τύπος εισαγωγής		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Υποδοχή & Διαμονή	ΕΚΤΑΚΤΗ	41	3,8027	,72021	,11248
	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	25	4,0316	,85204	,17041
Ιατρική Παρακολούθηση	ΕΚΤΑΚΤΗ	41	4,4313	,85586	,13366
	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	25	4,4220	,77299	,15460
Νοσηλευτική Φροντίδα	ΕΚΤΑΚΤΗ	41	4,4309	,70413	,10997
	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	24	4,3889	1,00562	,20527
Γενική Εξυπηρέτηση	ΕΚΤΑΚΤΗ	41	4,1963	1,11240	,17373
	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	25	4,3508	,90319	,18064

Πίνακας Β: Μη συσχετισμένος έλεγχος t, ο οποίος δείχνει την επίδραση του τύπου εισαγωγής στην ικανοποίηση των ασθενών.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Υποδοχή & Διαμονή	Equal variances assumed	,522	,473	-1,168	64	,247	-,22895	,19597	-,62044	,16255
	Equal variances not assumed			-44,410	1,121	,268	-,22895	,20418	-,64034	,18245

Ιατρική Παρακολούθηση	Equal variances assumed	,506	,479	,044	64	,965	,00930	,20954	- ,40930	,42790
	Equal variances not assumed			,046	54,889	,964	,00930	,20437	- ,40028	,41888
Νοσηλευτική Φροντίδα	Equal variances assumed	1,423	,237	,198	63	,844	,04201	,21256	- ,38276	,46677
	Equal variances not assumed			,180	36,373	,858	,04201	,23287	- ,43011	,51412
Γενική Εξυπηρέτηση	Equal variances assumed	1,149	,288	-,586	64	,560	-,15446	,26362	- ,68110	,37219
	Equal variances not assumed			-,616	58,765	,540	-,15446	,25062	- ,65599	,34708

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 (Συσχέτιση Διάρκειας νοσηλείας – Ικανοποίησης Ασθενών)

Πίνακας Α: Συσχέτιση διάρκειας νοσηλείας & ικανοποίησης των ασθενών (συντελεστής συσχέτισης Spearman)

		Υποδοχή & Διαμονή	Ιατρική Παρακολούθηση	Νοσηλευτική Φροντίδα	Γενική Εξυπηρέτηση	Διάρκεια εισαγωγής
Spearman's Υποδοχή & rho Διαμονή	Correlation Coefficient	1,000	,596**	,552**	,683**	,118
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,351
	N	77	77	76	76	64
Ιατρική Παρακολούθηση	Correlation Coefficient	,596**	1,000	,709**	,735**	,215
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,089
	N	77	77	76	76	64
Νοσηλευτική Φροντίδα	Correlation Coefficient	,552**	,709**	1,000	,685**	,179
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,161
	N	76	76	76	75	63
Γενική Εξυπηρέτηση	Correlation Coefficient	,683**	,735**	,685**	1,000	,206
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,105
	N	76	76	75	76	63
Διάρκεια εισαγωγής	Correlation Coefficient	,118	,215	,179	,206	1,000
	Sig. (2-tailed)	,351	,089	,161	,105	
	N	64	64	63	63	64

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Δ.Υ.ΠΕ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

142

Ημ/νία:

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψη σας για τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας, σημειώνοντας με ✓ στο τετραγωνάκι του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που περιλαμβάνει, θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας.

Φύλο ασθενούς: Άνδρας Γυναίκα Ηλικία ετών.
Η εισαγωγή σας ήταν: Έκτακτη Προγραμματισμένη
Νοσηλεύτηκε στην Κλινική: Διάρκεια νοσηλείας: ημέρες.
Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνοδός

ΥΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗ:

Εισαγωγή στο νοσοκομείο: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Αποκρίσεις προσωπικού: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Εξοπλισμός: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Προσωπικό: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Οικονομική κατάσταση: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Εξοπλισμός: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Προσωπικό: Καλή / Κακή / Πολύ καλή

Καλώς Μάλλον καλώς Ούτε καλές Μάλλον καλές Πολύ καλές

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:

Εξοπλισμός: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Προσωπικό: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Οικονομική κατάσταση: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Εξοπλισμός: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Προσωπικό: Καλή / Κακή / Πολύ καλή

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:

Εξοπλισμός: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Προσωπικό: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Οικονομική κατάσταση: Καλή / Κακή / Πολύ καλή

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΡΕΤΗΣΗ:

Εξοπλισμός: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Προσωπικό: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Οικονομική κατάσταση: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Εξοπλισμός: Καλή / Κακή / Πολύ καλή
Προσωπικό: Καλή / Κακή / Πολύ καλή

Το Νοσοκομείο μας σας συγχαίρει θερμά και υιοθετεί το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
Σας βεβαιώνουμε ότι συμβάλλετε στη προσπάθειά μας για βελτίωση.

ΑΦΕΝΤΟΥΛΗ & ΖΑΝΝΗ 1, Τ.Κ. 18536, ΠΕΙΡΑΙΑΣ, ΤΗΛ. 210 4519411