



ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΟΙΚΗΣΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

Θέμα Διπλωματικής Εργασίας

**Η εφαρμογή των αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας
στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών**

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ

**Επιβλέπων καθηγητής
Dr Ιωάννη Καραβασίλης**

Σέρρες, 2023

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	7
Κεφάλαιο 1 ^ο	8
Εισαγωγή	8
Ορισμοί	9
Σημασία του Θέματος	11
Κεφάλαιο 2 ^ο	12
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	12
2.1. Οργανισμός Υγείας	12
2.2. Η γραφειοκρατία	14
2.3. Κουλτούρα και Αλλαγή στο χώρο της Υγείας	15
2.4. Ορισμός της Ποιότητας	18
2.5. Έννοια Διοίκησης Ποιότητας	20
2.6. Αγαθά και Υπηρεσίες στον τομέα της Υγείας	22
2.7. Γνώσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	24
2.7.1. Προοπτική Γενικής Γνώσης	24
2.7.2. Εμπόδια και Προοπτικές για την Προσθήκη και το Συνδυασμό Γνώσης στην Υγεία	25
2.7.3. Γνώση για τη βελτίωση της ποιότητας ως συνδυασμός πολλαπλών προοπτικών γνώσης	26
2.7.4. Η Προοπτική Γνώσης - Σχεδιαστικής Σκέψης	27
2.7.5. Ενσυναίσθηση	29
2.7.6. Ριζική συνεργασία	29
2.7.7. Γρήγορη δημιουργία πρωτοτύπων	30
2.8. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	31
2.9. ΔΟΠ στο χώρο της υγείας	35
2.10. Ορισμός της ποιότητας για την περίθαλψη ασθενών	37
2.11. Κρίσιμοι Παράγοντες που επηρεάζουν τη ΔΟΠ στο χώρο της υγείας	39
Κεφάλαιο 3 ^ο	45
Μεθοδολογία έρευνας	45

3.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις έρευνας	45
3.2. Ερευνητικό Σχέδιο της μελέτης	45
3.3. Το δείγμα της μελέτης	45
3.4. Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων.....	46
3.5. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	46
Βιβλιογραφία	54
Παράρτημα.....	59
Συνοδευτική επιστολή ερωτηματολογίου	59
Ερωτηματολόγιο	60

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Ο πολύπλοκος κόσμος της υγειονομικής περίθαλψης	13
Εικόνα 2: 4 διαφορετικοί τύποι κουλτούρας	17
Εικόνα 3: Ορισμένες κεντρικές έννοιες και κατά προσέγγιση χρονικές περίοδοι για την κίνηση της ποιότητας (μετατοπίσεις παραδειγμάτων)	20

Κατάλογον πινάκων

Πίνακας 1. Covariances	48
Πίνακας 2. Συσχετίσεις.....	49
Πίνακας 3. Regression weight	49
Πίνακας 4. Squared multiple correlations.....	50
Πίνακας 5. Standardized Regression Weights.....	50

Περίληψη

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την κοινωνία. Ιδιαίτερο είναι το ενδιαφέρον για τη σημασία και την εμπιστοσύνη που μπορεί να δοθεί στη διαχείριση ολικής ποιότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Νοσηλευτικά ιδρύματα και λοιποί σχηματισμοί υγειονομικής νοσηλείας σε παγκόσμια κλίμακα εφαρμόζουν ολοένα και περισσότερο την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας για τη εξάλειψη στο μέγιστο δυνατό βαθμό του κόστους, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και την απόδοση βέλτιστης ποιότητας παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς τους.

Αυτή η μελέτη στοχεύει να εξετάσει με σαφήνεια τον ρόλο των παραγόντων ΔΟΠ στην ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην τριτοβάθμια περίθαλψη και συγκεκριμένα το γενικό νοσοκομείο Σερρών. Τα ευρήματα υποδεικνύουν μια σημαντικά αναμφισβήτητη σύνδεση ανάμεσα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής νοσηλείας και της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Οι παράγοντες Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ικανοποίηση πελατών, συμμετοχή των εργαζομένων, συνεχής βελτίωση, διαδικασίες και δέσμευση ανώτατης διοίκησης) επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του εξεταζόμενου νοσοκομείου.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συνεχείς βελτιώσεις από μία μονάδα υγείας είναι το κλειδί για την επιτυχή υιοθέτηση και υλοποίηση ενός αποτελεσματικού συστήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης είναι ο κύριος παράγοντας μεταξύ των παραγόντων που καθορίζουν την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Λέξεις κλειδιά

Υγειονομική περίθαλψη, νοσοκομείο, Διοίκηση ολική ποιότητας, ποιότητα υγειονομικών υπηρεσιών

Abstract

A country's health care system is particularly important to society. Of particular interest is the importance and trust that can be placed on total quality management in health care systems. Hospitals and other healthcare organizations around the world are gradually implementing Total Quality Management to reduce costs, improve efficiency and provide high quality care to their patients.

This study aims to clearly examine the role of DOP factors in the quality of healthcare services in tertiary care and specifically Serres General Hospital. The findings indicate a significant positive relationship between the quality of healthcare services and Total Quality Management. Total Quality Management factors (customer satisfaction, employee involvement, continuous improvement, processes and top management commitment) affect the quality of healthcare services of the hospital under review. The findings indicate that continuous improvements by a health facility are key to the successful adoption and implementation of an effective Total Quality Management system. Top management commitment is the main factor among the factors that determine Total Quality Management.

Key words

Healthcare, hospitals, total quality management, quality of health care services.

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) είναι μια διαχειριστική φιλοσοφία και ένα βασικό ζήτημα διαχείρισης και διοίκησης, καθώς είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα και την ανταγωνιστικότητα. Ο όρος ΔΟΠ χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα ως ένα ολοκληρωμένο και πλήρες σύστημα διαχείρισης που δεσμεύεται να δημιουργήσει ένα εργασιακό περιβάλλον στα νοσοκομεία, το οποίο επιτυγχάνει συνεχή βελτίωση για τις ικανότητες και τις δεξιότητες όλων των υπαλλήλων και των συστημάτων εργασίας. Αυτή η βελτίωση στοχεύει στη συνεχή βελτίωση όλων των δραστηριοτήτων που οδηγούν σε βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας μέσω όλων των στοιχείων εφαρμογής της ΔΟΠ που είναι κατάλληλα για ένα νοσοκομείο.

Η υγεία αποτελεί βασική μέριμνα και ενδιαφέρον όλων των κοινωνιών και κυβερνήσεων, σήμερα περισσότερο από ποτέ λόγω της πανδημίας του Covid 19. Είναι εύλογο λοιπόν να έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον και η σημασία στη συνολική διαχείριση ποιότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Λόγω αυτής της αυξανόμενης σημασίας νοσοκομειακά ιδρύματα και πολλές δομές υγειονομικής νοσηλείας παγκοσμίως εφαρμόζουν προορευτικά τη ΔΟΠ για τη μείωση του κόστους, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης ασθενών. Η ΔΟΠ αποτελεί σημαντικό όπλο που ενισχύει την ανταγωνιστικότητα των νοσοκομείων. Σύμφωνα με τον Crosby, η ποιότητα είναι «συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις». (Μηδενικά ελαττώματα). Σήμερα οι περισσότεροι συμφωνούν ότι ο κύριος λόγος για την ποιότητα είναι να ικανοποιήσουν τους πελάτες. Το American National Standards Institute (ANSI) και η American Society Quality (ASQ) ορίζουν την ποιότητα ως «Το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας περίθαλψης ή υπηρεσίας που βασίζεται στην ικανότητά τους να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» Η άποψη της ποιότητας ως ικανοποίησης των αναγκών των πελατών συχνά ονομάζεται καταλληλότητα χρήσης.

Η σημασία της ΔΟΠ στα πρωτοκόλλα υγειονομικής νοσηλείας είναι ιδιαίτερος σημαντική. Οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης περιέχουν μια μεγάλη κατηγορία ποιοτικών πλευρών, όπου η καθεμία εξ αυτών έχει ουσιαστικό ειδικό βάρος. Εν προκειμένω στις υπηρεσίες παροχής υγείας, την θέση του παρόχου κατέχουν οι ιατροί, νοσοκομειακά ιδρύματα, γηροκομεία, οι ιδιωτικές κλινικές κ.λπ.

καθώς παρέχουν υπηρεσίες υγείας προς διάθεση σε καθορισμένα αντίτιμα. Ωφελούμενος καθίσταται ο συναλλασσόμενος ή ο χρήστης υγείας που αγοράζει αυτές τις υπηρεσίες υγείας σε συγκεκριμένο κόστος. Πιθανόν να ενσωματώνει την αξία αποδοτικότητας που σχετίζεται άμεσα και πλήρως με την νοσηλεία στην υγειονομική μονάδα, με τη μορφή των τροφίμων, της φιλοξενίας, της κάλυψης, της συμπεριφοράς των υπαλλήλων και άλλες παραμέτρους που εμφανίζονται σε σχέση με την μονάδα νοσηλείας και άλλους οργανισμούς περίθαλψης. Μπορεί επίσης να αφορά το χρόνο που χρειάζεται για να οριστεί ένα ραντεβού, ο χρόνος καθυστέρησης, ο χρόνος παροχής υπηρεσιών, το χρονοδιάγραμμα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη και τη χειρουργική επέμβαση. Στην ουσία η ΔΟΠ αφορά

- Την ποιότητα διοίκησης και διαχείρισης
- Την ποιότητα των ιατρών και
- την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης

Ορισμοί

Η πρωταρχική θέση της ΔΟΠ οφείλει να εφαρμόζεται κάνοντας χρήση των 8 εννοιών της διοίκησης ποιότητας διαφορετικά το αναμενόμενο αποτέλεσμα δεν θα ικανοποιήσει το σχεδιασμό των προτύπων ποιότητας στο πρωτόκολλο διαχείρισης της υγειονομικής νοσηλείας.

Αρχές ΔΟΠ

- **Οργανισμός εστιασμένος στον πελάτη:** Οι φορείς στηρίζονται στους συναλλασσόμενους και κατά συνέπεια επιβάλλεται να αντιληφθούν τις υπάρχουσες και εν δυνάμει απαιτήσεις των συναλλασσομένων, οφείλουν να ανταποκρίνονται στις αξιώσεις των χρηστών του οργανισμού και να στοχεύουν στην ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών.

- **Ηγεσία.** Οι ηγέτες εγκαθιστούν συνοχή και ορίζουν κατεύθυνση. Επιβάλλεται να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν το εσωτερικό πλαίσιο μέσα στο οποίο τα πρόσωπα δύνανται να συμμετάσχουν πλήρως στην ικανοποίηση των επιδιώξεων του φορέα.

- **Συμμετοχή ανθρώπων.** Το ανθρώπινο δυναμικό σε όλους τους τομείς όπου κι αν παρέχει τις υπηρεσίες του αποτελεί τον πυρήνα του φορέα και η

ενεργητική δραστηριοποίηση του δίνει την δυνατότητα στις ικανότητές τους να αξιοποιηθούν στο μέγιστο επ' ωφελεία του φορέα.

- **Διαδικασία** Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα διασφαλίζεται με μεγαλύτερη επιτυχία στις περιπτώσεις όπου οι δράσεις και τα διατιθέμενα μέσα προσέγγισης διαχειρίζονται ως μέθοδος και βήματα ενεργειών.

- **Προσέγγιση διοίκησης ως σύστημα.** Ο καθορισμός, η εμβάθυνση και η αντιμετώπιση ενός συστήματος αλληλένδετων διεργασιών ως προσέγγιση συμβάλλει στην επιτυχή και παραγωγικότητα της διαχείρισης του φορέα στην ολοκλήρωση του σκοπού του.

- **Συνεχή βελτίωση.** Η συνεχής καλυτέρευση της όλης παραγωγικότητας της οργάνωσης οφείλει να συνιστά σταθερό σκοπό του οργανισμού.

- **Διαδικασία λήψης αποφάσεων στηριγμένη σε πραγματικά στοιχεία:** Οι χρηστές και δραστικές αποφάσεις στηρίζονται στην ερμηνεία των στοιχείων και των γνώσεων.

- **Αμοιβαία επωφελείς σχέσεις.** Ο φορέας με τους προμηθευτές αυτού τελούν σε σχέση αλληλεξάρτησης και αναπτύσσουν μεταξύ τους μια αμφίδρομη επωφελής σύνδεση που ενισχύει την δυνατότητα από μέρους τους να δημιουργούν κεφάλαιο.

Η ΔΟΠ συνιστά σύστημα διαχείρισης επικεντρωμένο στα άτομα που στοχεύει στη συνεχιζόμενη βελτίωση της εκπλήρωσης των προσδοκιών των χρηστών με συνεχώς χαμηλότερο πραγματικό κόστος. Η προσέγγιση του συστήματος ΔΟΠ ως ένα άρρηκτα συνδεδεμένο τμήμα της στρατηγικής υψηλού επιπέδου, επιδρά οριζόντια προς όλες τις λειτουργίες και τμήματα, καταλαμβάνει όλους τους υπαλλήλους, από πάνω προς τα κάτω και εκτείνεται προς τα πίσω και προς τα εμπρός για να συμπεριλάβει την αλυσίδα προμηθευτών και την αλυσίδα πελατών. Η ολική Ποιότητα δίνει έμφαση στη μάθηση και την προσαρμογή στις συνεχείς αλλαγές ως κλειδιά για την επιτυχία του οργανισμού.

Βασικές αρχές για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης:

- Εστίαση στα μηδενικά ελαττώματα που εξαλείφουν τον έλεγχο μέσω κατάλληλου ποιοτικού ελέγχου στους προμηθευτές.
- Συνεχής βελτίωση του συστήματος.

- Πρόγραμμα εκπαίδευσης και κατάρτισης
- Διατήρηση αρχείων
- Κατάργηση των εμποδίων που εμποδίζουν τον εργαζόμενο να αποδώσει κατά τη διάρκεια της ημέρας ·
- Η Διοίκηση υποστηρίζει την εφαρμογή ΔΟΠ

Η διαχείριση ποιότητας υπηρεσιών περιλαμβάνει την εφαρμογή ποιοτικής διαχείρισης πρακτικών σε όλες τις οργανωτικές πτυχές, η οποία περιλαμβάνει πελάτες, προμηθευτές και ενοποίηση μεταξύ τους, καθώς είναι το κλειδί για τις επιχειρηματικές διαδικασίες (Masrurul, 2018). Οι Behara, Fisher και Lemmink (2016) μίλησαν για την επιχειρηματική απόδοση και τις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας. Με βάση αυτήν τη μελέτη, η ερευνήτρια επέλεξε επτά κύριες πρακτικές διαχείρισης ποιότητας υπηρεσιών: κίνητρα και αναγνώριση, εστίαση πελατών, υποστήριξη διαχείρισης, συνεχείς βελτιώσεις, συμμετοχή των εργαζομένων, καινοτομία, διαδικασία συστήματος και διαχείριση εργασιών και διαδικασιών.

Σημασία του Θέματος

Καθώς η ΔΟΠ έχει γίνει μια σημαντική διοικητική - διαχειριστική προσέγγιση για την προώθηση της απόδοσης, αυτό το είδος έρευνας έχει ιδιαίτερη αξία για τους ερευνητές και τη διοίκηση των οργανισμών υγείας. Σε αυτή τη μελέτη, είναι προφανές ότι η διοίκηση των νοσοκομείων υποχρεούται να εξετάσει την εδραίωση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, της επιμόρφωσης και της κατάρτισης, της εστίασης στην ικανοποίηση του ασθενή και την ομαδική εργασία στην εφαρμογή της ΔΟΠ, το οποίο θα βελτιώσει κατά συνέπεια την απόδοση του νοσοκομείου.

Δεδομένου ότι οι προγνωστικοί δείκτες ΔΟΠ είναι πολλοί και ορισμένοι από αυτούς έχουν θεωρηθεί πυρήνας σε διάφορα συγκεκριμένα πλαίσια, θεωρείται ότι οι ενδιαφερόμενοι σε διάφορους τομείς / κλάδους πρέπει να αρχίσουν να προσδιορίζουν τις πιο σημαντικές πρακτικές ΔΟΠ που ταιριάζουν στις καταστάσεις, τους στόχους τους, τις στρατηγικές και τις αναμενόμενες επιδόσεις.

Κεφάλαιο 2^ο

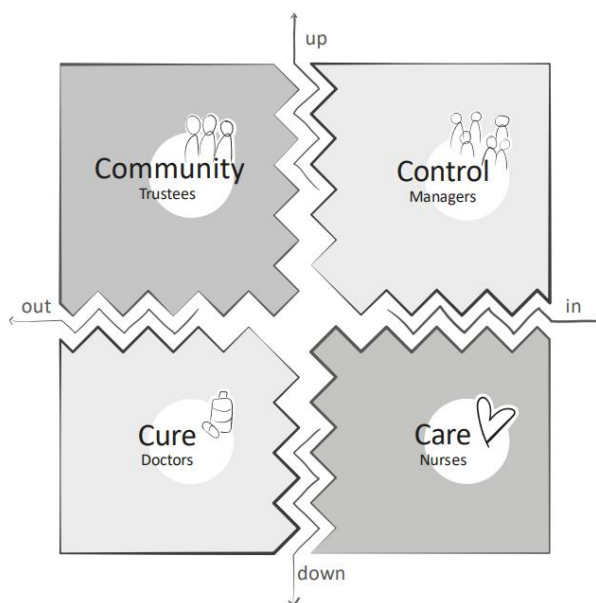
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1. Οργανισμός Υγείας

Οι θεμελιώδεις ανάγκες της κοινωνίας, η άμυνα, η υγεία, η ασφάλεια και η εκπαίδευση έχουν επιλυθεί μέσω της ιδρυματοποίησης (Scott & Davis, 2016). Μια γόνιμη προοπτική είναι οι τρεις πυλώνες των θεσμών όπως παρουσιάζονται από τους Scott και Davis (2016). Αποτελούνται από: τον ρυθμιστικό πυλώνα, ο οποίος δρα για τη σταθεροποίηση των δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα, όπως νόμοι και πρότυπα. ο κανονιστικός πυλώνας που δίνει έμφαση στις αξίες και τους κανόνες σε σχέση με τον τρόπο που ενεργούμε εντός του οργανισμού. και ο γνωστικός πυλώνας μπορεί να θεωρηθεί το φίλτρο μέσω του οποίου παρατηρούμε την πραγματικότητα. Ο γνωστικός πυλώνας δημιουργεί νόημα, για όσους βρίσκονται στον οργανισμό, όταν ερμηνεύουν τον έξω κόσμο. Κατανοώντας αυτό το πλαίσιο, υπάρχει η ευκαιρία να προετοιμαστούμε, να σχεδιάσουμε και να δράσουμε όταν χρειάζεται αλλαγή σε έναν οργανισμό.

Ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται από ένα εργατικό δυναμικό με διαφορετικά υπόβαθρα και δεξιότητες. Ο οργανισμός περιγράφεται ως πλούσιος σε γνώση και πολύπλοκος (Alvesson & Svenningsson, 2019) και οι πιο εξέχουσες επαγγελματικές ομάδες είναι πιστοποιημένοι γιατροί και νοσηλευτές (Socialstyrelsen, 2019β). Οι γνώσεις τους αναφέρονται σε αυτή τη διατριβή ως επαγγελματική γνώση όπως στον ορισμό των Batalden και Stoltz (1993).

Ο πολύπλοκος κόσμος της υγειονομικής περίθαλψης στον οποίο αυτοί οι επαγγελματίες πρέπει να πλοηγηθούν περιγράφεται από τους Glouberman και Mintzberg (2001), (Εικόνα 1).



Εικόνα 1: Ο πολύπλοκος κόσμος της υγειονομικής περίθαλψης

Πηγή: Glouberman and Mintzberg (2001)

Το σχήμα δείχνει τις κατευθύνσεις στις οποίες ασκείται η διοίκηση στα νοσοκομεία και απεικονίζει τις πιθανές περιοχές σύγκρουσης που προκύπτουν στη σχέση μεταξύ των κόσμων καθώς τα μέλη τους βλέπουν τους κόσμους διαφορετικά ανάλογα με το πού βρίσκονται και με ποιον αισθάνονται κυρίως ότι σχετίζονται. Η κατακόρυφη διάσπαση διακρίνει αυτούς που εργάζονται με πιο εσωτερική εστίαση (διευθυντές και νοσηλευτές), με εκείνους που έχουν μεγαλύτερη εστίαση προς την εξωτερική προοπτική και επομένως δεν είναι τόσο επίσημα συνδεδεμένοι. Η οριζόντια διάσπαση συμβολίζει την ιεραρχική πρόκληση και η απόσταση από την προοπτική του «δαπέδου». Οι Glouberman και Mintzberg (2001) υποστηρίζουν ότι εάν το σύστημα δεν βρει τρόπους να συνδέσει αυτούς τους κόσμους μεταξύ τους, καμία σημαντική αλλαγή δεν θα είναι δυνατή. Η θέση τους είναι σύμφωνη με τα ευρήματα των (Bååthe & Norbäck, 2013; Eriksson et al. 2016; Hellström et al. 2015) που περιγράφουν πώς η σχέση μεταξύ διοίκησης και ιατρών είναι κεντρική για τη διευκόλυνση της βελτίωσης και της διαχείρισης της αλλαγής.

Με την πάροδο των ετών, τα έργα διαχείρισης ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη έχουν εφαρμόσει με διάφορους τρόπους τη γνώση βελτίωσης (π.χ. Continuous Improvements, ΔΟΠ, Lean, Six Sigma) για συστηματική αντιμετώπιση τις απαιτήσεις και τις ανάγκες αποτελεσματικών και βελτιστοποιημένων ως προς τη ροή διαδικασιών (Kaplan et al. 2010; Radnor et al., 2012; Stelson et al. 2017). Η

γνώση που σχετίζεται με συνεχείς βελτιώσεις συνήθως μεταφέρεται στους οργανισμούς μέσω παραγόντων αλλαγής (συμβούλων), τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά, ή μέσω διευθυντών (Gadolin & Andersson, 2017). Αρκετές μελέτες (Striem et al. 2003) δείχνουν ότι οι συγκρούσεις μπορούν να προκύψουν από τις διαφορετικές οντολογικές απόψεις για τη γνώση μέσα στους διαφορετικούς ρόλους. Οι διαφορές απόψεων αναδύονται καθώς τα διαφορετικά γνωστικά πεδία συναντούν τον παραδοσιακό τρόπο ανάπτυξης (φυσικές επιστήμες), όπου το επάγγελμα χάνει τον έλεγχο (δύναμη) σε διαδικασίες αλλαγής ή μετασχηματισμού.

«καθώς ένα πρόγραμμα ΔΟΠ αρχίζει να κερδίζει δυναμική, πολλές ομάδες συμφερόντων θα αντιληφθούν μια απειλή για τους καθιερωμένους ρόλους και τις σχέσεις εξουσίας τους και θα αντισταθούν σε περαιτέρω αλλαγές». (Striem et al. 2013, σελ. 256)

2.2. Η γραφειοκρατία

Τα οργανωτικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης είναι συχνά αυτά που ο Mintzberg (1983) αποκαλεί επαγγελματική γραφειοκρατία και παρουσιάζουν μία από τις συνταγματικές μορφές που θα μπορούσε να έχει ένας οργανισμός που προέρχεται από τις θεωρίες του Max Weber. Αυτό σημαίνει ότι η δομή εδραιώνεται και επισημοποιείται (καταμερισμός εργασίας, λήψη αποφάσεων κ.λπ.). Οι Alvesson και Svenningsson (2019), δίνουν επίσης έμφαση στην υγειονομική περίθαλψη ως γραφειοκρατία γνώσης. Αυτό έχει επιπτώσεις στην ενσωμάτωση της γνώσης, καθώς τα εμπόδια και οι ευκαιρίες πρέπει να είναι ορατά. Μια τέτοια γραφειοκρατία χαρακτηρίζεται από τις τυποποιημένες λύσεις και υπηρεσίες της που προσφέρονται όπου η φήμη και η νομιμότητα είναι σημαντικές και επομένως συνδέονται στενά με την επαγγελματική γραφειοκρατία όπως περιγράφεται από τον Mintzberg (1983).

Λαμβάνοντας αυτό υπόψη, αυτό συνδέεται με την εικόνα της επαγγελματικής γνώσης ως βασισμένης σε επιστημονικά ερείσματα, όπου η θεωρία και η πράξη γενικά μπορούν να θεωρηθούν διπλές και διαδοχικές: πρώτα μαθαίνεις το θεωρητικό μέρος και μετά μαθαίνεις τις τεχνικές και εφαρμόζεις τη γνώση (Schön, 1991). Οι πρακτικές συνέπειες από αυτό που ο Schön περιγράφει ως τεχνική ορθολογικότητα, σε μια προοπτική της υγειονομικής περίθαλψης, πάνω απ' όλα που συνδέονται με

τους γιατρούς, θα μπορούσαν να προκαλέσουν προβλήματα μετάβασης από τον ρόλο του ειδικού σε έναν πιο στοχαστικό επαγγελματία.

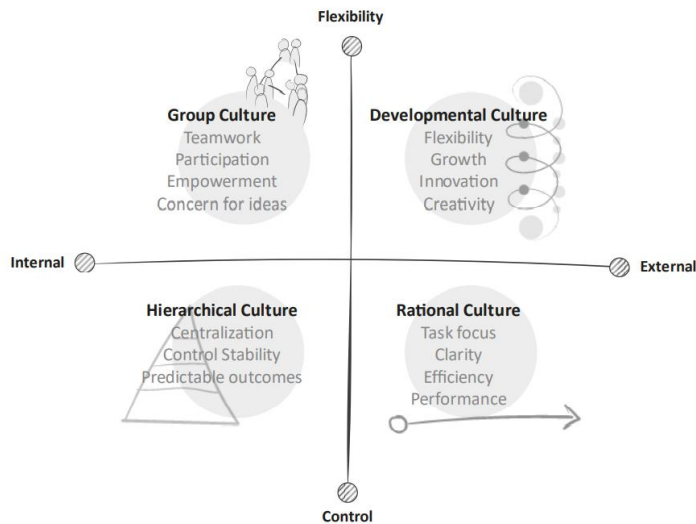
2.3. Κουλτούρα και Αλλαγή στο χώρο της Υγείας

Ο Schein (2010, σελ. 18) ορίζει την κουλτούρα ως εξής: «η κουλτούρα μιας ομάδας μπορεί τώρα να οριστεί ως ένα πρότυπο κοινών βασικών υποθέσεων που μαθαίνει μια ομάδα καθώς έλυνε τα προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής και εσωτερικής ολοκλήρωσής της, η οποία λειτούργησε αρκετά καλά ώστε να θεωρείται έγκυρο και, επομένως, να διδαχθεί στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σε σχέση με αυτά τα προβλήματα». Η κουλτούρα της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται επομένως από το γεγονός ότι είναι ένας κόσμος πλούσιος σε γνώση και πολύπλοκος με δομή, πρότυπα και μια καλά εδραιωμένη οντολογική άποψη για τη γνώση, όπως περιγράφεται τόσο από τους Mintzberg (1983) όσο και από τους Alvesson και Svenningsson (2019).

Σύμφωνα με τους Lukas et al. (2007), η ανάληψη μετασχηματισμού των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι περίπλοκη και δύσκολη και όπου στοιχεία, όπως, λόγου χάριν, η δέσμευση της ηγεσίας σε ενέργειες ποιότητας και προόδου οδηγούν στην αλλαγή επηρεάζοντας τα τέσσερα στοιχεία όπου δραστηριοποιείται ο οργανισμός. Το πρώτο είναι ο ιδανικός στόχος και οι στρατηγικές που καθοδηγούν την επιθυμητή κατεύθυνση ακολουθούμενη από την κουλτούρα που αντικατοπτρίζει τις αξίες και τους κανόνες του οργανισμού. Το τρίτο συστατικό είναι οι λειτουργικές λειτουργίες και διαδικασίες που ενσωματώνουν την καθημερινή κλινική εργασία. Τέλος, τα στοιχεία επηρεάζουν την υποδομή που υποστηρίζει την παροχή υπηρεσιών όπως η τεχνολογία πληροφοριών και το ανθρώπινο δυναμικό. Lukas et al. (2007) τονίζουν περαιτέρω ότι «ο μετασχηματισμός συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου με τις επαναληπτικές αλλαγές να διατηρούνται και να εξαπλώνονται σε ολόκληρο τον οργανισμό» (σελ. 310). Ο Burke (1994) αντιπαραθέτει επίσης την κουλτούρα με την αλλαγή δηλώνοντας ότι η μετασχηματιστική αλλαγή πρέπει να επικεντρωθεί στην αλλαγή της συμπεριφοράς των εργαζομένων μέσω της ανάπτυξης των στόχων και των στρατηγικών του οργανισμού, της ηγεσίας του και της κουλτούρας, προκειμένου να επιτευχθεί βαθιά και βιώσιμη αλλαγή. Αυτό θα σημαίνει ότι τα μέλη του οργανισμού πρέπει να ξεμάθουν κάτι καθώς και να μάθουν κάτι νέο (Schein, 2010).

Η αλλαγή, προγραμματισμένη ή μη, αναφέρεται στη συνέχεια ως κάτι που μπορεί να περιγραφεί ως μια νέα κατάσταση πραγμάτων σε σύγκριση με μια παλιά και η μεταβαλλόμενη κουλτούρα απαιτεί βούληση και κίνητρα (French & Bell, 1999). Ο Kotter (2012) μιλά για τη δημιουργία «μιας αίσθησης επείγοντος». Η αλλαγή της κουλτούρας μπορεί επίσης να γίνει κατανοητή από το «μοντέλο τριών σταδίων της διαδικασίας αλλαγής» του Schein (2010), το οποίο βασίζεται στο μοντέλο τριών σταδίων του Kurt Lewin, αλλά προσθέτει ψυχολογικούς μηχανισμούς σε κάθε βήμα: Ξεπάγωμα προκειμένου να δημιουργηθούν κίνητρα και ετοιμότητα για αλλαγή - Αλλαγή μέσω της Γνωσιακής Αναδιάρθρωσης βοηθώντας τον πελάτη να βιώσει, να κρίνει και να αντιδράσει σε πράγματα διαφορετικά με βάση μια νέα οπτική γωνία. Και τέλος Πάγωμα Ξανά βοηθώντας τον πελάτη να ενσωματώσει τη νέα άποψη.

Η βελτίωση της ποιότητας και η κουλτούρα του οργανισμού συνδέονται καλά (Lukasz et al. 2012). Οι προϋποθέσεις για βελτίωση θα μπορούσαν να γίνουν κατανοητές εάν αναγνωρίσετε τι είδους κουλτούρα χαρακτηρίζεται ένας συγκεκριμένος οργανισμός. Οι Prajogo και McDermott (2005) παρουσιάζουν τέσσερις διαφορετικούς τύπους κουλτούρας (Εικόνα 2) σε σχέση με τη ΔΟΠ, με βάση το Competing Value Framework (Ανταγωνιστικό Πλαίσιο Αξίας) (Quinn & Rohrbaugh, 1983). Η ιεραρχική κουλτούρα αναζητά σταθερότητα και προβλέψιμα αποτελέσματα με εσωτερική εστίαση. Η ορθολογική κουλτούρα επιδιώκει επίσης να καθιερώσει μια δομή ελέγχου αλλά έχοντας μια πιο εξωτερική εστίαση. Η προσπάθεια προς μια πιο ευέλικτη δομή και η εξωτερική εστίαση είναι η αναπτυξιακή κουλτούρα. Ακόμα ευέλικτο αλλά εστιάζοντας στο εσωτερικό περιγράφεται ως ομαδική κουλτούρα (Quinn & Rohrbaugh, 1983). Ένας οργανισμός συχνά χαρακτηρίζεται από έναν συνδυασμό των διαφορετικών πολιτισμών, ωστόσο ορισμένες μορφές θα μπορούσαν να είναι πιο κυρίαρχες (Prajogo και McDermott, 2005).



Εικόνα 2: 4 διαφορετικοί τύποι κουλτούρας

Πηγή: Prajogo και McDermott (2005, σ.1105).

Οι μελέτες των Bååthe και Norbäck (2013) τόνισαν τρεις παράγοντες επιτυχίας που απαιτούνται για να αυξηθεί η δέσμευση για εργασία με συνεχή βελτίωση. Αυτά είναι: η άρση των εμποδίων και η υποστήριξη διοικητικών διαδικασιών, δημιουργία περιβαλλόντων μάθησης και κατάρτισης και βοηθητική εργασία ταυτότητας για τους γιατρούς. Άλλες μελέτες (Eriksson et al. 2016) έχουν διαπιστώσει ότι οι νοσηλευτές διαφέρουν από τους γιατρούς, οι οποίοι έχουν πιο αρνητική στάση απέναντι στην εξωτερική υποστήριξη στην αναπτυξιακή εργασία (Eriksson et al. 2016). Ο Thunborg (2009) τονίζει ότι οι νοσηλευτές δείχνουν λιγότερη αντίσταση, σε σύγκριση με τους γιατρούς, στη συμμετοχή και τη συμμετοχή εξωτερικών πόρων (π.χ. ασθενείς) στις εργασίες βελτίωσης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην καθημερινή κλινική τους εργασία (νοσηλευτική) που συνεπάγεται στενή επαφή με ασθενείς και συγγενείς. Αυτό μπορεί, σύμφωνα με τον Thunborg (2009), να εξηγηθεί, μεταξύ άλλων, από το ότι η επαγγελματική τους ταυτότητα αφορά σε μεγάλο βαθμό την ανάληψη ευθύνης για τον συντονισμό μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματικών ομάδων.

Η καθημερινή ζωή των νοσηλευτών βασίζεται στη συνεχή αλληλεπίδραση και επικοινωνία (συζήτηση, ενημέρωση, αναφορά και επίβλεψη). Ταυτόχρονα, εκτίθενται επίσης σε διαρκή κίνδυνο διακοπής από ασθενείς, συγγενείς και άλλους

επαγγελματίες που χρειάζονται τη βοήθειά τους. Αλλά το να έχουν μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα και επομένως μια ισχυρή πίστη στη δική τους επαγγελματική ομάδα, ισχύει για τους περισσότερους επαγγελματίες. Εδώ παίρνουν επιβεβαίωση και αισθάνονται ασφαλείς (Alvesson & Svenningsson, 2014; Striem et al. 2003).

2.4. Ορισμός της Ποιότητας

Η ποιότητα ως έννοια είναι πολύπλευρη και πρέπει να κατανοηθεί με βάση το πλαίσιο στο οποίο τοποθετείται (Reeves & Bednar, 1994). Η ποιότητα όπως η αριστεία, βασίζεται στην απόλυτη αριστεία των πραγμάτων και πηγαίνει πολύ πίσω στην άποψη των Ελλήνων φιλοσόφων για την ποιότητα. Στα μέσα του 18ου αιώνα, οι δυνάμεις της αγοράς άρχισαν να επηρεάζουν την ιδέα καθώς η αγορά επεκτάθηκε για εμπορικά αγαθά και η ποιότητα συνδέθηκε με την αξία. Το να μπορείς να αγοράσεις ένα προϊόν ισοδυναμούσε με ποιότητα. Κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1900, ωστόσο, αμφισβητήθηκε η μονομερής άποψη για την ποιότητα όπου η τιμή ήταν μόνο ένα συστατικό, έτσι ώστε να απαιτούνται δύο συνιστώσες ως προς την τιμή και την ποιότητα για να ανταγωνιστούν στην αγορά. Αργότερα, η ποιότητα, η τιμή και η αξία συγκροτήθηκαν μαζί ως τρεις συνιστώσες που θα ληφθούν υπόψη προκειμένου να οριστεί η έννοια της ποιότητας (Reeves & Bednar, 1994).

Ένας άλλος ορισμός που χαρακτηρίζει το κίνημα ποιότητας για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι η ποιότητα ως συμμόρφωση με τις προδιαγραφές. Αυτός ο ορισμός προέρχεται από την άνοδο της εκβιομηχάνισης όταν κυριαρχούσαν οι ιδιότητες των προϊόντων σε σχέση με αυτό για το οποίο προορίζονταν (Crosby, 1999). Οι γκουρού ποιότητας όπως οι Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Imai και Ishikawa συνέβαλαν με την πρακτική και τις θεωρίες τους σε μεγαλύτερη εστίαση στην ποιότητα (Brown, 2013). Η τήρηση τυπικών πρωτοκόλλων καθώς και η χρήση ποσοτικών δεδομένων πρόσφερε στις εταιρείες την ευκαιρία να μετρήσουν και να παρακολουθήσουν την ποιότητα στην παραγωγή για να δημιουργήσουν αποτελεσματικές διαδικασίες χρησιμοποιώντας όσο το δυνατόν λιγότερους πόρους (Weckenmann et al. 2015). Ο Juran (2004) ανέπτυξε το έργο του Shewhart και στη συνέχεια χώρισε την ποιότητα σε σχεδιασμό και συμμόρφωση, συνδυάζοντας έτσι την αριστεία με τη συμμόρφωση στην έννοια της ποιότητας.

Έτσι, η αντικειμενική άποψη της ποιότητας επικράτησε για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά παρόλο που οι παλαιότεροι γκουρού (Juran, 2004· Shewhart, 1980) είχαν τονίσει την ανάγκη κατανόησης του υποκειμενικού μέρους της έννοιας της ποιότητας, μια αλλαγή παραδείγματος δεν ήρθε παρά μόνο στα τέλη της δεκαετίας του 1960, όταν η ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινωνία έγινε κύριο επίκεντρο της προσοχής. Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1960, το ποσοστό των εργαζομένων στον κλάδο παραγωγής ήταν μεγαλύτερο (Bureau of Labor Statistics, 1991 στο Reeves & Bednar, 1994) από εκείνους στον τομέα των υπηρεσιών. Αλλά όταν το εργατικό δυναμικό στον τομέα των υπηρεσιών αυξήθηκε, αυτό οδήγησε σε μια αλλαγή εστίασης σχετικά με την έννοια της ποιότητας, από την εσωτερική διαδικασία και την άποψη του προϊόντος στους εξωτερικούς πελάτες, και η παροχή υπηρεσιών και η δημιουργία αξίας έγιναν κεντρικές. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός της ποιότητας σήμερα, δηλαδή η ικανοποίηση ή/και η υπέρβαση των προσδοκιών των πελατών, έχει τις ρίζες του σε αυτήν την αλλαγή παραδείγματος (Grönroos, 1990· Zeithaml et.al, 1988). Επομένως, η εμπειρία του πελάτη ή του χρήστη και η αίσθηση ενός προϊόντος ή υπηρεσίας πρέπει να γίνει κατανοητή και να ληφθεί υπόψη. Η κίνηση της έννοιας της ποιότητας προς αυτή την κατεύθυνση είναι εμφανής στις διάφορες δημοσιεύσεις του Feigenbaum (1961, 1983 και 1991) σχετικά με τον Ολικό Ποιοτικό Έλεγχο.

Η παρούσα διπλωματική ακολουθεί τον ορισμό που δηλώνει ότι η ποιότητα είναι «η ικανοποίηση και/ή η υπέρβαση των προσδοκιών των πελατών», ο οποίος υπογραμμίζει τον ρόλο του χρήστη ως αξιολογητή του τι συνιστά αξία. Από την άποψη του δημόσιου τομέα και της υγειονομικής περίθαλψης, αυτό θα μπορούσε να είναι προκλητικό όσον αφορά τη γλώσσα που χρησιμοποιείται συχνά, η οποία μιλά για την παραγωγή υγειονομικής περίθαλψης και η οποία σχετίζεται με τη δημόσια διοίκηση και τη νέα δημόσια διοίκηση (Osborne, 2016). Η σημερινή φιλοσοφία διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης στοχεύει περισσότερο στη νέα δημόσια διακυβέρνηση (NPG) εστιάζοντας σε αυτό που ο Osborne (2016) δηλώνει ως συμβόλαια εμπιστοσύνης και σχεσιακά. Αυτό τονίζεται επίσης σε μια πρόσφατη σουηδική κυβερνητική έκθεση (Tillitsdelegationen, SOU, 2019:43) καθώς και σε ερευνητικές εκθέσεις (Fransson, Quist & Wetter-Edman, 2019).

2.5. Έννοια Διοίκησης Ποιότητας

Η έννοια της διοίκησης ποιότητας (ΔΠ) έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως μια ομάδα αρχών, πρακτικών και τεχνικών που περιλαμβάνουν την εστίαση στον πελάτη, τη συνεχή βελτίωση και την ομαδική εργασία (Dean & Bowen, 1994). Το μοντέλο ακρογωνιαίο λίθο των Hellsten και Klefsjö (2000) προσθέτει επίσης τη δέσμευση, τη συμμετοχή της διοίκησης και τη σημασία της βάσης των αποφάσεων σε γεγονότα.

Όπως περιγράφηκε στην προηγούμενη παράγραφο σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας, το κίνημα για την εστίαση στην ποιότητα μπορεί να συνοψιστεί από το γεγονός ότι έχει κινηθεί μέσα από διαφορετικά παραδείγματα (Εικόνα 3). Από την ποιοτική επιθεώρηση στην εμφάνιση της ποιότητας (Dahlgaard-Park et al., 2018, van Kemenade, 2020· Weckenman et al., 2015). Οι ποσοτικές μέθοδοι και εργαλεία ήταν ουσιαστικής σημασίας για την κατανόηση των προϊόντων και των διαδικασιών και, ως εκ τούτου, της έννοιας της ποιότητας. Αρχικά υπήρχε μια κυρίαρχη εστίαση στην επιθεώρηση για να διασφαλιστεί ότι τα πράγματα έγιναν όπως είχε προγραμματιστεί, κάτι που θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως αντιδραστικό. Ωστόσο, αυτό έγινε ακριβό λόγω της περιττής σπατάλης στο τέλος της διαδικασίας. Ένας εκτεταμένος έλεγχος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας έγινε λύση σε αυτό. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 έγινε κρίσιμο να αποτραπεί η αποτυχία και ακόμη και να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε τι δεν γνωρίζουμε πραγματικά για τις ανάγκες των πελατών (χρηστών) καθόλου (Dahlgaard-Park et al., 2018; Weckenman et al., 2015).



Εικόνα 3: Ορισμένες κεντρικές έννοιες και κατά προσέγγιση χρονικές περίοδοι για την κίνηση της ποιότητας (μετατοπίσεις παραδειγμάτων)

Πηγή: Dahlgaard-Park et al., 2018

Η διαχείριση μιας επιτυχημένης επιχείρησης και η διασφάλιση της ποιότητας, σύντομα αποδείχτηκε πιο περίπλοκη από την απλή εστίαση στους πόρους και τις χρηματικές αξίες. Οι θεωρίες σχετικά με τη διακυβέρνηση ενός οργανισμού άρχισαν

να εμφανίζονται λόγω της αυξημένης ζήτησης για γνώση σχετικά με τον οργανισμό και τους ανθρώπους που εργάζονται εκεί (Dahlgaard-Park et al. 2018). Η επιστήμη της συμπεριφοράς και το κοινωνικό πλαίσιο επηρέασαν τις φιλοσοφίες διαχείρισης όπου οι μελέτες από τον Hawthorne (Juran, 2004) και οι θεωρίες από τον Maslow έκαναν ισχυρή εντύπωση (Dahlgaard-Park et al. 2018). Παρά το αυξημένο ενδιαφέρον για τις ήπιες αξίες, εξακολουθεί να αμφισβητείται εάν η φιλοσοφία της επιστήμης και τα εργαλεία παρακολούθησης και αξιολόγησης της ποιότητας, με βάση ποσοτικά μέτρα, αριθμητικές τιμές και στατιστική ανάλυση, θα έπρεπε να είναι μια έννοια που ονομάζεται διαχείριση ποσότητας (Jensen et. al, 2018).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ο τομέας της ποιότητας αναγκάστηκε να αμφισβητήσει τις θέσεις του σε προϊόντα και υπηρεσίες. Η ιστορική εστίαση από το κίνημα ποιότητας στην τεχνολογία και τις διαδικασίες, και ο περιβάλλοντας κόσμος που βλέπει την ΔΠ ως ένα κίνημα με μια ποικιλία εργαλείων αντί για μια προσέγγιση (αρχές), σημαίνει ότι το μέλλον της ΔΠ δεν θα αφορά μόνο την τεχνική ποιότητα, αλλά και το πώς χειρίζεται την κοινωνική ευθύνη και τη βιωσιμότητα. Εάν οι οργανισμοί θέλουν να εξασφαλίσουν ικανοποιημένους πελάτες, πρέπει να κοιτάξουν πέρα από το πραγματικό προϊόν (Weckenman et al., 2015). Το παρόν, για να μην αναφέρουμε το μέλλον, γίνεται όλο και πιο περίπλοκο, προκαλώντας έτσι τα πρότυπα που βασίζονται σε γραμμικές διαδικασίες. Παραδόξως, ωστόσο, η ανθρωπότητα αναζητά ασφάλεια σε ρουτίνες και σταθερές δομές. Επομένως, η έρευνα πρέπει να αναζητήσει περισσότερη γνώση για το άυλο παρά για το υλικό, όπως οι Dahlgaard-Park et al. (2013, σελ.16) περιγράφει? "Πιθανώς ο μελλοντικός ορισμός της ποιότητας θα περιλαμβάνει περισσότερες πτυχές αλληλεπίδρασης και εμπειρίας". Ο Van Kemenade (2020) προσθέτει την έννοια της ανάδυσης και υπογραμμίζει τα χαρακτηριστικά του παραδείγματος εμφάνισης που μπορεί να προσαρμόσει ή να αναπτύξει αποτελεσματικά όργανα και εργαλεία διαχείρισης ποιότητας για να υποστηρίξει ή να διευκολύνει την εμφάνιση σε πολύπλοκους οργανισμούς.

2.6. Αγαθά και Υπηρεσίες στον τομέα της Υγείας

Ο Ιπποκράτης είπε πριν από περισσότερα από 2000 χρόνια ότι «είναι μείζονος σημασίας να επικεντρωνόμαστε στον τύπο του ανθρώπου που φέρει τη νόσο από το να γνωρίζουμε τον τύπο της νόσου που φέρει ένας άνθρωπος» (Bowie et al., 2015, σελ. 1). Παρόλα αυτά, η ορολογία και οι προσεγγίσεις της υγειονομικής περίθαλψης σχετίζονται συχνά με τη φροντίδα ως προϊόν προς κατανάλωση.

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1960, η έννοια της ποιότητας και της έρευνας για την ποιότητα επικεντρωνόταν στην κατασκευή και στα προϊόντα και όχι στις υπηρεσίες (Reeves & Bednar, 1994). Καθώς η αγορά κινείται όλο και περισσότερο προς την εξυπηρέτηση με την πλειοψηφία των επαγγελματιών που απασχολούνται στον τομέα των υπηρεσιών (ΟΟΣΑ, 2005), οι έννοιες του τι δημιουργεί αξία και η άποψη της συναλλαγής αμφισβητούνται (Grönroos, 2008, Batalden, 2011).

Δεδομένου ότι η ποιοτική εργασία στην υγειονομική περίθαλψη εμπνεύστηκε και ακολούθησε τα μοντέλα που εφαρμόζονται στη βιομηχανία, οι ορισμοί της δημιουργίας αξίας βασίστηκαν στην αρχή του προμηθευτή και του πελάτη όπου το προϊόν που παραδίδεται καταναλώνεται (καταστρέφεται) από τον πελάτη (Vargo & Lusch 2004, Grönroos & Gummerus, 2014). Λαμβάνοντας ένα παράδειγμα από την υγειονομική περίθαλψη, αυτό που προκαλεί τον πόνο στο ισχίο ενός ασθενούς γίνεται η ανάγκη για ανακούφιση από τον πόνο, η οποία στη συνέχεια λύνεται προσφέροντας αναλγητικά. Αυτό μπορεί στη συνέχεια να μετρηθεί ως αποτέλεσμα από την άποψη της υγειονομικής περίθαλψης. Σίγουρα, για ορισμένες συνθήκες, αυτή η διαδικασία μπορεί σίγουρα να δημιουργήσει αξία και ο ασθενής μπορεί να θεωρηθεί ως παθητικός αποδέκτης φροντίδας. Ωστόσο, άλλες καταστάσεις (ασθένειες πρόνοιας και άτομα με πολλαπλές ασθένειες), που επίσης αυξάνονται στην κοινωνία μας, είναι πιο σύνθετες καταστάσεις. Εκεί, το μοντέλο συναλλαγής είναι σαφώς ακατάλληλο και η συνεργασία ή η συν-δημιουργία αξίας γίνεται πιο σχετική. Ένας ασθενής με καρδιακή πάθηση χρειάζεται, φυσικά, φάρμακα και ελέγχους, αλλά μπορεί επίσης να χρειάζεται έναν πάροχο δραστηριοτήτων που βελτιώνουν και αποτρέπουν την υγεία, όπως η άσκηση και η διατροφή (Batalden, 2011). Οι Joiner και Lusch (2016) πιστεύουν ότι μπορούμε να θεωρήσουμε τη λογική των αγαθών που ενσωματώνεται στην υγειονομική περίθαλψη ως ουσία, η οποία είναι κατάλοιπο της επίδρασης της εκβιομηχάνισης στην υγειονομική περίθαλψη (π.χ. δωμάτια φροντίδας, ιατρικές

συσκευές, νοσηλευτές, γιατροί κ.α.). Αν αντ' αυτού εξετάσουμε τη φροντίδα με μια προοπτική λογικής υπηρεσίας, θα πρέπει να παρομοιαστεί με ένα ρήμα, π.χ. να θεραπεύσει, να νοσηλεύσει, να ξεκουραστεί, να παρακολουθήσει, να αισθανθεί, να επισκεφτεί, να αναρρώσει ή να πεθάνει.

Μια μεγάλη διαφορά στη μετάβαση από μια προσέγγιση λογικής αγαθών σε μια προοπτική λογικής υπηρεσίας είναι η σχεσιακή προοπτική. Εξετάζοντας τις υπηρεσίες που παρέχει η υγειονομική περίθαλψη χρησιμοποιώντας την οπτική εστιασμένη στο προϊόν, βλέπουμε δραστηριότητες, διαδικασίες και αποτελεσματικότητα (output) και κάνουμε υπολογισμούς για αυτούς τους παράγοντες. Αν χρησιμοποιήσουμε οπτική εστιασμένη στις υπηρεσίες, αντιθέτως βλέπουμε τη σημασία της συνδημιουργίας, η οποία είναι πιο δύσκολο να μετρηθεί γιατί περιλαμβάνει τις ατομικές προτιμήσεις του ατόμου. Αυτή η προοπτική αυξάνει την ικανότητα της υγειονομικής περίθαλψης να κατανοεί πώς μπορούμε να διαμορφώσουμε καλύτερα υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν υγεία στους πολίτες (Batalden, 2011). Στο καλύτερο περιβάλλον, αναπτύσσονται σχέδια κοινής φροντίδας ή θεραπείας στη συνάντηση (εξέταση των αναγκών του ασθενούς) μεταξύ του επαγγελματία και του ασθενούς. Αναδύεται μια σχέση που συγκρατείται από τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις συνήθειες και των δύο μερών και την προθυμία να είναι ευάλωτοι (Batalden, 2011).

2.7. Γνώσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

2.7.1. Προοπτική Γενικής Γνώσης

Η αλληλεπίδραση μεταξύ διαφορετικών μορφών γνώσης είναι κεντρική για την ανάπτυξη νέας γνώσης, και ιδιαίτερα η αλληλεπίδραση μεταξύ ρητής και σιωπηρής γνώσης (Nonaka & Takeuchi, 1995). Σύμφωνα με τους Cohen και Levinthal (1990) και τις θεωρίες τους για την απορροφητική γνώση, η προηγούμενη γνώση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία της ευκαιρίας νέας γνώσης να απορροφηθεί (αφομοιωθεί), να προσαρμοστεί και να αναπτυχθεί. Υποθέτουν ότι κάποια από τις προηγούμενες γνώσεις θα πρέπει να είναι πολύ στενά συνδεδεμένη με τη νέα γνώση για να διευκολυνθεί η αφομοίωση, και ένα μικρό μέρος της οφείλει να επιδέχεται παρεμβάσεις, και να εξακολουθεί να σχετίζεται, για να επιτρέψει την αποτελεσματική, δημιουργική χρήση των νέων επιπέδων γνώσης.

Οι Nonaka και Takeuchi (1995) ανέλυσαν τον τρόπο δημιουργίας της δυναμικής για την καινοτομία και τονίζουν τη σημασία του να ξεκινάμε από την άποψη ότι η γνώση είναι και σιωπηρή και έντονη. Αυτό είναι κρίσιμο για να κατανοήσουμε πώς μπορούμε να συλλάβουμε, να χρησιμοποιήσουμε και να αναπτύξουμε τη γνώση. Στον δυτικό πολιτισμό, το ρητό είναι πιο γνωστό και περιγράφεται. Η «άκρη του παγόβουνου» αποτελείται από αριθμούς και λέξεις που μπορούν εύκολα να μεταφερθούν και να χρησιμοποιηθούν για τη διάδοση της γνώσης. Η σιωπηρή γνώση που θεωρείται τόσο πολύτιμη στον ανατολικό πολιτισμό είναι πιο υποκειμενική, διαισθητική και διορατική και πρέπει φυσικά να γίνει κατανοητή μέσω μεθόδων διαφορετικές από τη ρητή. Τα νοητικά μοντέλα των ανθρώπων μπορούμε να πούμε ότι αποτελούνται από τη σιωπηρή γνώση. Η σχεσιακή βασίζεται συχνά στη σιωπηρή γνώση, καθώς πρόκειται για την αίσθηση κάτι που δεν μπορεί να εξηγηθεί κάνοντας μια ερώτηση. Έχει να κάνει με το να βιώνεις για να μάθεις (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Ο προβληματισμός ως προϋπόθεση για τη μάθηση είναι ένα άλλο πράγμα που περιγράφεται καλά στη βιβλιογραφία (Granberg-Ohlsson, 2009; Hanson, 2001;

Schön, 1991) και η μάθηση οδηγεί στη γνώση σύμφωνα με τον Kolb (1984, σ. 38):»[...] διεργασία μέσα από την οποία η γνώση προκύπτει από τον μετασχηματισμό εμπειρικών βιωμάτων». Ο Schön (1991) περιγράφει την ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί τον προβληματισμό για τις ενέργειές του και ο Hanson (2001) αντιμετωπίζει διαφορετικές μορφές στοχασμού, ειδικά σε επίπεδο ομάδας, προκειμένου να έχει μια στοχαστική οργάνωση. Η ικανότητα των οργανισμών που είναι πλούσιες σε γνώσεις όσον αφορά τον προβληματισμό σχετικά με τις ενέργειές τους, μπορεί να περιοριστεί εάν ερμηνεύσουν τη δική τους γνώση ως τη μόνη αληθινή. Αυτό θα μπορούσε να συνεπάγεται περιορισμούς καθώς εμπίπτουν σε ρόλους ειδικών (Schön, 1991).

Σύμφωνα με τον Hansson (2001), ο οργανωμένος προβληματισμός περιλαμβάνει την αμφισβήτηση των υποθέσεων, την ανάδειξη των δομών εξουσίας και τη μετάβαση από τον ατομικό στον συλλογικό προβληματισμό, και ως εκ τούτου τη δημιουργία πιο δημοκρατικής ηγεσίας και διακυβέρνησης. Το οποίο με τη σειρά του σχετίζεται με τη διαπίστωση ότι ο σχεδιασμός υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μετατόπιση νοητικών μοντέλων (Vink et al. 2019). Οι οργανισμοί που προέρχονται από το παράδειγμα των φυσικών επιστημών, που περιγράφεται από τον Schön (2010) ως τεχνική ορθολογικότητα, δυσκολεύονται περισσότερο να βρίσκονται σε κατάσταση αβεβαιότητας και ασάφειας, κάτι που οδηγεί σε έναν οργανισμό προσανατολισμένο στη λύση.

2.7.2. Εμπόδια και Προοπτικές για την Προσθήκη και το Συνδυασμό Γνώσης στην Υγεία

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια αναγνωρισμένη ομάδα φορέων γνώσης, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά. Η εστίασή τους είναι στη φροντίδα, την ανακούφιση, τη θεραπεία και την πρόληψη ασθενειών και κατά συνέπεια τη συμβολή στην υγεία. Επομένως, οι επαγγελματικές ομάδες δεν τείνουν φυσικά να έχουν βαθύτερη γνώση σε τομείς εκτός αυτού, όπως η ηγεσία, η ανάπτυξη και η καινοτομία (Alvesson & Cizinsky, 2018). Ο Batalden (2018) προτείνει ότι υπάρχουν οφέλη από την ενσωμάτωση συστημάτων μάθησης σε δίκτυα που αντικατοπτρίζουν την ενεργή μάθηση, τη συνεχή βελτίωση και τη διαχείριση αλλαγών. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη και τη χρήση γνώσης που μπορεί να προσφέρει τυποποιημένες απαντήσεις σε κοινές ανάγκες, προσαρμοσμένες απαντήσεις σε συγκεκριμένες ανάγκες και

ευέλικτες απαντήσεις σε αναδυόμενες ανάγκες. Λέγεται ότι η συνεχής μάθηση είναι το χαρακτηριστικό των «επαγγελματιών», αλλά η μάθηση για ασθενείς ή χρήστες είναι επίσης σημαντική (Batalden, 2018).

Μια συμβολή στο πλαίσιο της γνώσης στο οποίο βρίσκεται η υγειονομική περίθαλψη λαμβάνεται από την περιγραφή των Alvesson και Cizinsky (2018) των ενδιαφερόντων της γνώσης ως βάση για τον τρόπο με τον οποίο σχετιζόμαστε με τη γνώση. Όταν η γνώση αντιμετωπίζεται από μια τεχνικο-οργανική οπτική, ο σκοπός είναι να συλλεχθούν πληροφορίες και να δομηθούν, κατά προτίμηση ποσοτικά, και στη συνέχεια να αναπτυχθούν γνώσεις και μέθοδοι αντικειμενικών διαδικασιών. οι αρχές της εύρεσης μιας σχέσης μεταξύ αιτίου και αποτελέσματος. Αυτό αναγνωρίζεται στη φυσική παράδοση της υγειονομικής περίθαλψης και της επαγγελματικής γνώσης (Alvesson, 2019; Batalden & Stoltz, 1993). Η γνώση από άλλους τομείς, όπου ο σχεδιασμός είναι ένας, έχει άλλα χαρακτηριστικά σε αυτό που περιγράφεται ως το ερμηνευτικό ενδιαφέρον γνώσης κατανόησης (Alvesson & Cizinsky, 2018) Αυτό το γνωστικό ενδιαφέρον έχει μια ολιστική προσέγγιση και η κατανόηση των βαθύτερων φαινομένων γίνεται θεμελιώδης. Κατά συνέπεια, όπως αναφέρει ο Schön (1991) υπάρχει μια μεταφορά από αντικείμενο σε υποκείμενο. Απαιτεί προβληματισμό και ερμηνεία που αρχικά μπορεί να εκληφθεί ως δύσκολη, αμφισβητήσιμη και σύγκρουση.

2.7.3. Γνώση για τη βελτίωση της ποιότητας ως συνδυασμός πολλαπλών προοπτικών γνώσης

Στη δεκαετία του 1990, οι Batalden και Stoltz (1993) ανέπτυξαν ένα πλαίσιο/μοντέλο για τη βελτίωση της γνώσης, όπου τόνισαν τον συνδυασμό επαγγελματικής και βελτιωτικής γνώσης για συνεχείς βελτιώσεις σε ταχύτερα κινούμενη υγειονομική περίθαλψη εστιασμένη στη δημιουργία αξίας. Το μοντέλο χρησιμοποιείται σήμερα σε πολλούς διεθνείς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για να περιγράψει τη συστηματική βελτίωση της ποιότητας που βασίζεται στη συνεχή βελτίωση (SOU, 2020). Έχει επίσης αναφερθεί ως επιστήμη της βελτίωσης (Bergman et al. 2015). Στη συνέχεια, η γνώση βελτίωσης προέρχεται από τη γνώση των συστημάτων και των διαδικασιών με τις μεθόδους και τα εργαλεία της και αυτό που ο

Deming (1994) αναφέρει ως βαθιά γνώση. Έμφαση δίνεται σε ποσοτικές μεθόδους όπως η στατιστική ανάλυση, η μεταβλητή ανάλυση και η αιτιώδης σχέση. Το μοντέλο δείχνει πώς συνδέονται τα διάφορα συστατικά της γνώσης για να επιτρέπουν συνεχείς βελτιώσεις, προσθέτοντας τη γνώση βελτίωσης στον παραδοσιακό τρόπο βελτίωσης της υγειονομικής περίθαλψης.

2.7.4. Η Προοπτική Γνώσης - Σχεδιαστικής Σκέψης

Η έννοια του σχεδιασμού, όπως και η ποιότητα, έχει μακρά παράδοση με διαφορετικούς ορισμούς και προσανατολισμούς. Οι Sanders and Stappers (2014) μιλούν για τον μετασχηματισμό του σχεδιασμού σε τρία βήματα, από το σχεδιασμό πραγμάτων μέχρι το σχεδιασμό συστημάτων και την παραγωγή για τους ανθρώπους έως τη συμπαραγωγή με ανθρώπους. Στο εγγύς μέλλον, προβλέπουν ότι ο σχεδιασμός θα γίνει από τους χρήστες. Συγκρίνοντας την επιστήμη από το σχέδιο με τη λογική των φυσικών επιστημών, ο σχεδιασμός ασχολείται με το πώς πρέπει να είναι τα πράγματα ενώ οι φυσικές επιστήμες ασχολούνται με το πώς είναι τα πράγματα (Simon, 2019).

Στον δημόσιο τομέα γενικά και στην υγειονομική περίθαλψη ειδικότερα, ο σχεδιασμός έχει αρχίσει να εφαρμόζεται για πρωτοβουλίες βελτίωσης και δημιουργία ικανότητας και ικανότητας καινοτομίας (Sangiorgi 2013; Malmberg, 2017). Μελέτες (Elg et al. 2012; Roberts et al. 2016; Vink, 2019) δείχνουν ότι η γνώση από τη σχεδίαση είναι εφαρμόσιμη για τη συμμετοχή και την κατανόηση των αναγκών των χρηστών, τη διαμόρφωση κοινωνικών δομών και για την εξερεύνηση πολύπλοκων περιβαλλόντων και ως εκ τούτου τη συμβολή σε βελτιωμένες υπηρεσίες και καινοτομίες.

Παλαιότερα, αυτή η γνώση αποτελούσε σε μικρότερο βαθμό μέρος των εργασιών ανάπτυξης στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά τα τελευταία χρόνια διάφοροι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης άρχισαν να προσλαμβάνουν υπαλλήλους με τεχνογνωσία στο σχεδιασμό (για παράδειγμα γραφικά, προϊόντα, βιομηχανικά, εμπειρία χρήστη και υπηρεσίες σχέδιο). Αναγνωρίζοντας την έννοια της σχεδιαστικής σκέψης (Brown, 2009) που παρουσιάζεται από τους Roberts et al. (2016), που συνίσταται στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, της ριζικής συνεργασίας

και της ταχείας δημιουργίας πρωτοτύπων, εστιάζομαστε σε ένα πλαίσιο κατάλληλο για την υγειονομική περίθαλψη.

2.7.5. Ενσυναίσθηση

Η περιέργεια για την καθημερινή ζωή των ανθρώπων είναι απαραίτητη καθώς συχνά λένε ένα πράγμα και μετά κάνουν κάτι άλλο. Παρατηρώντας συμπεριφορές αντί να ρωτάμε τους ανθρώπους ποιες είναι οι ανάγκες τους, μπορούμε να αποκτήσουμε γνώσεις για τις σιωπηρές και πραγματικές ανάγκες τους (Roberts et al. (2016). Η δημιουργία ενσυναίσθησης για τους χρήστες αμφισβητεί επίσης τις υποθέσεις και τους κανόνες μας από την οργανωτική σκοπιά στην εστίαση του χρήστη (Roberts et al. 2016). Οι Carlgren et al (2016) τονίζουν ότι η συμμετοχή των χρηστών σε όλα τα στάδια έχοντας ανοιχτό μυαλό, να μην καταδικάζει και να αισθάνεται άνετα γύρω από άτομα με διαφορετικά υπόβαθρα και ιδέες βοηθά στην ανάπτυξη μιας ενσυναίσθησης νοοτροπίας. Ο Wetter-Edman (2014), υποστηρίζει περαιτέρω ότι η ενσυναίσθηση χρησιμοποιείται ως μέσο ερμηνείας, όπου οι σχεδιαστές θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως επαγγελματίες διερμηνείς της εμπειρίας και μέσω της εμπειρίας. Με αυτόν τον τρόπο αποκτούν κατανόηση για το τι θα μπορούσε να θεωρηθεί ως δραστηριότητες δημιουργίας αξίας (και συν-δημιουργίας).

2.7.6. Ριζική συνεργασία

Οι σύνθετες διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορούν να επιλυθούν με τη γνώση ενός και μόνο κλάδου. Ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία των ανθρώπων δεν υπάρχουν μόνο σε έναν τομέα και όχι μόνο στον παραδοσιακό πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (για παράδειγμα μια εισαγωγή στο νοσοκομείο ή μια πτέρυγα). Θα μπορούσε να υπάρξει υποστήριξη από συγγενείς με γνώσεις δικής τους φροντίδας (Roberts et al. 2016; Riggare, 2019). Θα μπορούσε ακόμη και να είναι αντιπαραγωγικό να λυθεί σε μία ειδικότητα (ομάδα υγειονομικής περίθαλψης), καθώς η ομάδα ενισχύει τις τρέχουσες πεποιθήσεις της και την αντιληπτή ανάγκη να αποφασίσει τι είναι σωστό και τι λάθος. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε «υπεραπλούστευση των προβλημάτων, ή χειρότερα, στην επιλογή του λάθους προβλήματος για επίλυση» (Roberts et al. 2016, σελ. 13). Είναι απαραίτητες πρωτοβουλίες συνεργασίας πέρα από τα σύνορα και τους κλάδους, που φέρνουν εξωτερική γνώση και εμπειρία που θα μπορούσαν να προσφέρουν νέες ιδέες και εμπειρίες. (Roberts et al. 2016).

2.7.7. Γρήγορη δημιουργία πρωτοτύπων

Η αλλαγή μιας θεωρητικής νοοτροπίας από τη θέση που σκεφτόμαστε τι πρέπει να κάνουμε σε μια πιο πρακτική νοοτροπία όπου κάνουμε για να σκεφτόμαστε θα μπορούσε να επιτευχθεί με την ταχεία δημιουργία πρωτοτύπων (Roberts et al. 2016). Μια ποσότητα ιδεών, δηλαδή πολύ πρόχειρη, προτιμάται πριν από μερικές θεωρητικές. Η δοκιμή ιδεών με πιθανούς χρήστες, στο πλαίσιο τους, μπορεί να πραγματοποιηθεί εάν οπτικοποιηθούν και γίνουν απτές. Με αυτόν τον τρόπο, πιθανά σφάλματα ή ψευδείς ανάγκες θα μπορούσαν να γίνουν ορατά. Και από την οπτική γωνία του οργανισμού/εταιρειών θα μπορούσαν να επιτευχθούν νέες προοπτικές και ιδέες (Roberts et al. 2016). Σύμφωνα με τον Nixon (2013), τα πρωτότυπα θα μπορούσαν να είναι σε φυσική μορφή, χοντροκομμένες εκδόσεις πιθανών ενδυμάτων και φορητών συσκευών για παράδειγμα, αλλά και παιχνίδι ρόλων.

2.8. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η διοίκηση ολικής ποιότητας αποτελεί επιτακτική ανάγκη στους οργανισμούς υγείας τα τελευταία χρόνια. Οι διεθνείς κανονισμοί και οι κατευθυντήριες γραμμές που έγιναν από τις κυβερνήσεις, οι προσδοκίες των πελατών και οι πρωτοβουλίες των οργανισμών υγείας έχουν αυξήσει το ενδιαφέρον για πρακτικές συνολικής ποιότητας. Ορισμένες ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα, τη λογοδοσία και την ανάγκη για βελτίωση της υγείας έχουν αυξήσει το ενδιαφέρον πολλών χωρών για προγράμματα διαχείρισης ποιότητας. οι οργανισμοί υγείας έχουν αρχίσει να εφαρμόζουν προγράμματα συνολικής ποιότητας.

Η διοίκηση ολικής ποιότητας (ΔΟΠ) στους σχηματισμούς υγειονομικής νοσηλείας είναι η ανασυγκρότηση των ροών εργασίας για την επιτυχία της καλύτερης παροχής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, της ικανοποίησης των χρηστών, της ικανοποίησης των υπαλλήλων και των συνολικών αποτελεσμάτων απόδοσης. Επιπρόσθετα η ΔΟΠ προσφέρει στους σχηματισμούς ένα πλαίσιο επιτυχίας μέσω της ικανοποίησης του πελάτη. Κύρια στόχευση η βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ευελιξίας και της ανταγωνιστικότητας του οργανισμού στο σύνολο του. Εκ παραλλήλου, η ΔΟΠ που ενεργεί με μια ολοκληρωμένη φιλοσοφία διαχείρισης σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης κερδίζει συνεχή βελτίωση στις διαδικασίες νοσηλείας και φροντίδας σε εσωτερικούς ασθενείς και επιτυγχάνει υψηλή ποιότητα και κανόνες που ξεπερνούν τις προσδοκίες των συναλλασσόμενων. Η παροχή οργανωτικής αριστείας ως ολοκληρωμένου συστήματος σε υγειονομικές δομές συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση εσωτερικών και εξωτερικών χρηστών. Είναι δυνατό να διασφαλιστεί η ικανοποίηση των χρηστών υγείας και των συγγενών τους καθώς και η επιχειρηματική εκπλήρωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σε βέλτιστα επίπεδα και να επιτευχθεί οργανωτική αριστεία, μετρώντας συνεχώς την οργανωτική απόδοση και αξιολογώντας την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Braithwaite et al., 2011· Ovretveit, 2002).

Η μέτρηση της απόδοσης είναι ένας πόρος για μελλοντικές πρωτοβουλίες για την αξιολόγηση της προόδου ενός οργανισμού στην πορεία προς προκαθορισμένους στόχους, για τον καθορισμό των δυνατών και των αδυνατών σημείων του οργανισμού και για τη βελτίωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας του φορέα. Η μέτρηση της απόδοσης του φορέα δεν συνιστά από μόνη της κορύφωση είναι ένα εργαλείο για πιο αποτελεσματική διαχείριση (Purbey et al., 2007). Ωστόσο, η

μέτρηση της απόδοσης παραδοσιακά εστιάζεται σε χρηματοοικονομικές μετρήσεις, όπως ο κύκλος εργασιών, το κέρδος, το χρέος και η απόδοση της επένδυσης. Οι παραδοσιακές οικονομικές αξιολογήσεις δεν συνάδουν με τις ικανότητες και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση του σημερινού επιχειρηματικού περιβάλλοντος. Σήμερα, η πολυπλοκότητα της διαχείρισης ενός οργανισμού απαιτεί από τους διευθυντές να χρησιμοποιούν την «ολοκληρωμένη διαχείριση», που σημαίνει ότι μπορούν να δουν την απόδοση σε πολλούς τομείς. Αντί να αναλύουμε την απόδοση του οργανισμού από ιστορική προοπτική, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τις ποιοτικές πρωτοβουλίες που θα μπορούσαν ενδεχομένως να οδηγήσουν τον οργανισμό στην επιτυχία μέσω της «οργανωτικής αριστείας» (Zink, 2008: 21-36).

Διενεργούνται εντατικά μελέτες για την ανάπτυξη και ανάλυση διαφορετικών κριτηρίων απόδοσης και ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, λίγες δημοσιεύσεις έχουν δημοσιευτεί για να γνωρίζουν πώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τις συνήθειες πρακτικές και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης σε οργανισμούς υγειονομικής νοσηλείας. Η έρευνα που διεξήχθη από τους Farr και Cressey αφορά τον σύστημα με το οποίο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης κατανοούν και αξιολογούν καθημερινά την απόδοσή του. Στην έρευνα, διερευνήθηκαν οι αξίες, τα κίνητρα και οι συμπεριφορές του προσωπικού σχετικά με την απόδοση υγείας του προσωπικού σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται ότι έχουν κάνει μια καλή επιχείρηση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι αντιλήψεις για την ποιότητα και την απόδοση του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται σε διαφορετική λογική σύμφωνα με τις τρέχουσες έννοιες απόδοσης και ποιότητας. Η μελέτη υποστηρίζει ότι τα μοντέλα διαχείρισης οφείλουν συνάμα να λαμβάνουν υπόψη τις σχεσιακές και βιωματικές πτυχές της ποιότητας φροντίδας για να υποστηρίξουν την ιεράρχηση των αναγκών των ασθενών (Farr & Cressey, 2015).

Λαμβάνοντας υπόψη τις στάσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, η αποτελεσματικότητα της πρωτοβουλίας για την ποιότητα είναι πρωταρχικής σημασίας για την αξιολόγηση της απόδοσης του οργανισμού. Οι Appleby και Jackson (2000) πραγματοποίησαν συνεντεύξεις με επαγγελματίες επαγγελματίες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, καταδεικνύοντας μια σχέση μεταξύ της διαχείρισης ποιότητας και των κινήτρων του προσωπικού. Οι Laschinger et al. (1999) συνέλεξαν δεδομένα από νοσηλευτές για να προσδιορίσουν τις επιπτώσεις του στυλ ηγεσίας στους

εργαζόμενους. Η έρευνα προσπάθησε να φέρει νέες αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον και να κατανοήσει τις επιπτώσεις αυτών των αλλαγών στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης.

Η μελέτη των Valenstein et al. (2004), τόνισε ότι η σκόπιμη αξιολόγηση των απόψεων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντική από την άποψη της παροχής επιτυχημένων προγραμμάτων παρακολούθησης ποιότητας. Αυτές οι αξιολογήσεις δεν θα μπορούσαν να περιοριστούν σε ένα μέρος των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι διευθυντές νοσοκομείων ή οι διευθυντές ποιότητας.

Οι μετρήσεις επιχειρηματικής ικανοποίησης έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στις υπηρεσίες υγείας για την διασφάλιση εξαιρετικών αποτελεσμάτων και τη καλυτέρευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Είναι μια βασική συνθήκη της οργανωσιακής συμπεριφοράς και των στάσεων των εργαζομένων που αξιολογούνται για την αξιολόγηση της απόδοσης του οργανισμού. Αυτές οι αξιολογήσεις βοηθούν το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης (ιατρούς, νοσηλευτές, ιατρικούς τεχνικούς κ.λπ.) το επίπεδο επιχειρηματικής ικανοποίησης, την ποιότητα και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας και τα πολύ χρήσιμα αποτελέσματα (Meng et al., 2018). Δείχνει ότι στα νοσοκομεία που παρέχουν περισσότερη υποστήριξη σε διευθυντές, νοσηλευτές και γιατρούς για να βελτιωθούν, καθώς και χρησιμοποιώντας περισσότερους πόρους για έργα βελτίωσης της ποιότητας, ο οργανωτικός δεσμός είναι ισχυρότερος και μπορεί να έχει σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά την κλινική απόδοση, καθώς και συγκεκριμένα παρεμβάσεις βελτίωσης της ποιότητας, που εφαρμόζονται. Αποκαλύπτει ότι ο ρόλος των γιατρών στις μελέτες βελτίωσης της οργανωσιακής ποιότητας έχει μεγάλη συμβολή στη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών (Patel, 2006: 45-46).

Αναγνωρίζεται ότι τα ενδιαφερόμενα μέρη στον οργανισμό υγείας, ιδιαίτερα οι επαγγελματίες επαγγελματίες υγείας, δύνανται να προσαυξήσουν την παραγωγή των δραστηριοτήτων βελτίωσης της ποιότητας του οργανισμού, την ποιότητα της περίθαλψης, τα πρότυπα ασφάλειας και την ικανοποίηση των καταναλωτών. Ωστόσο, η αξιολόγηση από τη σκοπιά των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και μόνο μπορεί επίσης να δημιουργήσει μεροληψία και οι Counte, Meurer (2001) και Hassan (2006) συμφώνησαν ότι οι έννοιες για την υγεία θα μπορούσαν να γίνουν κατανοητές με διαφορετικούς τρόπους, προειδοποιώντας για πιθανή μεροληψία στις αξιολογήσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. «Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ποιότητα είναι

ευθύνη του ανώτερου διευθυντή, υπάρχει η πιθανότητα οι απαντήσεις να επηρεαστούν από την πίεση των ενδιαφερομένων που δίνουν έμφαση στην ποιοτική φροντίδα των οργανισμών». Τα επαγγελματικά πεδία, όπως το τεχνικό προσωπικό, οι γιατροί, οι ιατροί τεχνικοί, οι νοσηλευτές, οι διευθυντές, αποτελούνται από ένα ευρύ φάσμα σχετικών υποκοουλτούρων και μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές προοπτικές ποιότητας που μερικές φορές μπορεί να είναι αντιφατικές (Zabada et al., 1998; Greenfield et al. , 2008, Pomey, 2004, Braithwaite et al., 2011, Groene et al., 2013).

Για να καταστεί μόνιμη η ασφάλεια των ασθενών, των συγγενών ασθενών και των εργαζομένων στο υψηλότερο επίπεδο, αναπτύσσονται πρότυπα ποιότητας στην υγεία, εφαρμόζονται αυτά τα πρότυπα και αξιολογούνται οι επιδόσεις των οργανισμών υγείας σχετικά με τα πρότυπα ποιότητας που εφαρμόζονται με μια ολιστική προσέγγιση.

Ορισμένες χώρες έχουν εφαρμόσει συστήματα διαχείρισης ποιότητας βασισμένα σε οργανωτική δομή για να βελτιώνουν τακτικά την απόδοσή τους, έτσι ώστε οι επενδύσεις στην υγεία να χρησιμοποιούνται κατάλληλα και να επιτυγχάνονται βέλτιστα αποτελέσματα στην ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών (Pomey, 2004). Ταυτόχρονα, πολλά συστήματα διαχείρισης ολικής ποιότητας είναι «πρώτου επιπέδου», υγειονομική περίθαλψη που μπορεί να βελτιώσει λειτουργικά την υγεία, να λάβει προστατευτικά μέτρα έναντι ασθενειών και να ξεπεράσει αναδυόμενες ασθένειες και να κατευθύνει τους ασθενείς σε κέντρα νοσηλείας όταν είναι απαραίτητο και να αναπτύξει υπηρεσίες θεραπείας. ΟΟΣΑ, 2017: 132). Πολλές χώρες έχουν αναπτύξει συστήματα διαχείρισης ποιότητας βασισμένα σε ασθενείς και οργανωτική δομή για να βελτιώνουν συνεχώς την απόδοσή τους, έτσι ώστε οι επενδύσεις στην υγεία να μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά και να επιτυγχάνονται βέλτιστα αποτελέσματα στην ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών (Pomey, 2004).

2.9. ΔΟΠ στο χώρο της υγείας

Στις δομές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας εντοπίζουμε τρεις ορισμούς που διαχωρίζουν την ΔΟΠ από διάφορες οπτικές :

«Η ΔΟΠ είναι μια πλήρης στρατηγική τροποποίησης των οργανωτικών και στάσεων που δίνει την δυνατότητα στο ανθρώπινο δυναμικό να γνωρίσει και να κάνει χρήση ποιοτικών μεθόδων, με απώτερο στόχο την μείωση του κόστους και την ικανοποίηση των απαιτήσεων των χρηστών υγείας και άλλων συναλλασσόμενων» (Ovretveit, 2000).

«Υψηλός δείκτης ικανοποίησης του χρήστη υγείας λαμβάνοντας υπόψη όλα τα οφέλη και τις ζημίες που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά τη διάρκεια της υγειονομικής νοσηλείας» (Donabedian, 1989).

Η ΔΟΠ αποτελεί ένα σύστημα διαχείρισης: «ΔΟΠ/ΣΒΠ – Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας – επικεντρώνεται σε δυο άξονες : αφενός στη φιλοσοφία της διαχείρισης αφετέρου στην μέθοδο διαχείρισης». Προτάσσουν τέσσερις «διακριτές λειτουργίες», οριζόμενες ως εκ των ων ουκ άνευ της βέλτιστης διαχείρισης που εμπεριέχει:

- Παρότρυνση κλινικών γιατρών και διευθυντών να εμβαθύνουν και να προωθούν τη διαδικασία.
- Υιοθέτηση ενός πρωτοκόλλου ότι οι προτιμήσεις των πελατών είναι οι πρωταρχικοί καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας και ο όρος «πελάτης» περιλαμβάνει τόσο τους ασθενείς όσο και τους παρόχους στη διαδικασία.
- Ανάπτυξη μιας διεπιστημονικής προσέγγισης που υπερβαίνει τις συμβατικές τμηματικές και επαγγελματικές γραμμές, και
- Παροχή κινήτρων για μια ορθολογική, βασισμένη σε δεδομένα, συνεργατική προσέγγιση για την ανάλυση της διαδικασίας και την αλλαγή.

Οι Laffel & Blumenthal (1999) ορίζουν την ΔΟΠ σε μια οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης –

- 1- Μια αδιάλειπτη και άμεση παρότρυνση από την κλινική και τη διοικητική ιεραρχία για συνεχιζόμενη ενίσχυση της ποιότητας.
- 2- Επικέντρωση στα στάδια ως αντικείμενα βελτίωσης.
- 3- Η απαλοιφή της περίσσιας παραλλαγής.
- 4- Καινοτόμες στρατηγικές σε ότι αφορά τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων.

Οι Thomas Plochg & Niek Klazing (2005) συμπερασματικά από αυτήν την ανάλυση, προτείνουν ότι οι γιατροί και οι διευθυντές πρέπει να αναπτύξουν ένα κοινό όραμα για τον καταμερισμό και τον συντονισμό της ιατρικής εργασίας καθώς και για τη συζήτηση των αξιών, των κανόνων και των στόχων που διέπουν τη φροντίδα των χρηστών υγείας. Ωστόσο, επιδέχεται συζήτησης εάν τα ζητήματα αυτά απασχολούν ως θα έπρεπε εν προκειμένω.

Οι Ching Hornng και Fenghuhei Huarng (2001) διενέργησαν μια έρευνα συγκεντρώνοντας στοιχεία από 76 νοσοκομεία στην Ταϊβάν για να εφαρμόσουν ένα πολυδιάστατο μοντέλο που αντιμετωπίζει το θέμα της υιοθέτησης ΔΟΠ ως έναν τύπο οργανωτικής υιοθέτησης. Εστίασαν στο εύρος της υλοποίησης της ΔΟΠ από τα συγκεκριμένα νοσοκομεία ως εξαρτημένη μεταβλητή. Σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές, προτίμησαν πέντε πολυεπίπεδες κατασκευές: το εύρος της συνέργειας δικτύου, το είδος της σύνδεσης δικτύου, την οργανωτική ταυτότητα, τη τακτική υιοθέτησης και την οργανωτική πρακτική του πολίτη. Τα συμπεράσματα από την ανάλυση παλινδρόμησης δείχνουν ότι τόσο το είδος της μορφής του δικτύου όσο και η μέθοδος του ανιχνευτή συνδέονται ρητά και αξιοσημείωτα με το εύρος της υιοθέτησης της ΔΟΠ.

Ο Theodorakioglou, (2000) πραγματοποίησε μια μελέτη σε δημόσια δομές υγείας το 1998. Η ερευνητική επεξεργασία κατέδειξε ότι ο υγειονομικός χώρος βρίσκεται αντιμέτωπος με πολλαπλά προβλήματα. Τα βασικά αποτελέσματα της διενεργηθείσας έρευνας αναφέρονται κάτωθι:

- Η χρησιμοποίηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις δημόσιες δομές υγείας τυγχάνει περιορισμένης εφαρμογής. Σε πολλές περιπτώσεις, η αποτελεσματική χρησιμοποίηση ποιοτικών προγραμμάτων αποκλείεται, εξαιτίας απουσίας ενθάρρυνσης και παρότρυνσης από τη διευθυντική ηγεσία.

- Η απουσία πληροφοριακών συστημάτων για την φύλαξη και την αρχειοθέτηση στοιχείων παρεμποδίζει την επιτυχή μεταβίβαση και εφαρμογή των δεδομένων.

- Η μη γνώση των βασικών αρχών ποιότητας από ανώτερους διευθυντές και ιατρούς είναι αποτρεπτική και χαρακτηριστική της απουσίας ενημέρωσης και ειδικής επιμόρφωσης των εργαζομένων στα νοσοκομεία σε θέματα που αφορούν την ποιότητα.

- Εξαιτίας έλλειψη επαρκούς στελέχωσης του προσωπικού των νοσοκομείων, οι λειτουργικές δυσχέρειες είναι εμφανείς στις υγειονομικές δομές.

i. Υπευθυνότητα: Η διαχείριση ολικής ποιότητας αποτελεί μέθοδο που προτάσσει την ποιότητα ως υποχρέωση των νοσοκομειακών ιατρών και των διαχειριστών σε ολόκληρο τον πλέγμα υγειονομικής διαδικασίας.

ii. Εξομάλυνση προβλημάτων: Στη ΔΟΠ, υιοθετούνται μέθοδοι για την αποφυγή νοσοκομειακών και διαδικαστικών θεμάτων, την αυξανόμενο βαθμό ανταμοιβής των χρηστών υγείας, τη αδιάλειπτη προώθηση των διεργασιών του οργανισμού και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής νοσηλείας αντίστοιχα ικανοποιητική από εκείνες των ανταγωνιστών.

iii. Αύξηση των θεμελιωδών μετρήσεων: Η εστίαση στον πελάτη, η πρόληψη λαθών, η ομαδική συμμετοχή των υπαλλήλων, η ομαδική εργασία, η συστηματοποίηση, η ηγεσία και η συνεχής βελτίωση της ποιότητας είναι έννοιες καθολικής διαχείρισης ΔΟΠ που μπορούν να μεταφερθούν σε οποιοδήποτε επιχειρηματικό περιβάλλον. Η ΔΟΠ χρησιμοποιεί την ποιότητα ως θεμελιώδη μέτρηση, τη συνεχή βελτίωση ως φιλοσοφία και τη συμμετοχή των εργαζομένων ως προσέγγιση.

iv. Μετρήσιμα: Τα προγράμματα ΔΟΠ στην υγειονομική περίθαλψη μπορούν να μετρηθούν, χωρίς την ανάγκη βαθιάς γνώσης των μοναδικών συνθηκών του κλάδου

2.10. Ορισμός της ποιότητας για την περίθαλψη ασθενών

Ο όρος ποιότητα της περίθαλψης ασθενών εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης και δεν έχει ακόμη συγκεκριμένο ορισμό, καθώς οι οδηγοί για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης πιθανολογούν λόγω των εκτιμήσεων των αποτελεσμάτων τα οποία δεν είναι βέβαια. Συνεπώς, τα μέτρα ποιότητάς του πρέπει να περιλαμβάνουν διαστάσεις τόσο του αποτελέσματος της παρεχόμενης φροντίδας όσο και των διαδικασιών με τις οποίες πραγματοποιείται η φροντίδα. Τα μέτρα ποιότητας της περίθαλψης θα πρέπει να περιλαμβάνουν αξιολόγηση της σχέσης παρόχου-ασθενούς.

Στην παρούσα διπλωματική, ο ορισμός της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης έχει αναπτυχθεί για να ληφθούν υπόψη οι προοπτικές του ασθενούς, του γιατρού και άλλων υποστηρικτικών παραγόντων. Ως εκ τούτου, ο ακόλουθος ορισμός χρησιμοποιήθηκε για να συναντήσει όλες τις προαναφερθείσες απόψεις. Η υγειονομική περίθαλψη είναι «η σωστή εφαρμογή μιας συμφωνίας μεταξύ ενός

ασθενούς, ενός γιατρού, μιας νοσηλεύτριας ή/και ιατρών και ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με μια ιατρική παρέμβαση που είναι σε αρμονία με τα πραγματικά επαγγελματικά πρότυπα και πρωτόκολλα που εφαρμόζονται εντός του οργανισμού».

Ορισμός Ποιότητας

1- Βασικές αρχές φροντίδας: Το βασικό επίπεδο στο οποίο θα εφαρμόζονται οι αρχές ποιότητας σε όλους τους τομείς της περίθαλψης, τα χαρακτηριστικά σε αυτό το επίπεδο μπορεί να περιλαμβάνουν την ιδιωτικότητα, την επικοινωνία, την ανταπόκριση και την ενσυναίσθηση.

2- Σχεδιασμός τομέα περίθαλψης: Εκείνοι οι τομείς που είναι κοινοί σε ένα πεπερασμένο εύρος ειδικοτήτων ή καταστάσεων, όπως υπηρεσίες θεραπείας καρκίνου, ημερήσια χειρουργική επέμβαση και επείγουσα περίθαλψη. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά σε αυτό το επίπεδο θα περιλαμβάνουν την αποδοχή, την πληροφόρηση, την καταλληλότητα και την ισότητα.

3- Κλινική ειδικότητα: Αυτό το επίπεδο επιτρέπει την εφαρμογή των αρχών σε όλους τους ασθενείς που φροντίζονται από έναν τομέα ειδικότητας όπως η φυσιοθεραπεία, η ακτινολογία. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά σε αυτό το επίπεδο θα περιλαμβάνουν την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία.

4- Ατομική κατάσταση ή ομάδα φροντίδας: Σε αυτό το επίπεδο, η φροντίδα λαμβάνεται υπόψη για συγκεκριμένες καταστάσεις ή ομάδα φροντίδας ασθενών, όπως ο διαβήτης, η μητρότητα. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά θα επικεντρωθούν σε τεχνικά ζητήματα, ένα παράδειγμα κλινικής καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας. Η ποιότητα αξιολογείται ως προς την ποιότητα της τεχνικής φροντίδας και την ποιότητα του περιβάλλοντος

Αυτές οι αξιολογήσεις γίνονται με αναφορά στις εξής μεταβλητές: Δομικές μεταβλητές, ελάχιστη υποδομή που απαιτείται για τη διάθεση μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας, σαφήνεια σχετικά με τα κτίρια, χώρος, εξοπλισμός, περιβάλλον, προσωπικό.

2.11. Κρίσιμοι Παράγοντες που επηρεάζουν τη ΔΟΠ στο χώρο της υγείας

Η ΔΟΠ αποτελεί διαδικασία στο σύνολο του φορέα, κατά την οποία οι εμπλεκόμενοι υπάλληλοι ενθαρρύνονται και εξουσιοδοτούνται να εφαρμόζουν ορθές πρακτικές, τη σωστή πρώτη φορά και κάθε φορά, για να προβληματιστούν πως θα καλυτερεύσουν τις διαδικασίες (Mohanty και Behera, 1996). Ενώ στις κατασκευαστικές δομές η εφαρμογή της ΔΟΠ τυγχάνει ευρείας αποδοχής, στις υπηρεσίες των νομικών προσώπων απαιτεί μόχθο η μέτρηση εξαιτίας του άυλου, του αδιαίρετου, της μεταβλητότητας και της φθαρτότητας των γνωρισμάτων της υπηρεσίας. Η αποδοχή και μόνο της υιοθέτησης της ΔΟΠ δεν επαρκεί, καθώς η ξεκάθαρη εμπέδωση και εκπαίδευση των εργαζομένων στη φιλοσοφία της ΔΟΠ καθίσταται απαραίτητη για να αποτραπεί η προσαρμογή της σε μια πρόσκαιρη τάση διαχείρισης (Ehigie and McAndrew, 2005).

Η ενίσχυση της ποιότητας στους υγειονομικούς σχηματισμούς κρίνεται ως μέσο για την ικανοποιητική ανταπόκριση των απαιτήσεων και των προσδοκιών των χρηστών υγείας. Σύμφωνα με τον Yang (2003) η αποδοχή της ΔΟΠ στις υγειονομικές δομές νοσηλείας, δεν είναι ούτε εύκολη ούτε επιτυχής σε σύγκριση με τις βιομηχανίες παραγωγής ή υπηρεσιών. Όπως υποστηρίχτηκε από τον Huq (1996), οι δομές υγείας επιβάλλεται να αναθεωρήσουν τις λειτουργίες τους και να αναζητήσουν τελεσφόρους μεθόδους επιχειρηματικής δράσης. Ένας μεγάλος αριθμός υγειονομικών δομών προσανατολίζονται προς την ΔΟΠ με στόχο την ελαχιστοποίηση του κόστους και την ολιστική προαγωγή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο προσανατολισμός προς την ΔΟΠ έτυχε μεγάλης ανταπόκρισης στους χώρους των υγειονομικών μονάδων στα τέλη της δεκαετίας του 1980 (Garvin, 1988· Westphal, Gulati και Shortell, 1997). Ο βαθμός ικανοποίηση των χρηστών υγείας κρίνεται απαραίτητος και αναγκαίος για την αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων (Andaleeb, 1998; Yang, 2003; Cho et al., 2004). Ο Yang (2003) επιμένει ακόμη ότι η εφαρμογή της ΔΟΠ έχει εισφέρει λύσεις στις δυσλειτουργίες των υπηρεσιών σε δομές υγειονομικής νοσηλείας. Στο υγειονομικό σύστημα νοσηλείας των ΗΠΑ, η ΔΟΠ είναι εγγυτέρα στο μοντέλο Baldrige και έχει υποστηριχτεί τελευταία από ορισμένους ότι αυτό δημιουργεί πολλές προσδοκίες για την υγειονομική περίθαλψη, σε αντιδιαστολή με την Ιαπωνία, οι

υγειονομικοί σχηματισμοί δεν έχουν προχωρήσει στην εφαρμογή της ΔΟΠ, παρά μόνο συγκεκριμένες δομές έχουν εφαρμόσει τους κύκλους ποιοτικού ελέγχου όπου δραστηριοποιούνται επιτυχώς σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα (Øvretveit, 2001).

Παλαιότερες έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι υφίσταται μια αυξανόμενη κοινή παραδοχή σε ότι αφορά τη ικανοποίηση των ασθενών ως αξιόλογος δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο Huq (1996, 2005) διέτεινε ότι ο ορισμός των παραμέτρων που συνδέονται με τον βαθμό ικανοποίηση των χρηστών υγείας είναι ένα ουσιώδες θέμα για τους φορείς υγειονομικής υποστήριξης. Η ΔΟΠ επικεντρώνεται να εισάγει στους φορείς ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα μέσα από το βαθμό ικανοποίησης των συναλλασσομένων (Vouzias, and Psychogios, 2007). Η υλοποίηση αυτού του εγχειρήματος συναντά δυσκολίες κατά την εφαρμογή της ΔΟΠ σε δημόσιους και μη κερδοσκοπικούς φορείς εξαιτίας της γραφειοκρατικής κουλτούρας και των παθητικών πρακτικών. Συνεπώς, η ανάληψη ενεργειών για την εφαρμογή της ΔΟΠ πρέπει να περιλαμβάνει μια ενσωματωμένη κουλτούρα προοδευτικής καλυτέρευσης, η οποία μπορεί να βοηθήσει έναν οργανισμό να ικανοποιήσει τις ανάγκες των πελατών του σε συνεχή βάση (Walsh, Hughes and Maddox, 2002). Ο τομέας της υγειονομικής υποστήριξης είναι συνυφασμένος με το πολιτιστικό υπόβαθρο και το κλασικό επαγγελματικό στυλ ηγεσίας ανάμεσα στην ιατρική κοινότητα και στα των ανώτατα στελέχη. Είναι καλό να σημειωθεί ότι ο δημόσιος τομέας υγείας έχει ελάχιστη ευελιξία σε ότι αφορά τον καταμερισμό των πόρων και την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Η αποδοχή και εισαγωγή της ΔΟΠ προϋποθέτει τροποποιήσεις στο φορέα, στο σύστημα και στη διαδικασία ως αναγκαία συνθήκη για την επιτυχία και την προώθηση της επιχειρηματικής απόδοσης και μεταστροφή στάσης της συμπεριφοράς των εργαζομένων (Yang, 2003). Συνεπώς καθίσταται σαφές ότι μείζονος σημασίας ο προσδιορισμός των παραγόντων που επιδρούν την επιτυχία της υιοθέτησης και εφαρμογής της ΔΟΠ σε οργανισμούς υπηρεσιών (Taylor και Wright, 2003). Οι μελετητές έχουν συλλέξει σημαντικές παραμέτρους επιτυχίας (Ahire et al., 1996; Baidoun, 2003) που εξαπλώνονται από τη μεταποίηση (Ahire, 1996; Ahire et al., 1996; Agus και Abdullah, 2000), βιομηχανίες μικρής και μεσαίας κλίμακας (Yusof και Aspinwall, 1999; Kumar et al., 2009), τριτοβάθμια εκπαίδευση (Kanji and Tambi, 1999), υγειονομική περίθαλψη (Kunst and Lemmink, 2000). Τούτοι οι σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας συμπεριλαμβάνουν πρακτικές που συνδέονται με την

υποχρέωση της διοίκησης, την εκπαίδευση και την επιμόρφωση, τη συμμετοχή των εργαζομένων, την συλλογική εργασία, την εστίαση στον πελάτη, τη συγκριτική αξιολόγηση, την ποιοτική ενημέρωση και ανατροφοδότηση, τη διαχείριση διαδικασιών, τη συνεχιζόμενη βελτίωση και την οργανωτική κουλτούρα (Dahlgaard et al., 1998; Dale, 1999; Bergman και Klefsjö, 2003). Οι φορείς επιβάλλεται να εφαρμόσουν όλες τις καθοριστικές παραμέτρους επιτυχίας εφόσον προσδοκούν την επιχειρηματική αριστεία. Ορισμένες σημαντικές παράμετροι παρουσιάζονται στη συνέχεια εν συντομία.

Παράγοντας 1: Δέσμευση ανώτατης διοίκησης: Η διοίκηση ενεργεί ως κινητήριο δύναμη για την υλοποίηση της ΔΟΠ, δημιουργώντας αξίες, στόχους και συστήματα για να ανταποκριθεί τις προσδοκίες των πελατών και να βελτιώσει την απόδοση ενός οργανισμού (Juran, 1988; Dale and Plunkett, 1990; Ahire, Golhar and Waller, 1996 Huq, 2005, Rad, 2006) είναι αρμόδια να παράσχει καθοδήγηση και ενθάρρυνση στον φορέα (Shores, 1992). Η δέσμευση της διοίκησης συνιστά σπουδαίο λόγο για την ποιοτική αναβάθμιση μιας εταιρείας, καθώς, με την συνδρομή και τις εισφορές τους, θα κατανεμηθεί ικανός αριθμός πόρων για την υποστήριξη των εκπαιδευτικών δράσεων με αποτέλεσμα την αξιολόγηση των ποιοτικών δεικτών, την βέλτιστη ικανοποίηση των πελατών και την αξιολογική εκτίμηση. Οι Bergman et al. (1996) προτάσσουν ότι η ανώτατη διοίκηση θα πρέπει να καθορίσει τα πεδία που επιδέχονται βελτιωτικές αλλαγές όπου άπτεται της ποιότητας, λόγου χάρη, στην αναθεώρηση της συλλογικής εργασίας ή στη βελτίωση των ποιοτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου με στόχο την επίτευξη βιώσιμης προσαρμογής της ΔΟΠ. Εν τοις πράγμασι, τα διευθυντικά στελέχη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων εκτίθενται σε κανονιστικές πιέσεις για να εφαρμόσουν πρωτοποριακά πρωτόκολλα διαχείρισης όπως τη ΔΟΠ (Taylor and Wright, 2003· Huq, 2005).

Παράγοντας 2: Συμμετοχή των εργαζομένων: Η ενεργητική εμπλοκή των υπαλλήλων αποτελεί κρίσιμο παράγοντα της ΔΟΠ. Η ΔΟΠ απαιτεί τη πλήρη υποχρέωση από την πλευρά της διοίκησης για να διασφαλίσει ότι οι εργαζόμενοι αποδέχονται την ποιοτική εργασιακή κουλτούρα και κατά συνέπεια διαμορφώνουν την υγιή εταιρική παράσταση παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες στους πελάτες (Huq, 2005· Schalk and Dijk, 2005). Η συμμετοχική εμπλοκή των εργαζομένων στη συνολική πρακτική ποιότητας δημιουργεί αναβαθμισμένη ανατροφοδότηση με τον όγκο πληροφοριών και γνώσεων και συμβάλλει στην ανάπτυξη του οργανισμού για την ομαλοποίηση των δυσλειτουργιών (Schalk and Dijk, 2005). Σε ό,τι αφορά

ανθρώπινο δυναμικό, θεωρεί ότι η αναζήτηση των εργασιακών ευθυνών θα πρέπει να αποτελεί από τους βασικούς σκοπούς της ΔΟΠ.

Παράγοντας 3: Ικανοποίηση πελατών: Η ΔΟΠ προτάσσει την ικανοποίηση των χρηστών ως την σπουδαιότερη μέριμνα του φορέα, όπου δίνεται πρόκριμα στο βαθμό ικανοποίησης ή ολοκλήρωσης των απαιτήσεων των εξωτερικών συναλλασσομένων σε κάθε συνδιαλλαγή (Kangji, 1998). Η ολοκληρωμένη επαφή με τους πελάτες είναι επιτακτική προκειμένου να κατανοήσουν τις απαιτήσεις τους, συνεπώς η συμμετοχή των πελατών συνιστά αναγκαιότητα στις διεργασίες σχεδιασμού και αναβαθμίσσης του προϊόντος (Das, Paul, and Swierczek, 2008; Kumar et al., 2009). Η ΔΟΠ αποτελεί μια θεώρηση που στόχο έχει να παράσχει στους φορείς ένα πρωτόκολλο υπεροχής διαμέσου της ικανοποίησης των χρηστών (Arasli και Ahmadeva, 2004). Η επικέντρωση στον συναλλασσόμενο χρήστη είναι η προσοχή που παρέχουν οι δομές υγείας στην ικανοποίηση πολλών απαιτήσεων από μέρος των χρηστών υγείας (Das, Paul, and Swierczek, 2008).

Παράγοντας 4: Ομαδική εργασία: Η συμμετοχική εργασία συνιστά σημαντική παράμετρο στη ΔΟΠ, εφόσον η συμμετοχική προσπάθεια είναι ουσιώδης για την ολιστική διαχείριση της διαδικασίας και τη πρόοδο, ειδικά στην ιατρική θεραπεία. Αξιώνει συνέργεια ανάμεσα στα συσχετιζόμενα τμήματα (Westphal, Gulati και Shortell, 1997· Huq, 2005· Vouzas, and Psychogios, 2007). Σύμφωνα με τον Yang (2003), η συμμετοχική προσπάθεια είναι αξιοσημείωτη για να μειωθεί η τμηματικότητα και να προταθεί η σύμπραξη για τη αναβάθμιση της ποιότητας (Huq, 2005). Πλέον περίπλοκη συνθήκη της ΔΟΠ είναι ο σχηματισμός ενός χώρου «όλες μια ομάδα» (Rad, 2005). Ο συγγραφέας υποστηρίζει περαιτέρω ότι οι εμπλεκόμενοι σε όλο τον σχηματισμό οφείλουν να συμπράξουν για την αναβάθμιση των μεθόδων και την υλοποίηση αυτών με αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.

Παράγοντας 5: Διαδικασίες: Η ΔΟΠ επιτείνει την προσπάθεια στην επιτυχή εφαρμογή των μεθόδων της και την αδιάλειπτη ικανοποίηση των χρηστών (Kanji, 1998). Η εφαρμογή των βημάτων της ΔΑΠ επιτυγχάνεται με τη ελαχιστοποίηση της εστίας αυξομείωσης που συνυπάρχει μέσα σε αυτήν και όλοι, στο περιβάλλον ΔΟΠ, υποχρεούνται να εξασφαλίσουν επιπλέον ικανότητες για τη βελτίωση της διαδικασίας (Eng Eng and Yusof, 2003; Huq, 2005). Οι φορείς οφείλουν να έχουν ένα σύνολο καλά καθορισμένων και καλά σχεδιασμένων διαδικασιών για την ικανοποίηση των επιπέδων ποιότητας και απόδοσης του οργανισμού. Οι Schalk και Dijk (2005) είναι της γνώμης ότι τα νοσοκομεία θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ενσωμάτωση των

διαφόρων διαδικασιών τους σε διαφορετικά επίπεδα που περιλαμβάνουν διαχείριση ποιότητας, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού κ.λπ.

Παράγοντας 6: Συνεχής βελτίωση: Η διαρκής βελτίωση είναι μια κυρίαρχη έννοια η οποία συνδέεται με την αναζήτηση της ατέρμονης καλύτερευσης στην κάλυψη των εξωτερικών και εσωτερικών απαιτήσεων των χρηστών (Huq, 1996, Taylor and Wright, 2003, Schalk and Dijk, 2005). Ο Kanji τονίζει ότι η συνεχιζόμενη αναβάθμιση προστάζει χειρισμό με γνώμονα τα στοιχεία και υποχρέωση όλων των εμπλεκομένων με έμφαση στην συμμετοχική εργασία για την προώθηση μιας πίεσης από κάτω προς τα πάνω για τη αναβάθμιση της ποιότητας (Kanji, 1998). Η αδιάλειπτη προσπάθεια για την βελτίωση της ποιότητας είναι η θεωρία των προσπαθειών καλύτερευσης που αυξάνει τα ποσοστά καλύτερευσης και μειώνει τα ποσοστά επιδείνωσης και πρέπει να ενσωματωθεί στη πρωτόκολλο όλων των μεθόδων και των διεργασιών (Huq, 1996; Walsh, Hughes and Maddox, 2002; Vouzas and Psychogios, 2007).

Παράγοντας 7: Εκπαίδευση: Η εκπαίδευση συνιστά εξαιρετικό μέσο για την ενθάρρυνση την προαγωγή και την βελτίωση ικανοτήτων και δεξιοτήτων που είναι συνυφασμένες με τις απόψεις και τις αρχές του φορέα για την αλλαγή σε μια κουλτούρα που δίνει μεγάλη έμφαση στην ποιότητα. Όταν η διοικούσα αρχή έχει τις δεξιότητες να ηγηθεί της διαδικασίας ΔΟΠ, ο υπόλοιπος φορέας επιβάλλεται να επιμορφωθεί για να εξασφαλίσει μια μεθοδική, ενιαία, συνεπή προσπάθεια σε όλο το φάσμα του (Rad, 2005). Ο συγγραφέας επιμένει επιπλέον ότι η επιμονή στη διαρκή μάθηση και βελτίωση, δημιουργεί μια διαφορετική προσέγγιση και επιφέρει την αλλαγή στάσης ικανή να εγγυηθεί ένα βιώσιμο κλίμα ΔΟΠ. Η δυνατότητα εκπαίδευσης των εμπλεκομένων όσον αφορά την ικανότητα επίλυσης θεμάτων είναι μία από τις πιο σημαντικές πρωτοβουλίες για την οργανωτική αλλαγή των συνθηκών (Taylor και Wright, 2003).

Παράγοντας 8: Αλλαγή κουλτούρας: Η ενστάλαξη κουλτούρας προσανατολισμένη στην ποιότητα προϋποθέτει μεταβολή στάσεων, μεθόδων ιδεών και απόψεων. Η ΔΟΠ είναι μια εκπαιδευτική διεργασία που φιλοδοξεί να τροποποιήσει την έκφραση και της στάση των μερών του οργανισμού και περεταίρω στην δημιουργία ευαίσθητης ποιότητας οργανωσιακής κουλτούρας (Huq, 2005; Rad, 2006). Η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει δραστικά στην αποτελεσματική εφαρμογή ΔΟΠ (Rad, 2005). Ο πολιτισμός είναι έννοια συμμετοχική σε έναν οργανισμό και συνεπώς δεν αποτελεί γνώρισμα ορισμένων μεμονωμένων προσώπων.

Συνιστά αναγκαιότητα από μέρους της Αρχής να ενισχύσει το ενδιαφέρον των υπαλλήλων να συνεργασθούν να συμπράξουν επ' ωφελεία του φορέα και να τους παροτρύνει όσον αφορά τις οργανωσιακές μεταρρυθμίσεις.

Η υιοθέτηση της ΔΟΠ εκτιμάται ότι κατευθύνει τους φορείς υπηρεσιών στη πρόοδο της παραγωγής. Οι Taylor και Wright (2003) διαπίστωσαν ότι η δέσμευση της ανώτερης διοίκησης είναι το πιο ουσιαστικό προηγούμενο για την επιτυχία της ΔΟΠ. Διαφορετικές μελέτες αποκαλύπτουν ότι η συγκέντρωση στον χρήστη, η συμμετοχή και η ομαδική εργασία και η διαρκής καλυτέρευση αποτελούν αρχές όπου πάνω τους στηρίζεται η ΔΟΠ (Yang, 2003; Huq, 2005; Rad, 2005). Ο Huq (2005) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επιδρά σε μεγάλο βαθμό στην επιτυχή υλοποίηση του προγράμματος της ΔΟΠ. Πάρα ταύτα αρκετοί πάροχοι εμπλεκόμενοι της υγειονομικής νοσηλείας δεν πίστευαν ότι η ολοκλήρωση της ΔΟΠ επιτυγχάνει σε καλύτερη οργανωτική απόδοση, από οικονομική πλευρά και ως στρατηγικό πλεονέκτημα (Øvretveit, 2001· Schalk and Dijk, 2005). Οι Vouzas and Psychogios (2007) εκτίμησαν την επίγνωση των διευθυντών σε ότι αφορά την ΔΟΠ και βρήκαν τρία χαρακτηριστικά : διαρκή βελτίωση και επιμόρφωση, ενιαία υποστήριξη και ομαδική εμπλοκή των υπαλλήλων και κουλτούρα με οδηγό την ποιότητα, που εκπροσωπούν ολόκληρο το περιεχόμενο της θεωρίας ΔΟΠ. Στον αντίποδα αρκετές παλιότερες έρευνες, η συγκεκριμένη μελέτη δεν επιχείρησε να αξιολογήσει την εφαρμογή της ΔΟΠ ή την πραγματική επίδραση της στη καλυτέρευση της ποιότητας (Westphal, Gulati and Shortell, 1997; Yang, 2003), αλλά εστιάζει στην υιοθέτηση της ΔΟΠ ως το κρίσιμο σημείο άμεσου ενδιαφέροντος.

Κεφάλαιο 3^ο

Μεθοδολογία έρευνας

3.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις έρευνας

Η μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση του ρόλου της διοίκησης ολικής ποιότητας στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.

Ερευνητικές Υποθέσεις:

- 1.α. Οι παράγοντες ΔΟΠ δεν σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους στο ΓΝΣ
- 1.εναλλακτική. Οι παράγοντες ΔΟΠ σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους στο ΓΝΣ
- 2.α. Οι παράγοντες ΔΟΠ δεν επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών στο ΓΝΣ
- 2.εναλλακτική. Οι παράγοντες ΔΟΠ επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών στο ΓΝΣ

3.2. Ερευνητικό Σχέδιο της μελέτης

Η ερευνήτρια πραγματοποίησε μία περιγραφική / αναλυτική ποσοτική μελέτη και θα χρησιμοποιήσει τόσο δευτερεύουσες όσο και πρωτογενείς πηγές. Τα πρωτογενή δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 2 μέρη που αναπτύχθηκε για την επίτευξη των κύριων στόχων της μελέτης. Τα μέρη αυτού του ερωτηματολογίου έχουν ως εξής: παράγοντες συνολικής διαχείρισης ποιότητας (ΔΟΠ): δέσμευση ανώτατης διαχείρισης, συμμετοχή των εργαζομένων, ικανοποίηση πελατών, ομαδική εργασία, διαδικασίες και συνεχείς βελτιώσεις. Αυτοί οι παράγοντες αντιπροσωπεύουν την ανεξάρτητη μεταβλητή, ενώ η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η ποιότητα των υπηρεσιών υπηρεσίας.

3.3. Το δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της έρευνας είναι εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων στις Υπηρεσίες Υγείας του νομού Σερρών. Η μέθοδος δειγματοληψίας είναι η δειγματοληψία ευκολίας

3.4. Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20. Χρησιμοποιήθηκαν συνδιακυμάνσεις, σχέσεις συσχέτισης και βαρύτητα παλινδρόμησης.

3.5. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η ερευνήτρια χάριν της εργασιακής σχέσης βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με τους υπαλλήλους των υπηρεσιών υγείας της περιφερειακής ενότητας Σερρών και θα ακολουθήσει μία προκαθορισμένη διαδικασία. Αρχικά θα λάβει άδεια από το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών για την υλοποίηση της έρευνας και κατόπιν, αφού λάβει την άδεια, θα έρθει σε επαφή μαζί τους και θα τους εξηγήσει για ποιο λόγο θα υλοποιηθεί η έρευνα και ποιος είναι ο σκοπός της. Ακολούθως θα διασαφηνίσει ποιος είναι ο τρόπος όπου θα συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια και θα δοθεί εύλογος χρόνος σε όσους συμμετέχουν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Κεφάλαιο 4^ο

Αποτελέσματα Έρευνας

Η πρώτη υπόθεση

1.α. Οι παράγοντες ΔΟΠ δεν σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης στο γενικό νοσοκομείο Σερρών

1.β. (εναλλακτική) Οι παράγοντες ΔΟΠ σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης στο γενικό νοσοκομείο Σερρών

Η ερευνήτρια χρησιμοποίησε τον πίνακα 1 για να ελέγξει την πρώτη υπόθεση. Ο Πίνακας 1 αποκαλύπτει ότι οι παράγοντες ΔΟΠ σχετίζονται θετικά και άμεσα μεταξύ τους στο εξεταζόμενο νοσοκομείο, η υπολογισμένη τιμή p -val ανά παράγοντα ήταν $< 0,05$. που σημαίνει ότι η ερευνήτρια αποδέχεται την εναλλακτική υπόθεση, η οποία δείχνει ότι οι παράγοντες ΔΟΠ σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους στο γενικό νοσοκομείο Σερρών.

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων ΔΟΠ. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ όλων των παραγόντων ΔΟΠ. Οι υψηλότερες συσχετίσεις υπάρχουν μεταξύ ΙΠ και Δ, όπου $R = 0,907$, $p < 0,01$, καθώς και μεταξύ ΙΠ και ΟΕ ($R = 0,621$, $p < 0,01$).

Επιπλέον, η ΔΑΔ συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τρεις παράγοντες ΔΟΠ (ΟΕ, ΣΕ και ΙΠ) ($R = 0,643$, $p < 0,01$, $R = 0,635$, $p < 0,01$, $R = 0,609$, $p < 0,01$), αντίστοιχα.

Η δεύτερη υπόθεση.

2.α. Οι παράγοντες ΔΟΠ δεν επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης στο γενικό Νοσοκομείο Σερρών

2.β (εναλλακτική). Οι παράγοντες ΔΟΠ επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης στο γενικό Νοσοκομείο Σερρών.

Τα αποτελέσματα στους Πίνακες 3 και 4 υποδεικνύουν μια άμεση και θετική σχέση μεταξύ της ποιότητας υπηρεσιών (ΠΥ) και τεσσάρων παραγόντων ΔΟΠ (Ικανοποίηση πελατών ΙΠ, Συμμετοχή εργαζομένων ΣΕ, Συνεχής Βελτίωση ΣΒ, και Δέσμευση Ανώτερης Διοίκησης ΔΑΔ) και μια αρνητική άμεση σχέση μεταξύ Διαδικασιών Δ και Ποιότητας Υπηρεσιών ΠΥ.

Με βάση τα αποτελέσματα στον Πίνακα 3, η τιμή p για αυτούς τους πέντε παράγοντες ΔΟΠ είναι μικρότερη από $0,05$, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει μια

σημαντική σχέση μεταξύ της ανεξάρτητης και της εξαρτημένης μεταβλητής. Η ερευνητρια δέχεται την εναλλακτική υπόθεση η οποία υποδεικνύει την επίδραση των παραγόντων ΔΟΠ στην ΠΥ.

Το επόμενο βήμα σε αυτήν την ανάλυση είναι να αξιολογηθεί η επίδραση των τεσσάρων παραγόντων στην ΠΥ.

Πέντε σημαντικοί παράγοντες ΔΟΠ συμβάλλουν στην πρόβλεψη της ΠΥ στον τομέα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών με βάση τα αποτελέσματα στον Πίνακα 4. $R^2 = 0,950$, που σημαίνει ότι οι παράγοντες ΔΟΠ εξηγούν το 95% από την παραλλαγή ΠΥ.

Μέσω του μοντέλου SEM, αποδεικνύεται η επίδραση πέντε παραγόντων ΔΟΠ στην ποιότητα των υπηρεσιών. αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες (ΠΙ, ΣΕ, ΣΒ, Δ και ΔΑΔ) $\beta = 0,201$, $p = 0,000$, $\beta = 0,226$, $p = 0,000$, $\beta = 0,253$, $p = 0,000$, $\beta = -0,104$, $p = 0,042$, $\beta = 0,477$, $p = 0,000$, αντίστοιχα, κατασκευάζουν την εξίσωση του μοντέλου που εκφράζει την επίδραση κάθε παράγοντα στην ΠΥ.

Οι ερμηνείες των παραγόντων ΔΟΠ είναι οι εξής:

- υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ αυτών των τεσσάρων παραγόντων ΔΟΠ (ΠΙ ΣΕ, ΣΒ, Δ και ΔΑΔ) και ΠΥ, και δεν υπάρχει σημαντική επίδραση της ομαδικής εργασίας ΟΕ με την ΠΥ.

Πίνακας 1. Covariances

Path coefficients	Estimate	S.E.	C.R.	P
ΣΒ ↔ ΔΑΔ	0.266	0.056	4.791	***
ΣΕ ↔ ΔΑΔ	0.381	0.071	5.359	***
ΠΙ ↔ ΔΑΔ	0.28	0.054	5.202	***
ΟΕ ↔ ΔΑΔ	0.332	0.061	5.409	***
Δ ↔ ΔΑΔ	0.255	0.06	4.265	***
ΠΙ ↔ ΣΕ	0.26	0.056	4.605	***
ΟΕ ↔ ΣΕ	0.316	0.064	4.903	***
ΣΕ ↔ Δ	0.332	0.068	4.914	***
ΣΕ ↔ ΠΙ	0.306	0.061	5	***
ΠΙ ↔ ΟΕ	0.268	0.051	5.276	***
ΠΙ ↔ Δ	0.21	0.05	4.226	***
ΠΙ ↔ ΣΒ	0.231	0.047	4.942	***

OE ↔ Δ	0.192	0.054	3.545	***
OE ↔ ΣB	0.236	0.051	4.599	***
ΣB ↔ Δ	0.433	0.065	6.716	***

Note: *** – significantly different from zero at the 0.001 level (two-tailed).

Πίνακας 2. Συσχετίσεις

Path coefficients	Estimate
ΣB ↔ ΔΑΔ	0.546
EI ↔ ΔΑΔ	0.635
III ↔ ΔΑΔ	0.609
OE ↔ ΔΑΔ	0.643
Δ ↔ ΔΑΔ	0.471
III ↔ ΣE	0.519
OE ↔ ΣE	0.563
ΣE ↔ Δ	0.564
ΣE ↔ ΣB	0.577
III ↔ OE	0.621
III ↔ Δ	0.466
III ↔ ΣB	0.568
OE ↔ Δ	0.379
OE ↔ ΣB	0.518
ΣB ↔ Δ	0.907

Πίνακας 3. Regression weight

Path coefficients	Estimate	S.E.	C.R.	P
ΠΥ ← III	0.201	0.034	5.922	***
ΠΥ ← OE	-0.005	0.032	-0.161	0.872
ΠΥ ← ΣE	0.226	0.027	8.525	***
ΠΥ ← ΣB	0.253	0.061	4.158	***
ΠΥ ← Δ	-0.104	0.051	-2.029	0.042
ΠΥ ← ΔΑΔ	0.477	0.03	15.832	***

Note: *** – significantly different from zero at the 0.001 level (two-tailed).

Πίνακας 4. Squared multiple correlations

Variable	Estimate
ΠΙ	0.95

Πίνακας 5. Standardized Regression Weights

Path coefficients	Estimate
ΠΥ ← ΠΙ	.189
ΠΥ ← ΟΕ	-.005
ΠΥ ← ΣΕ	.277
ΠΥ ← ΣΒ	.252
ΠΥ ← Δ	-.115
ΠΥ ← ΔΑΔ	.536

Κεφάλαιο 5^ο

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η ερευνήτρια, αναφορικά με την πρώτη υπόθεση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι συνεχείς βελτιώσεις παίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο μεταξύ όλων των παραγόντων ΔΟΠ μαζί με τις διαδικασίες. Αυτοί οι δύο παράγοντες συνδέονται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους και συνδέονται θετικά και άμεσα. Μετά από αυτό, η ομαδική εργασία και η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης είναι οι δεύτεροι σημαντικοί παράγοντες στη ΔΟΠ, οι οποίοι έχουν την ίδια επιρροή στην εφαρμογή της ΔΟΠ στο νοσοκομείο ($R = 0,643$, $p < 0,01$). Επιπλέον, η ανώτατη διοίκηση σχετίζεται άμεσα με άλλους δύο παράγοντες της ΔΟΠ: τη συμμετοχή των εργαζομένων και την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Αυτοί οι παράγοντες συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τη δέσμευση της ανώτατης διοίκησης. Υποδεικνύει ότι η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης έχει άμεση διοικητική παρέμβαση και αντίκτυπο για την ενίσχυση της προόδου της ομαδικής εργασίας, της συμμετοχής των εργαζομένων και της καλύτερης ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου.

Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, είναι σαφές ότι αυτοί οι τρεις πυλώνες (συνεχείς βελτιώσεις, ομαδική εργασία και δέσμευση ανώτατης διοίκησης) συνθέτουν το πιο αποτελεσματικό σύστημα ΔΟΠ στο νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εστιάσουν και να δώσουν μεγαλύτερη προσοχή στην καλύτερη εφαρμογή αυτών των πυλώνων. Αντικατοπτρίζουν τις βέλτιστες πρακτικές στην εφαρμογή τέτοιων πρακτικών ΔΟΠ σε αυτούς τους χώρους, οι οποίες τους εξοπλίζουν και τους παρέχουν καλύτερο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Επιπλέον, οι συνεχείς βελτιώσεις στον οργανισμό πρέπει να ευθυγραμμίζονται και να συνδέονται με τις οργανωτικές διαδικασίες για την επίτευξη υψηλότερης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, ενώ η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης αποτελεί ραχοκοκαλιά του οργανισμού για την παρακολούθηση της ομαδικής εργασίας, της συμμετοχής των εργαζομένων και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Υποδεικνύεται ότι η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων πρέπει να τονίσουν και

να ενσταλάξουν την αξία της δέσμευσης της ανώτατης διοίκησης για τη βελτίωση της ποιότητας του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Εξάλλου, αυτός ο παράγοντας είναι ένας από τους πιο σημαντικούς πυλώνες για την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος ΔΟΠ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η ερευνήτρια, αναφορικά με τη δεύτερη υπόθεση, διαπίστωσε ότι οι παράγοντες ΔΟΠ προβλέπουν σε μεγάλο βαθμό τη διακύμανση στην ποιότητα των υπηρεσιών (95%) των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών. Τα αποτελέσματα στην Υπόθεση 2 δείχνουν μια σημαντική επίδραση των παραγόντων ΔΟΠ στην ποιότητα των υπηρεσιών. Οι παράγοντες ΔΟΠ προβλέπουν σημαντικά την ποιότητα των υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο μόνος παράγοντας ΔΟΠ, που είναι η ομαδική εργασία, δεν συμβάλλει στην πρόβλεψη της ποιότητας των υπηρεσιών.

Αυτή η μελέτη στοχεύει να εξετάσει με σαφήνεια τον ρόλο των παραγόντων ΔΟΠ στην ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην τριτοβάθμια περίθαλψη. Τα ευρήματα υποδεικνύουν μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και της ΔΟΠ. Οι παράγοντες ΔΟΠ (ικανοποίηση πελατών, συμμετοχή των εργαζομένων, συνεχής βελτίωση, διαδικασίες και δέσμευση ανώτατης διοίκησης) προβλέπουν το 95% της διακύμανσης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του εξεταζόμενου νοσοκομείου.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συνεχείς βελτιώσεις από τα νοσοκομεία και κέντρα υγειονομικής περίθαλψης είναι το κλειδί για την επιτυχή υιοθέτηση και εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας. Η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης είναι ο κύριος παράγοντας μεταξύ των έξι παραγόντων της ΔΟΠ, η οποία είναι υπεύθυνη για τον επηρεασμό της ποιότητας των υπηρεσιών των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο νοσοκομείο από την πλευρά των εργαζομένων. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων είναι υπεύθυνοι να παρακολουθούν και να διατηρούν τις συνεχείς βελτιώσεις.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το εύρημα της υψηλής άμεσης σχέσης μεταξύ των συνεχών βελτιώσεων και διαδικασιών όπου διαπιστώθηκε η μεγαλύτερη επιρροή μεταξύ δύο παραγόντων στη ΔΟΠ. Το άλλο αξιοσημείωτο σημείο είναι οι διαδικασίες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών, επομένως οι διαδικασίες πρέπει να ευθυγραμμίζονται με συνεχείς βελτιώσεις με τρόπο που να

διευκολύνει τις λειτουργίες εργασίας στους στοχευόμενους οργανισμούς. Επιπλέον, οι πολύπλοκες διαδικασίες που προσθέτουν περισσότερες γραφειοκρατικές πρακτικές στην εργασία θα επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της Υπηρεσίας.

Η ερευνήτρια προτείνει η ανώτατη διοίκηση των νοσοκομείων και των οργανισμών και κέντρων υγειονομικής περίθαλψης να καταβάλει το μεγαλύτερο μέρος των προσπαθειών, των πόρων και των ικανοτήτων για να συνεχίσει να βελτιώνει τις υπηρεσίες τους που ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και να αποφύγει τις μονότονες διαδικασίες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών τους. Η ανώτατη διοίκηση πρέπει να είναι αφοσιωμένη στις αποφάσεις βελτιώσεων και να παρακολουθεί την επίτευξη αυτών των αποφάσεων και τον τρόπο με τον οποίο θα αντικατοπτρίζεται επί τόπου, καθώς και τον ρόλο της στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης, συνιστάται η συμμετοχή των front office εργαζομένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στους οργανισμούς. Οι οργανισμοί πρέπει να υιοθετήσουν την προσέγγιση από τη βάση προς την κορυφή καθώς είναι η πιο επιτυχημένη στρατηγική για τους περισσότερους από τους τομείς που βασίζονται σε υπηρεσίες. Επιπλέον, η ανώτατη διοίκηση απαιτείται να υιοθετήσει περισσότερες διαχειριστικές πρακτικές για να βελτιώσει την απόδοση και την αποτελεσματικότητα της Ομαδικής εργασίας για να επιτύχει υψηλότερο επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών.

Στόχος αυτής της έρευνας ήταν να αναδείξει το κενό στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Βρέθηκαν δύο κρίσιμα ζητήματα που χρειάζονται περισσότερες έρευνες. το πρώτο που είναι η ομαδική εργασία, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως στα αποτελέσματα. Η ομαδική εργασία δεν ήταν μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων που προβλέπουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ έχει ισχυρή σχέση και υψηλή επιρροή στην εφαρμογή ΔΟΠ. Το δεύτερο θέμα, που είναι ο σημαντικός αρνητικός ρόλος των διαδικασιών στην ποιότητα των υπηρεσιών ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης, χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση για την ταξινόμηση των τύπων διαδικασιών που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών των κέντρων υγείας θετικά και αρνητικά. Επιπλέον, οι διαδικασίες και οι συνεχείς βελτιώσεις συνδέονται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους και είναι σημαντικό να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων της ΔΟΠ.

Βιβλιογραφία

Flynn, B. B., Schroeder, R. G., & Sakakibara, S. (1994). A framework for quality management research and an associated measurement instrument. *Journal of Operations Management*, 11(4), 339–366.

Neetha, K., Srinivas, T. R., Ramachandra, C. G., & Manjunatha, B. (2016). A Study on Implementation of Total Quality Management (TQM) in Hospital to Improve Service Quality. *Proceeding of National Conference on Advances in Mechanical Engineering Science*.
<http://www.ijettjournal.org/Special%20issue/NCAMES-016/NCAMES-106.pdf>

Pekkaya, M., Imamoğlu, Ö. P., & Koca, H. (2017). Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital. *International Journal of Healthcare Management*, 12(4), 340–347. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1389474>

Perrott, B. (2010). Strategic Implications of Quality Management in Health Care. *Journal of Change Management*, 3(2), 158-166.
<https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/10021>

Talib, F., Rahman, Z., & Qureshi, M. N. (2010). Pareto analysis of total quality management factors critical to success for service industries. *International Journal of Quality Research (IJQR)*. Center for Quality, University of Podgorica Montenegro and University of Kragujevac, Serbia, 4(2), 155–162.

Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2), 1–10.

Teh, P. L., Yong, C. C., Arumugam, V., Ooi, K. B., (2009). Does total quality management reduce employees' role conflict? *Industrial Management & Data Systems*, 109(8), 1118–1136.

Thompson, A., & Sunol R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2), 127–141.

Ahire, S.L., Golhar, D.Y., & Waller, M.A., (1996), “Development and validation of TQM implementation constructs”, *Decision Sciences*, Vol. 27(1), p. 23–55.

Andaleeb, S.S., (1998), “Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals: A Managerial Model”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11(6-7), p. 181-187.

Arasli, H., & Ahmadeva, L., (2004), ““No more tears!” A local TQM formula for health promotion”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17(3), p. 135-145.

Berman, E. M., Milakovich, M.E. & West, J. P., (1996), “Implementing TQM in State Public Health Agencies”, *Journal of Health on Human Services Administration*, Fall, p. 182-205.

Cho, W.H., Lee, H., Kim, C., Lee, S. & Choi, K-S., (2004), “The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: A South Korean study”, *Health Services Research*, Vol. 39(1).

Dale, B.G. & Plunkett, J.J., (1990), *Managing Quality*, Hertfordshire: Philip Allan.

Das, A., Paul, H., & Swierczek, F.W., (2008), “Developing and validating total quality management (TQM) constructs in the context of Thailand’s manufacturing industry”, *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 15(1), p. 52-72.

Ehigie, B.O. & McAndrew, E.B., (2005), “Innovation, diffusion and adoption of total quality management”, *Management Decision*, Vol. 43(6), p. 925-940.

Eng Eng, Q., & Yusof, S.M., (2003), “A survey of TQM practices in the Malaysian electrical and electronic industry”, *Total Quality Management*, Vol. 14(1), p. 63–77.

Garvin, D.A., (1988), *Managing Quality*. Free Press: New York.

Huq, Ziaul, (1996), “A TQM evaluation framework for hospitals: observations from a study”, *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 13(6), p. 59-76.

Huq, Ziaul (2005), “Managing change: a barrier to TQM implementation in service industries”, *Managing Service Quality*, Vol. 15(5), p. 452-469.

Juran, J.M., (1988), *Juran on Planning for Quality*, New York: The Free Press.

Kanji, G.K., (1998), “Measurement of Business Excellence”, *Total Quality Management*, Vol. 9(7), p. 633–643.

Kumar, V., Choisine, F., de Grosbois, D. & Kumar, U. (2009), "Impact of TQM on company's performance", *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 26(1), p. 23-37.

Mohanty, R.P., & Behera, A.K., (1996), "TQM in the service sector", *Work Study*, Vol. 45(3), p. 13-17.

Moore, B., & Brown, A., (2006), "The application of TQM: organic or mechanistic", *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 23(7), p. 721-742.

Øvretveit, J., (2001), "Japanese healthcare quality improvement", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14(4), p. 164-167.

Schalk, R. & Dijk, W.V., (2005), "Quality management and employee commitment illustrated with examples from Dutch health care", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 18(3), p. 170-178.

Rad, A.M.M., (2005), "A survey of total quality management in Iran Barriers to successful implementation in health care organizations", *Leadership in Health Services*, Vol. 18(3), p. 12-34.

Rad, A.M.M., (2006), "The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management", *The TQM Magazine*, Vol. 18(6), p. 606-625

Shores, R.A., (1992), "Improving the quality of management systems", *Quality Progress*, p. 53-57. Taylor, W.A. & Wright, G.H., (2003), "The impact of senior managers' commitment on the success of TQM programs: an empirical study", *International Journal of Manpower*, Vol. 24(5), p. 535-550.

Vouzaz, F., & Psychogios, A.G., (2007), "Assessing managers' awareness of TQM", *The TQM Magazine*, Vol. 19(1), p. 62-75.

Walsh, A., Hughes, H., & Maddox, D.P., (2002), "Total quality management continuous improvement: is the philosophy a reality?", *Journal of European Industrial Training*, Vol. 26(6), p. 299-307.

Westphal, J.D., Gulati, R., & Shortell, S.M., (1997), "Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 42, p. 366-394.

Williams, S.J., (1994), "Patient satisfaction: A valid Concept?", *Social Science and Medicine*, Vol. 38(4), p. 509-16.

Yang, C-C., (2003), "The establishment of a TQM system for the health care industry", *The TQM Magazine*, Vol. 15(2), p. 93-98.

Zairi, M. (2000), "Managing customer satisfaction: a best practice perspective", *The TQM Magazine*, Vol. 12(6), p. 389-94

Alsharif B. F. T. 2008. Patient's satisfaction with hospital services at Nablus district, west bank, Palestine. Unpublished master thesis.

Badri M. A., Attia S. and Ustadi A. M. 2009. Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. *International Journal of health care quality assurance*.

Ching H., and F. Huarng (2002), "TQM adaption by hospitals in Taiwan", *Journal of Total Quality Management.*, Vol. 13, No. 4, 2002.

Conway, T. and S. Willcocks, (1997), "The role of expectations in healthcare quality", *International Journal of Healthcare Quality*, Vol. 10, No. 3, 131-140.

Donabedian, A, (1989), "Institutional and professional responsibilities in quality assurance", *Quality Assurance in Healthcare*, Vol. 1, 3-12.

Gorst, C. et. al. (1998), "Psychological sequel of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. Trauma related factors compared with social factors in exile", *The British Journal of Psychiatry*, 172: 90-94.

Kovner A. R. and Knickman J. R. 2008. *Health care delivery in the United States*, 9th edition, Springer Publishing Company. New York.

Laffel G, and. Blumenthal, (1989), "The case for using industrial quality management science in health care organizations", *JAMA*, Nov 24; 262 (20): 2869-73.

Larrabee, J. H, and L. V. Bolden, (2001), "Defining patients perceived quality of nursing care", *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 16, No. 1, pp. 65-75.

Lopresti, J, et. al. (1993), "Total Quality Management: Doing Things Right, *Nursing Management*", January, Volume 24 - Issue 1, 7-76.

Lynn, M. R. et. al, "2007", "Understanding and measuring patients 'assessment of the quality of nursing care", *Nursing Research*, May/June, Vol. 56, No. 3, 159-166.

Naidu A. 2008. Factors affecting patient satisfaction and health care quality. *International Journal of health care quality assurance*

Newman, K., (2001), "The nurse retention, quality of care and patient satisfaction", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 4, No. 2, 57-68.

Overtveit, J., (2000), "Total quality management in European healthcare", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 13, No. 2, 74-90.

Overtveit, J., (1996), "medical participation on a leadership of quality program", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 10, No. 5, 21-28.

Plochg, T, et. al, (2005), "Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home", *BMC Health Service Res.*, May 24; 5: 38.

William, A. S, and J. K. Johnson, (2013), "Mclaughlin and Kaluzny's continuous quality improvement in healthcare", 4th.ed. Jones & Bartlett Learning.

Παράρτημα

Συνοδευτική επιστολή ερωτηματολογίου

Κυρίες & Κύριοι,

Στο πλαίσιο της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής μου Εργασίας στο Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος (ΔΙ.ΠΑ.Ε.), διεξάγω έρευνα με θέμα: «Η εφαρμογή των αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών»

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως σκοπό να αναδείξει την συμβολή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην εδραίωση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, της εκπαίδευσης και κατάρτισης, της εστίασης στην ικανοποίηση του ασθενή και την ομαδική εργασία που μπορούν να βελτιώσουν την απόδοση ενός οργανισμού υγείας. Βασικός στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση του ρόλου της διοίκησης ολικής ποιότητας στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Παρακαλείσθε θερμά να αφιερώσετε 8-10 περίπου λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας για τη συμπλήρωσή του. Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση χρειαστείτε (ccalevizaki@gmail.com).

Σας ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για την συνεργασία.

Με εκτίμηση,

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ

Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικά Στοιχεία

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου:.....

1. Φύλο: Άνδρας
 Γυναίκα
2. Ηλικία : 21-30
 31-40
 41-50
 51-60
 61 και άνω
3. Εκπαιδευτικό επίπεδο/γραμματικές γνώσεις:
- Πρωτοβάθμια
 Δευτεροβάθμια
 Τριτοβάθμια
 Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό
4. Εργασιακή εμπειρία :
5. Εισόδημα :

Διοίκηση Ολικής ποιότητας

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	Δέσμευση Ανώτερης Διοίκησης					
1	• Η ποιότητα θεωρείται ως κύρια στρατηγική προτεραιότητα από την ανώτατη διοίκηση.					
2	• Η ανώτατη διοίκηση και οι διευθυντές τμημάτων προσλαμβάνονται με βάση την ποιοτική απόδοση					
3	• Οι ανώτεροι διευθυντές και οι διευθυντές τμημάτων προάγονται και αξιολογούνται βάσει αποτελεσμάτων σύμφωνα με ποιοτικά πρότυπα					
4	• Δέσμευση διοίκησης για την απόκτηση ποιοτικής εκπαίδευσης					
	Συμμετοχή εργαζομένων					
5	• Οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων					
6	• Οι εργαζόμενοι συχνά εργάζονται σε ομάδες με άλλα μέλη από διαφορετικά τμήματα					
7	• Οι εργαζόμενοι είναι αφοσιωμένοι στην επιτυχία του οργανισμού					
	Ικανοποίηση πελατών					
8	• Το νοσοκομείο ενδιαφέρεται να γνωρίζει τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών					
9	• Το νοσοκομείο χρησιμοποιεί τις απαιτήσεις και προσδοκίες των ασθενών ως βάση για την ποιότητα					

10	• Το νοσοκομείο απαντά γρήγορα στις ερωτήσεις των ασθενών					
11	• Υπάρχουν οργανωτικές διαδικασίες σχεδιασμένες / βελτιωμένες με βάση τις απαιτήσεις των ασθενών					
12	• Το νοσοκομείο προωθεί νέους τρόπους παροχής υπηρεσιών για να ικανοποιήσει τους ασθενείς					
	Ομαδική εργασία					
13	• Οι εργαζόμενοι συνεργάζονται στενά ως ομάδα με στόχο το συντονισμό της εργασίας και τη βελτίωση της ποιότητας					
14	• Το νοσοκομείο προωθεί την ομαδική αναγνώριση και όχι ατομική αναγνώριση.					
	Διαδικασίες					
15	• Το νοσοκομείο έχει ελεγκτικό μηχανισμό κόστους και απώλειας παραγωγικού χρόνου σε όλες τις εσωτερικές του διαδικασίες					
16	• Όλες οι διαδικασίες του νοσοκομείου έχουν σχεδιαστεί για να συμφωνά με πρότυπα ποιότητας					
	Συνεχής Βελτίωση					
17	• Η ανώτερη διοίκηση υποστηρίζει διαδικασίες βελτίωσης της μακροπρόθεσμης ποιότητας.					
18	• Η ανώτερη διοίκηση παρέχει βασικούς πόρους για συνεχείς βελτιώσεις					
19	• Υπάρχουν συνεχείς βελτιώσεις διεργασιών που προωθούνται από την ομαδική εργασία					
20	• Οι εργαζόμενοι					

	ενθαρρύνονται να εφαρμόζουν νέες προσεγγίσεις					
21	• Υπάρχουν ρητές πολιτικές που βοηθούν τους υπαλλήλους να βελτιώνουν συνεχώς τις διαδικασίες					

Διοίκηση Ποιότητας

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	Απτά					
1	• Το νοσοκομείο εξυπηρετείται από ΜΜΜ					
2	• Οι εγκαταστάσεις κρίνονται ικανοποιητικές από τους ασθενείς					
3	• Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός είναι διαθέσιμος στο νοσοκομείο					
	Αξιοπιστία					
4	• Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εκτελούνται εγκαίρως					
5	• Οι διαδικασίες που εφαρμόζονται ταιριάζουν στις οδηγίες					
6	• Οι υπάλληλοι του νοσοκομείου έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους					
7	• Τα αρχεία των ασθενών τηρούνται με ακρίβεια					
8	• Η εμπιστευτικότητα των ασθενών προστατεύεται					
	Απόκριση					
9	• Οι υπηρεσίες εκτελούνται γρήγορα					
10	• Οι εργαζόμενοι είναι πρόθυμοι να εξυπηρετήσουν					
11	• Οι εργαζόμενοι είναι					

	πρόθυμοι να προστατεύσουν τα δικαιώματα των ασθενών					
	Διασφάλιση					
12	• Οι ασθενείς αισθάνονται ασφάλεια					
13	• Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται ευγενικά					
14	• Οι ασθενείς λαμβάνουν αρκετές πληροφορίες					
15	• Οι απαντήσεις που λαμβάνουν είναι ικανοποιητικές για τους ασθενείς					
	Ενσυναίσθηση					
16	• Το ωράριο εργασίας ταιριάζει στη βούληση των ασθενών					
17	• Οι ασθενείς λαμβάνουν ατομική φροντίδα					
18	• Η συμβουλευτική λαμβάνεται όπως αναμένεται					
19	• Τα παράπονα των ασθενών αντιμετωπίζονται με σοβαρότητα					
20	• υπάρχει κατανόηση των ατομικών απαιτήσεων					