ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Ιατρικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ

Ηράκλειο, Νοέμβριος 2013

<u>Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή</u>

<u>Επιβλέπων</u>

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

<u>Συνεπιβλέποντες</u>

Χατζηπαύλου Αλέξανδρος, Αφυπηρετήσας Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής,

Πανεπιστήμιο Κρήτης

Σγάντζος Μάρκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Επταμελής Επιτροπή:

1. Λιονής Χρήστος., Καθηγητής
2. Χατζηπαύλου Αλέξανδρος, Αφυπηρετήσας Καθηγητής
3. Σγάντζος Μάρκος., Επίκουρος Καθηγητής
4. Φιλαλήθης Αναστάσιος., Καθηγητής
5. Κοντάκης Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής
6. Σπανάκη Κλειώ, Επίκουρη Καθηγήτρια
7. Τατσιώνη Αθηνά, Επίκουρη Καθηγήτρια

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος 5

Ευχαριστίες 6

Εισαγωγή 8

Κατάλογος δημοσιεύσεων 12

Περίληψη 13

Summary 17

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 20

1. Εισαγωγή, έννοιες, ορισμοί 21

1.1 Ο ορισμός της αναπηρίας 21

1.2 Ορισμοί του management (Διοίκησης) νοσοκομείου και κέντρου αποκατάστασης 22

1.3 Διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας 22

1.4 Benchmarking – συγκριτική αξιολόγηση 25

2. Η αποκατάσταση στα διεθνή συστήματα υγείας και στην Ευρώπη 27

3. Οι δομές αποκατάστασης στην Ελλάδα 28

4. Η παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα, νομοθετικό πλαίσιο 29

5. Η αναγκαιότητα της διασφάλισης ποιότητας 31

6. Σκοπός της διασφάλισης της ποιότητας 36

7. Αναγκαιότητα της μελέτης 38

8. Ερευνητικά ερωτήματα 40

9. Σκοπός και στόχοι της μελέτης 40

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 42

Α. Μέθοδοι 43

1. Η αναζήτηση και η επιλογή των εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας 43

2. Η αξιολόγηση του επιλεγμένου εργαλείου αξιολόγησης διασφάλισης της ποιότητας στις δομές αποκατάστασης αναπήρων 43

2.1 Το σύστημα διασφάλισης ποιότητας EQUASS 43

3. Η ανάπτυξη και δημιουργία του «συστήματος διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.» 53

3.1 Εντοπιότητα 55

3.2 Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου-φόρμας αυτοαξιολόγησης 58

3.3 Η διαμόρφωση της κλίμακας αξιολόγησης του «συστήματος διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.» 59

3.4 Η επιλογή των κέντρων αποκατάστασης 61

Β. Αποτελέσματα 68

1. Το πρώτο στάδιο της έρευνας 68

2. Το δεύτερο στάδιο της έρευνας 70

2.1 Συμπλήρωση ερωτηματολογίου 74

2.2 Διάρκεια της έρευνας 75

2.3 Διαδικασία ανάλυσης δεδομένων 75

2.4 Αποτελέσματα της έρευνας 76

2.5 Αξιολόγηση του εργαλείου 79

Γ. Συζήτηση 82

1. Κύρια ευρήματα της μελέτης 82

2. Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης 83

3. Πλεονεκτήματα της μελέτης 84

4. Προβλήματα στη διεξαγωγή της μελέτης 85

5. Ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα 88

6. Συμπεράσματα, προτάσεις 89

6.1 Συμπεράσματα 89

6.2 Προτάσεις 91

Βιβλιογραφικές αναφορές 93

Παράρτημα 1 100

Δημοσίευση #1 100

Quality assessment systems in rehabilitation services for people with a disability in Greece: A critical review_ 100

Δημοσίευση #2 108

Implementing a System to evaluate Quality Assurance in Rehabilitation in Greece 108

Δημοσίευση #3 131

Αναζητώντας, επιλέγοντας και δοκιμάζοντας ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης: εμπειρίες από μία διδακτορική διατριβή 131

Παράρτημα 2 137

Α) Ανακοινώσεις-εργασίες σε συνέδρια 137

Β) Ερωτηματολόγιο πρώτου σταδίου της έρευνας 138

Γ) Ερωτηματολόγιο δεύτερου σταδίου της έρευνας 160

Ευρετήριο 177

Γλωσσάριο 179

Πρόλογος

Η αποκατάσταση μετά από ένα ατύχημα, ή ασθένεια γενικότερα, είναι μία πολύπλευρη διαδικασία ιατρικής παρέμβασης, που σκοπό έχει να ολοκληρώσει μέσα από την ομάδα αποκατάστασης την ομαλότερη ένταξη του ασθενή στην οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η αποκατάσταση απαιτεί την αρμονική και άριστα συντονισμένη συνεργασία ιατρών (κυρίως φυσιάτρων), ψυχολόγων, φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών και λογοθεραπευτών, όπου είναι αναγκαίο, κοινωνικών λειτουργών και άλλων ειδικοτήτων που απαρτίζουν μια ομάδα.

Φυσικά υπάρχουν και ορισμένα κέντρα τα οποία εξειδικεύονται στην αποκατάσταση μετά το ιατρικό στάδιο, όπως είναι η εργασιακή και λειτουργική σε άτομα με νοητική υστέρηση, όπως και κέντρα τα οποία ασχολούνται μόνο με την ιατρική αποκατάσταση.

Η έλλειψη διασφάλισης ποιότητας στη πλειοψηφία αυτών δεν επιτρέπει την συγκέντρωση στοιχείων για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα τους, με αποτέλεσμα την κατασπατάληση οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων και πολλές φορές την υπολειτουργία τους.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή ασχολήθηκε με το θέμα αυτό, όπως και με την ανάπτυξη ενός εργαλείου διασφάλισης της ποιότητας στην αποκατάσταση, σύμφωνα με τις ελληνικές απαιτήσεις και δεδομένα.

Ευχαριστίες

Ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή, κύριο Λιονή Χρήστο, για τα όσα μου έμαθε μέσα από αυτή την πολυετή συνεργασία μας και ειδικά σε ότι αφορά σε ανθρώπινα θέματα, τα οποία κανενός είδους μελέτη δεν μπορεί να διδάξει.

Να ευχαριστήσω θερμά τους συνεπιβλέποντες καθηγητές, κύριους Χατζηπαύλου Αλέξανδρο και Σγάντζο Μάρκο, για την ουσιαστική συνεισφορά τους, αλλά και τα υπόλοιπα τέσσερα μέλη της επταμελούς επιτροπής, όπως, επίσης, και όλους όσοι συνεισέφεραν σε αυτή, είτε είναι άτομα είτε οργανισμοί.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες αξίζουν στον κύριο Αντώνη Κουσούλη, συνεργάτη της κλινικής κοινωνικής και οικογενειακής ιατρικής του τμήματος ιατρικής του πανεπιστημίου Κρήτης, του οποίου η συμβολή ήταν εξαιρετική και πολύπλευρη στην ολοκλήρωση της διατριβής αλλά και στην Αγγλική επιμέλεια αυτής, όπως επίσης και στον κύριο Νίκο Κουσούλη που ανέλαβε τη φιλολογική επιμέλεια του Ελληνικού τμήματος της.

Ευχαριστώ επίσης, την κυρία Άντα Μαρκάκη για τη συμμετοχή της στο πρώτο άρθρο της διατριβής, όπως και όλους τους οργανισμούς και φορείς που δέχτηκαν να συμμετέχουν σε αυτή την έρευνα.

Με όλη μου την αγάπη στην πολύπαθη μητέρα μου και στήριγμα μου

Εισαγωγή

Στη διεθνή βιβλιογραφία, σήμερα, συζητούνται ιδιαίτερα τα θέματα της οργάνωσης και λειτουργίας αλλά κυρίως της αξιολόγησης και πιστοποίησης των κέντρων αποκατάστασης. Στο εξωτερικό, οργανισμοί όπως ο CARF, ο EQUASS, ο ISO και η JCAHO, έχουν αναπτύξει σημαντική δραστηριότητα και ασχολούνται με το θέμα της αξιολόγησης και πιστοποίησης υπηρεσιών αποκατάστασης αναπήρων που στις περισσότερες περιπτώσεις δρουν μέσω ενός συστήματος αυτοαξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών από τους ίδιους τους παρόχους ή και τους χρήστες, με επιβλέποντες τους αρμόδιους εμπειρογνώμονες. Στην Ελλάδα, η απουσία αρχείων, κατάλληλων μεθόδων και μέσων αξιολόγησης και πιστοποίησης, αλλά και ο μέχρι τώρα σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας για τους αναπήρους, δεν βοηθούν στην άμεση εφαρμογή τέτοιων εργαλείων και δεν επιτρέπουν την αναγκαία αξιολόγηση και πιστοποίηση και, κατ' επέκταση, τη διασφάλιση (Γεωργακάκου, 2000) της ζητούμενης ποιότητας.

Οι επιπτώσεις από την απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης είναι σημαντικές διότι εξαιτίας αυτού δεν υπάρχει μία σταθερή και μετρήσιμη (Delene and others, 2000) αξιολόγηση (Thompson and others, 1980) της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης αναπήρων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η κατάλληλη μεθοδολογία μέσω της ανατροφοδότησης και του ελέγχου (Τσιότρα, 2002) που απαιτείται. Σε αυτό συνηγορεί και η απουσία ανάπτυξης κατάλληλων και λειτουργικών εργαλείων αξιολόγησης, πιστοποίησης και εφαρμογής τους στα ελληνικά δεδομένα.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται η ανάγκη μιας διατριβής που θα εξετάσει τον τρόπο αξιολόγησης και πιστοποίησης από τους ανωτέρω αναφερόμενους ιδιωτικούς ή μη

οργανισμούς και την εφαρμογή αυτής της γνώσης στο ελληνικό περιβάλλον και δεδομένα. Απώτερος σκοπός είναι ο εντοπισμός των μη αποδοτικών και αποτελεσματικών λειτουργιών τους σε ό,τι αφορά στη χώρα μας και η μετέπειτα προσαρμογή τους με τη αντίστοιχη ανάπτυξη και δημιουργία ενός ελληνικού εργαλείου αξιολόγησης και πιστοποίησης των ελληνικών υπηρεσιών και κέντρων αποκατάστασης αναπήρων, αλλά και η έρευνα για την πιλοτική εφαρμογή αυτού του εργαλείου σε δομές αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας και, αν είναι δυνατόν, σε ένα ήδη υπάρχον ή υπό δημιουργία κέντρο ή νοσοκομείο αποκατάστασης στην Ελλάδα.

Στη η διατριβή σχεδιάστηκε να περιληφθούν:

- Ο σχεδιασμός μιας συστηματικής ανασκόπησης της υπάρχουσας ηλεκτρονικής ή έντυπης βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό άρθρων και εργαλείων, με σκοπό την ανάπτυξη ενός συστήματος αξιολόγησης των δομών αποκατάστασης και την αποτίμηση της ποιότητάς τους, όπως επίσης και την δυνατότητα εφαρμογής της ποιότητας των προταθέντων εργαλείων.
- Η ανάπτυξη/επιλογή ενός εργαλείου, κατάλληλο για το ελληνικό περιβάλλον.
- Η εφαρμογή του επιλεχθέντος εργαλείου σε επιλεγμένες μονάδες αποκατάστασης στην Ελλάδα και αξιολόγηση και αποτίμηση της προσφερόμενης ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τον τρόπο λειτουργίας τους.

Τα οφέλη από την εκπόνηση αυτής της διατριβής θα είναι πολλαπλά και ποικίλα όσον αφορά στη βελτίωση της ποιότητας (Evans and others, 1996) στα κέντρα αποκατάστασης.

Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη αξιόπιστων και ωφέλιμων εργαλείων, ανταποκρινόμενων στα ελληνικά δεδομένα, θα βοηθήσει στην περαιτέρω έρευνα και ανάπτυξη νέων μεθόδων και δομών και, ίσως, στον επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας που αφορούν στους αναπήρους.

Μέσω της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας τα οφέλη που προκύπτουν είναι πολύ σημαντικά και αφορούν σε όλους τους τομείς· κράτος, πελάτες (εσωτερικούς, εξωτερικούς) και προμηθευτές των κέντρων αποκατάστασης, όπως και υφιστάμενους ή δυνητικούς χρήστες των υπηρεσιών τους.

Συγκεκριμένα, αναμένονται οφέλη (Κυριόπουλος και άλλοι, 2000) και τα οποία θα είναι:

1. Για τον ασθενή: υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη.
2. Για τους επαγγελματίες υγείας: στην αποτελεσματικότητα του έργου τους, στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους, στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη που θα απολαμβάνουν από τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και την κοινωνία.
3. Για τα κέντρα αποκατάστασης: οικονομικά και λειτουργικά οφέλη. Καλύτερη διαχείριση των ανθρωπίνων (Ξηροτύρη, 2001) και οικονομικών πόρων, αναγνώριση και φήμη.
4. Για τα ασφαλιστικά ταμεία: υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.
5. Για το κράτος: οικονομικά και υγειονομικά οφέλη, βελτίωση της εικόνας του εσωτερικά και διεθνώς. Νέα εργαλεία για το σχεδιασμό, τον έλεγχο, την αξιολόγηση και την πιστοποίηση των κέντρων και, γενικότερα, των δομών αποκατάστασης αναπήρων στην Ελλάδα.

Τέλος, αντικειμενικός σκοπός αυτής της μελέτης μέσω του εργαλείου «Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας στην Αποκατάσταση – Σ.ΔΙ.Π.Α.» που έχει δημιουργήσει, είναι να προσφέρει τη γνώση και τη δυνατότητα για τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στα υπάρχοντα ή μελλοντικά κέντρα και δομές αποκατάστασης, και να εντοπίσει τυχόν αδυναμίες, που επιδέχονται μικρών ή σημαντικών αλλαγών, ώστε, με τη βοήθεια ειδικών και του συγκεκριμένου εργαλείου, να καταστούν αυτές οι αλλαγές δυνατές με στόχο την καλύτερη λειτουργία κέντρων και δομών αποκατάστασης, την εξοικονόμηση οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων σε αυτά, την αποφυγή άσκοπων ενεργειών, όπως και την ικανοποίηση του εξυπηρετούμενου-λήπτη των υπηρεσιών αυτών αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα.

Κατάλογος δημοσιεύσεων

Δημοσίευση #1

Quality assessment systems in rehabilitation services for people with a disability in Greece: A critical review

Disability and Health Journal 6 (2013) 157-164

Δημοσίευση #2

Implementing a System to evaluate Quality Assurance in Rehabilitation in Greece

(Άρθρο που έχει υποβληθεί σε ξενόγλωσσο περιοδικό)

Δημοσίευση #3

Αναζητώντας, επιλέγοντας και δοκιμάζοντας ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης: εμπειρίες από μία διδακτορική διατριβή

(Άρθρο σε χειρόγραφο, το οποίο θα υποβληθεί σε Ελληνικό περιοδικό)

Περίληψη

Εισαγωγή

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή επιχειρήθηκε να προσεγγιστεί το θέμα της διασφάλισης της ποιότητας και της πιστοποίησης των κέντρων αποκατάστασης αναπήρων στην Ελλάδα.

Λόγω του ότι η ανεύρεση δεδομένων ήταν πολύ δύσκολη ακόμα και για στοιχειώδη στατιστικά στοιχεία όσον αφορά στον αριθμό των ατόμων προς αποκατάσταση και στον μέσο χρόνο νοσηλείας κατά περίπτωση αλλά και στην ουσιαστική απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας –ειδικά στον δημόσιο τομέα-, η συγκεκριμένη διατριβή εστιάστηκε στην αναζήτηση των υπαρχόντων συστημάτων στο εξωτερικό και στη δημιουργία ενός ελληνικού, βασισμένου σε εκείνο εξ αυτών που θεωρήθηκε ως το πιο κατάλληλο και ανταποκρίσιμο στα Ελληνικά δεδομένα, καθώς και στην πιλοτική εφαρμογή του σε συγκεκριμένες μονάδες αποκατάστασης.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης είναι:

1. Στο πόσα και ποια συστήματα διασφάλισης της ποιότητας στην αποκατάσταση υφίστανται.
2. Στη δυνατότητα εφαρμογής ενός τέτοιου συστήματος στην Ελλάδα.
3. Στο σχεδιασμό ή τροποποίηση και στην πιλοτική εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος προσαρμοσμένου στα Ελληνικά δεδομένα.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η δημιουργία ενός προτύπου συστήματος διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης με βάση την Ευρωπαϊκή εμπειρία και η εξέταση της δυνατότητας εφαρμογής ενός ελληνικού συστήματος σε αυτές.

Στόχοι

Βασικός στόχος της μελέτης είναι η διατύπωση αντίστοιχων προτάσεων για την πιστοποίηση των κέντρων αποκατάστασης στην Ελλάδα, το γενικότερο επιχειρησιακό σχεδιασμό των υπηρεσιών τους και την αποτελεσματικότερη διοίκηση τους.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Η συστηματική αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία ενός εξειδικευμένου συστήματος αξιολόγησης κέντρων αποκατάστασης αναπήρων.
2. Η εξέταση της δυνατότητας εφαρμογής ενός ελληνικού εργαλείου διασφάλισης ποιότητας ή ενός το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί στο ελληνικό περιβάλλον μετά από διαδικασία υιοθέτησης, μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής και εξειδίκευσης.
3. Η μεταφορά του στην Ελλάδα και η δημιουργία ενός νέου βασισμένου στα ελληνικά πρότυπα και ανάγκες.
4. Η πιλοτική εφαρμογή του σε επιλεγμένες δομές αποκατάστασης στην Ελλάδα.
5. Η διατύπωση προτάσεων και μέτρων που η εφαρμογή τους θα οδηγήσει στην παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών αποκατάστασης στην Ελλάδα.

Μέθοδοι

Διεξήχθη μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για την επιλογή του κατάλληλου συστήματος διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης (Δημοσίευση 1). Κατόπιν το σύστημα αυτό μεταφέρθηκε μέσα από δύο αλληλοδιάδοχα στάδια στα ελληνικά πρότυπα και ανάγκες και εφαρμόστηκε σε επιλεγμένες δομές αποκατάστασης. Στο πρώτο στάδιο ελέγχθηκε κατά πόσο η ελληνική μετάφραση του επιλεγμένου συστήματος θα ήταν κατάλληλη για την Ελλάδα και λήφθηκαν υπόψη τυχόν παρατηρήσεις των συμμετεχόντων στο στάδιο αυτό. Στο δεύτερο στάδιο αναπτύχθηκε ένα νέο εργαλείο με δική του κλίμακα βαθμολόγησης, προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα, με την επωνυμία «Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας στην Αποκατάσταση – Σ.ΔΙ.Π.Α.», το οποίο εφαρμόσθηκε σε επιλεγμένες δομές αποκατάστασης (Δημοσίευση 2, έχει υποβληθεί). Τέλος, με βάση τα παραπάνω, διατυπώθηκαν προτάσεις για τη βελτίωση της κατάστασης στην Ελλάδα (Δημοσίευση 3, σε χειρόγραφο).

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι δυνατόν να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα σε ευρεία κλίμακα, όπως και ότι, η ανάπτυξη του εργαλείου μας (Σ.ΔΙ.Π.Α.) βασισμένου στη δομή του EQUASS ήταν επιτυχής, σύμφωνα με τα αποτελέσματα εφαρμογής του σε επιλεγμένες δομές.

Η λειτουργικότητα και χρήση του εργαλείου που αξιολογήθηκε θετικά από όλες σχεδόν τις συμμετέχουσες δομές και αρνητικά από καμία. Επίσης, ότι είναι δυνατόν

να εφαρμοσθεί ένα ελληνικό σύστημα διασφάλισης της ποιότητας στην αποκατάσταση στην Ελλάδα σε ευρεία κλίμακα, χωρίς κανένα σημαντικό πρόβλημα.

Συμπεράσματα

Η διατριβή αυτή οδήγησε στον εντοπισμό και επιλογή ενός κατάλληλου εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης και εξέτασε τη δυνατότητα εφαρμογής του σε επιλεγμένες μονάδες.

Οι μεγάλες αποκλίσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών μεταξύ παρόμοιων δομών υποδεικνύουν την έλλειψη παρουσίας διοίκησης ολικής ποιότητας στον τομέα της αποκατάστασης, ο οποίος προφανώς θεωρείται υποδεέστερος και χωρίς την προσδιδόμενη πρέπουσα σημασία.

Η εφαρμογή ενός ελληνικού συστήματος διασφάλισης της ελάχιστης ποιότητας σε όσες δομές δεν υπάρχει, κρίνεται ως επιβεβλημένη για την μείωση των κενών στη λειτουργία αλλά και την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας των δομών και του έργου που πρέπει να επιτελούν, ειδικά σε μία περίοδο οικονομικής κρίσης και υψηλού ανταγωνισμού.

Summary

Introduction:

This doctoral dissertation attempted to approach the issue of quality assurance and certification of rehabilitation centers in Greece.

Because of that, finding data was very difficult, even for elementary statistics regarding the number of persons for compensation, the average hospitalization time or the virtual absence of quality assurance systems – especially in public-sector. This thesis focused on the pursuit of existing systems abroad and the creation of a Greek one, based on the foreign one that was considered as the most appropriate and responsive to the Greek data and the pilot implementation in specific rehabilitation units.

The study was based on the research questions concerning:

1. How many assurance systems exist and what is their quality to rehabilitate,
2. The applicability of such a system in Greece,
3. The design or modification and pilot implementation of such a system adapted to the Greek data.

Aims and objectives of this study:

The aim of the study was to suggest a standard quality assurance system in rehabilitation services based on European experience and examine the feasibility of a Greek system on them.

The main objective of the study is to formulate motions for certification of rehabilitation centers in Greece and the wider operational planning of services and effective governance.

Specific objectives of the study were:

1. A systematic literature search in a specialized assessment system rehabilitation centers.
2. The examination of the applicability of a Greek quality assurance tool which could be applied to the Greek setting after the adoption process, translation, cultural adaptation and specialization.
3. The transfer to Greece and the creation of a new system based on Greek patterns and needs.
4. The pilot implementation in selected structures rehabilitation in Greece.
5. The proposals and measures whose implementation will lead to the provision of improved rehabilitation services in Greece

Subjects and methods:

To achieve our goals through a systematic literature review, a specific methodology was planned and performed so as to select the appropriate system of quality assurance in rehabilitation services (Manuscript #1 published). Then the system moved through two stages of research in Greek standards and needs and applied in selected structures rehabilitation. During the first stage the appropriateness of the Greek translation of the selected system for Greece was tested and any comments of participants of this stage where taken into account. During the second stage, a new tool that had its own grading scale adapted to the Greek data was developed, named "System Assurance quality restoration - S.DI.P.A.", and it was implemented in selected rehabilitation

structures (Manuscript #2 submitted). Finally, based on the above, suggestions were made to improve the situation in Greece (Manuscript #3 under submission).

Results:

Results showed that a system of quality assurance in rehabilitation, according to the literature can be applied in Greece on a large scale. The development of our tool (S.DI.P.A.) based on the structure of EQUASS was successful, according to the results of its application with selected structures.

Specifically, in terms of functionality and usage of the tool developed, it was evaluated positively by all participating structures. Also, it showed that it is indeed possible to apply a quality assurance system restore in Greece on a large scale, without significant problems.

Discussion and conclusions:

This thesis has led to the identification and selection of a suitable tool for evaluating the quality of rehabilitation services and examined its applicability on selected units.

The major differences between similar structures determine the presence or lack of total quality management in the field of rehabilitation which have apparently been considered inferior until recently and did not attract great attention.

In conclusion, the implementation of a Greek system ensuring at least the minimum acceptable levels of quality to the relevant structures, is indisputably a great imperative for reducing gaps in the operation and effectiveness of structures. Based on that, further work needs to be performed to start producing efficiencies that are still lacking especially in times of economic crisis and high competition.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή, έννοιες, ορισμοί

1.1 Ο ορισμός της αναπηρίας

Ως άτομα με ειδικές ανάγκες ή άτομα με αναπηρίες, όπως συνηθίζεται να αναφέρονται τα τελευταία χρόνια, και σύμφωνα πάντα με τον ορισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, θεωρούνται: «όλα εκείνα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή ανεπάρκεια ή μειονεξία, που οφείλεται σε σωματική, διανοητική ή ψυχική βλάβη, η οποία αποκλείει την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας η οποία θεωρείται κανονική για έναν άνθρωπο».

Ο ορισμός αυτός, αν και περιγράφει παραστατικά την κατάσταση ενός ανάπηρου ατόμου, δεν περιλαμβάνει και άλλα άτομα που το ίδιο το Υπουργείο θεωρεί ως ανάπηρα και που, ως επί το πλείστον, εκτελούν όλες τις δραστηριότητες ή λειτουργίες τους κανονικά, ή σχεδόν κανονικά, όπως ένας οποιοσδήποτε άνθρωπος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς με νεφρική νόσο, τα άτομα με μεσογειακή και δρεπανοκυτταρική αναιμία, κλπ., τα οποία, αν και έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας, δεν εμπίπτουν πλήρως στον ορισμό που δίνεται.

Επίσης, στον συγκεκριμένο ορισμό δεν λαμβάνεται υπόψη ο παράγοντας της προσωρινής ή περιστασιακής αναπηρίας από μία ασθένεια ή ένα ατύχημα, σε ένα άτομο που και αυτό με τη σειρά του χρήζει αποκατάστασης.

1.2 Ορισμοί του management (Διοίκησης) νοσοκομείου και κέντρου αποκατάστασης

«Νοσοκομειακό μάνατζμεντ είναι η προσπάθεια συντονισμού ανθρώπινων και υλικών πόρων, ώστε να επιτευχθεί ένα άριστο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο είναι στη διάθεση των ασθενών που χρήζουν νοσηλείας, έτσι ώστε το νοσοκομείο να επιτυγχάνει τον σκοπό της ύπαρξής του»[1].

Με βάση αυτό τον ορισμό θα μπορούσε αντίστοιχα να ειπωθεί ότι:

«Μάνατζμεντ ενός κέντρου αποκατάστασης είναι η προσπάθεια συντονισμού ανθρώπινων και υλικών πόρων, ώστε να επιτευχθεί ένα άριστο επίπεδο υπηρεσιών αποκατάστασης, επανεκπαίδευσης και κοινωνικής ενσωμάτωσης, το οποίο είναι στη διάθεση, όχι μόνο αυτών που χρήζουν αποκατάστασης και νοσηλείας, αλλά και όσων έχουν ήδη αποκατασταθεί, έτσι ώστε το κέντρο να επιτυγχάνει τον σκοπό της ύπαρξής του».[1]

Με λίγα λόγια ο σκοπός ύπαρξης ενός κέντρου αποκατάστασης δεν είναι ταυτόσημος με αυτόν του γενικού νοσοκομείου, προσομοιάζοντας περισσότερο με αυτόν ενός ογκολογικού κέντρου ή νοσοκομείου, όσον αφορά στη συχνότητα και την ανάγκη επισκέψεων του «αποκατασταθέντα» χρήστη και όχι απαραίτητα στην παροχή υπηρεσιών.

1.3 Διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας

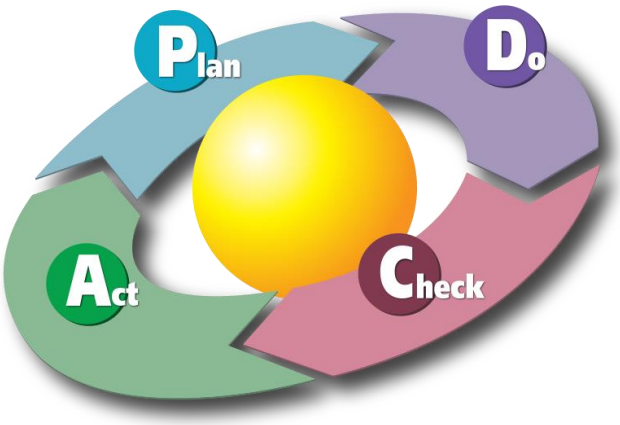
«Ποιότητα είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης» σύμφωνα με τον Avedis Donabedian, που καθόρισε αυτό τον διεθνώς αποδεκτό ορισμό από το 1980.[18,56]

Για τις υπηρεσίες υγείας ο Richard E. Thompson στο βιβλίο του 'Next Steps in Implementing Quality Appraisal/action Plans in Hospitals' όρισε την ποιότητα ως «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του γιατρού στις ανάγκες του ασθενή, το κόστος και την αποτελεσματικότητα».

Ο ανωτέρω αναφερόμενος ορισμός του Donabedian A., ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της διασφάλισης ποιότητας στο χώρο της Υγείας, θεωρείται στατικός, γιατί όπως και στο χώρο της βιομηχανίας, έτσι πλέον και στο χώρο της υγείας οι προσπάθειες στρέφονται προς τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Η διασφάλιση και η βελτίωση της ποιότητας, όμως, δεν είναι κάτι το οποίο γίνεται μόνο του, αλλά προκύπτει μέσα από διαδικασίες που ορίζονται από συστήματα διασφάλισης ποιότητας όπως το ISO, CARF, EQUASS και άλλα, που θέτουν τις προδιαγραφές μέσω της εφαρμογής τους. Φυσικά, όλα βασίζονται στον κύκλο διασφάλισης ποιότητας και τη βασική αρχή του κύκλου PDCA (Plan–Do–Check–Act or Plan–Do–Check–Adjust) (σχήμα 1)[57].

- Plan, θέτουμε στόχους, προβλέπουμε, σχεδιάζουμε τη συλλογή στοιχείων.
- Do, ελέγχουμε τα σχέδια μας, τεκμηριώνουμε τα προβλήματα, επαναξιολογούμε και αναθεωρούμε.
- Check, ολοκληρώνουμε την ανάλυση των δεδομένων, επανεξετάζουμε τα όσα έχουμε μάθει, αποφασίζουμε δράσεις.
- Act, εφαρμόζουμε, αξιολογούμε, αποφασίζουμε το νέο κύκλο.



Σχήμα 1[57]

Δέκα ερωτήσεις που θα μπορούσαν να τεθούν περιληπτικά στους ενδιαφερόμενους όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι οι εξής:

1. Ποια είναι η εργασία/παροχή υπηρεσίας σας;

- Ποιες διαδικασίες χρησιμοποιεί;
- Ποιο είναι το προϊόν της;

2. Ποιοι είναι οι εξωτερικοί και εσωτερικοί σας πελάτες;

3. Ποιοι είναι οι εξωτερικοί και εσωτερικοί σας προμηθευτές;

4. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που παράγετε;

5. Δώστε μερικά παραδείγματα χαρακτηριστικών ποιότητας, που αναφέρονται:

α. στο προϊόν / υπηρεσία που παράγετε

β. στον τρόπο που το παράγετε

6. Τι κάνει την εργασία σας πολύπλοκη;

- Αναποτελεσματικότητα
- Εναλλαγές καθηκόντων
- Καθυστερήσεις / Βλάβες
- Επανάληψη της ίδιας εργασίας λόγω λαθών

7. Τι μπορεί να μειώσει αυτήν την πολυπλοκότητα;

8. Πώς μπορείτε να μετρήσετε και να εντοπίσετε τις αποκλίσεις από τη σωστή;

9. Τι είδους προβλήματα νομίζετε πως θα ανακαλύψετε ότι φταίνε για το ότι η εργασία σας δεν είναι τόσο καλή όσο θα μπορούσε να είναι;

10. Πως νομίζετε ότι μπορούν να επιλυθούν αυτά τα προβλήματα;

1.4 Benchmarking – συγκριτική αξιολόγηση

Η συγκριτική αξιολόγηση ή benchmarking είναι η διαδικασία σύγκρισης των επιχειρησιακών διαδικασιών ενός οργανισμού ή δομής, όπως στη δική μας περίπτωση και της μέτρησης των αποδόσεων διαφόρων τομέων, ώστε, μέσα από τη μελέτη και τα αποτελέσματα αυτής, να καταστεί δυνατόν να υιοθετηθούν βέλτιστες πρακτικές από άλλες δομές, οι οποίες έχουν τις καλύτερες επιδόσεις.

Συνήθως αυτό που μετριέται είναι η ποιότητα, ο χρόνος και το κόστος, μπορούν, όμως, να μετρηθούν και άλλοι τομείς. Κατά τη διαδικασία της συγκριτικής αξιολόγησης-διαχείρισης εντοπίζονται οι καλύτερες δομές ή

οργανισμοί στον κλάδο τους, ή σε άλλο κλάδο όπου υπάρχουν παρόμοιες διαδικασίες, και συγκρίνονται τα αποτελέσματα και οι διαδικασίες ή στόχοι που μελετήθηκαν, όσον αφορά στα αποτελέσματα και τις διαδικασίες του. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει γνωστό πόσο καλά λειτουργούν οι στόχοι και οι διαδικασίες και να γίνει αντιληπτό γιατί αυτές οι δομές είναι επιτυχημένες.

Η συγκριτική αξιολόγηση χρησιμοποιείται για τη μέτρηση των επιδόσεων χρησιμοποιώντας ένα συγκεκριμένο δείκτη ή μια κλίμακα καθορισμένη από ένα εργαλείο, ώστε στα αποτελέσματα να υπάρχει ένα ευκρινές και κατανοητό μέτρο σύγκρισης των επιδόσεων σε σχέση με τους άλλους.

Επίσης, αναφέρεται ως «συγκριτική αξιολόγηση βέλτιστης πρακτικής» ή «συγκριτική αξιολόγηση της διαδικασίας», αυτή η διαδικασία που χρησιμοποιείται στη διαχείριση, και ιδιαίτερα τη στρατηγική διαχείριση, με την οποία οι οργανισμοί αξιολογούν διάφορες πτυχές των διαδικασιών τους σε σχέση με τομείς και διαδικασίες άριστης πρακτικής, συνήθως μέσα σε μια καθορισμένη ομάδα ομοτίμων για τους σκοπούς της σύγκρισης[22,52,53,55]. Αυτό επιτρέπει στη συνέχεια στους οργανισμούς να αναπτύξουν σχέδια για το πώς να κάνουν βελτιώσεις ή πώς να προσαρμόσουν συγκεκριμένες βέλτιστες πρακτικές, συνήθως με στόχο την αύξηση κάποιας πτυχής ή τομέα της απόδοσης τους. Η συγκριτική αξιολόγηση μπορεί να είναι μια εφάπαξ πρακτική, αλλά συχνά αντιμετωπίζεται ως μια συνεχής διαδικασία κατά την οποία οι οργανώσεις επιδιώκουν διαρκώς να βελτιώσουν τις πρακτικές τους.

2. Η αποκατάσταση στα διεθνή συστήματα υγείας και στην Ευρώπη

Η αποκατάσταση σε διεθνές επίπεδο και στην Ευρώπη παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική επανένταξη του ασθενή, του τραυματία ή του ατόμου που αντιμετωπίζει κάποιο αισθητηριακό, κινητικό ή πνευματικό πρόβλημα γενικότερα. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της αποδοχής του ατόμου από την κοινωνία αλλά και τη συνέχιση ή αρχή συσσωμάτωσης και ενσωμάτωσης του σε αυτή. Στη σημερινή εποχή, όπου επικρατούν κατά βάση τροχαία που προκαλούν κινητική αναπηρία και κακώσεις της σπονδυλικής στήλης κατά κύριο λόγο, η αποκατάσταση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην επαναφορά και εκπαίδευση του ατόμου, χωρίς να θεωρούνται υποδεέστερες οι υπόλοιπες αναφερόμενες περιπτώσεις.

Η αποκατάσταση είναι κινητική, επαγγελματική αλλά και ψυχική, και εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης ή προσαρμογής δεξιοτήτων, όσον αφορά στο άτομο που δέχεται τις υπηρεσίες αυτές.

Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες παρέχονται, όταν διαπιστωθεί η ανάγκη αποκατάστασης από την ιατρική κοινότητα, μέσα από εξειδικευμένα κέντρα, όπως για παράδειγμα το St. Lawrence Rehabilitation Center στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το Toronto Rehab στον Καναδά, το Al Thiqah Club for Handicapped στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, το Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil στην Ελβετία ή νοσοκομεία αποκατάστασης, όπως για παράδειγμα το Rehabilitation Institute of Chicago (RIC) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το γνωστό Stoke Mandeville Hospital στην Αγγλία, πρακτική ακόμα άγνωστη στην Ελλάδα.

Το νοσοκομείο ή κέντρο αποκατάστασης είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του νοσοκομείου και του σπιτιού του ατόμου που χρήζει περίθαλψης ή λήψης των υπηρεσιών τους.

3. Οι δομές αποκατάστασης στην Ελλάδα

Το Υπουργείο Υγείας καθορίζει τις δημόσιες μονάδες «κοινωνικής φροντίδας», όπως τις ονομάζει, οι οποίες έχουν διάφορες ονομασίες ανάλογα με την λειτουργία τους, όπως Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.ΜΕ.Α.), Κέντρο Περίθαλψης Παίδων (ΚΕ.ΠΕ.Π.), Κέντρο Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρία (Κ.Α.Α.ΜΕ.Α.), Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παίδων, Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων (Ενηλίκων), Κέντρο Αποθεραπείας-Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες (Κ.Α.Φ.Κ.Α.) και άλλες μονάδες που επιτελούν διάσπαρτα και μεμονωμένα επιμέρους έργα, προσφέροντας ολοκληρωμένες ή μη υπηρεσίες, άσχετα με την ονομασία που δίνει το υπουργείο, μονάδες οι οποίες κατά διαστήματα αλλάζουν.

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό υπάρχει ασάφεια στη γενικότερη λειτουργία τους, κάτι το οποίο δεν παρατηρείται σε τόσο μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος τα τελευταία χρόνια έχει δραστηριοποιηθεί μέσα από ενώσεις, όπως την Ένωση Κέντρων Αποκατάστασης – Αποθεραπείας Ελλάδος (Ε.Κ.Α.Α.Ε.), και την αναζήτηση, πολλές φορές, της διασφάλισης ποιότητας, άγνωστο δεδομένο στον δημόσιο τομέα.

Τέλος, υπάρχουν και οι κλινικές Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης (Φ.Ι.ΑΠ.) κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία (Ε.Σ.Υ.), που λειτουργούν συνεργατικά με τις υπόλοιπες κλινικές ή/και με κέντρα αποκατάστασης για την παροχή ενός ολοκληρωμένου έργου.

4. Η παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα, νομοθετικό πλαίσιο

Στην Ελλάδα όπως αναφέρθηκε ανωτέρω ο θεσμός του νοσοκομείου αποκατάστασης είναι άγνωστος και, σε προσπάθειες που έχουν γίνει στο παρελθόν από φορείς αναπήρων να εξηγηθεί, διαφάνηκε ότι είναι δυσνόητος ή ακόμα και ακατανόητος από τους αρμόδιους φορείς, οι οποίοι όμως έχουν προβλέψει τη δημιουργία τους με Νόμο, και συγκεκριμένα, στο Κεφάλαιο Β', Άρθρο 5, παρ. 1 του Ν. 2889/01 με τίτλο «Ίδρυση νοσοκομείων – Διοίκηση», αναφέρεται: «Με όμοια, ως άνω, προεδρικά διατάγματα τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνεύονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, **σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων**, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας και να ρυθμίζονται όλα τα προκύπτοντα ζητήματα σχετικά με την τακτοποίηση του προσωπικού».[1]

Ως εκ τούτου, η αποκατάσταση γίνεται σε ορισμένα νοσοκομεία, τα οποία αναλαμβάνουν αρχικά την οξεία φάση του ασθενή και την επαναφορά του έως το στάδιο της αποκατάστασης μετά από ένα ατύχημα, ή από κέντρα αποκατάστασης, δημόσια ή ιδιωτικά, αμέσως μετά την οξεία φάση, οπότε και ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να μεταφερθεί σε κάποιο από αυτά.

Δεν λαμβάνονται υπόψη οι λειτουργίες των νοσοκομείων ή φυσικοθεραπευτηρίων που αναλαμβάνουν την μερική αποκατάσταση ενός ασθενή μετά από ένα κάταγμα, ή σε μικρή κλίμακα ασκήσεων, σε μία ασθένεια που προκαλεί περιστασιακή αναπηρία.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το νέο νομοθετικό πλαίσιο τα δημόσια κέντρα αποκατάστασης που λειτουργούν είναι, πλέον, συνδεδεμένα με νοσοκομεία, κάτι το οποίο ίσως οδηγήσει στην καλύτερη και πληρέστερη παροχή υπηρεσιών από αυτά, μιας και υποστηρίζονται από νοσοκομειακές υποδομές και θα προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες Ιατρικής Αποκατάστασης κατά το οξύ και υποξύ στάδιο πληθώρας παθήσεων και τραυματικών καταστάσεων (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4025, Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 228/02-11-2011).

Επίσης, η «πλούσια» ελληνική νομοθεσία προβλέπει ότι ο ανώτερος χρόνος παραμονής τους ασθενούς στα κέντρα αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας, καθορίζεται στους τέσσερις μήνες ετησίως, προφανώς για την αποφυγή του υπέρμετρου κόστους και τον περιορισμό των εκροών (Υπ. Απ. ΦΕΚ. 1078/00).

Αυτός, όμως, ο χρόνος σπανίως είναι εφαρμόσιμος, διότι απουσιάζουν οι μηχανισμοί ελέγχου όπως και η καταγραφή στοιχείων για την πρόοδο και τη νοσηλεία του ασθενή και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ειδικά στο δημόσιο τομέα όπου η διασφάλιση ποιότητας είναι κάτι το άγνωστο και ανέγγιχτο, με αποτέλεσμα είτε την ελλιπή αποκατάσταση, είτε την παρατεταμένη παραμονή

του λήπτη της υπηρεσίας, ή, ακόμα, και την -σε πολλές περιπτώσεις- μετάβασή του στο εξωτερικό.

Μερικά από τα προβλήματα που υπάρχουν στον τομέα της αποκατάστασης στην Ελλάδα:[1]

- Απουσία ελέγχου ποιότητας
- Σπατάλη πόρων
- Κακή επιλογή προσωπικού
- Φτωχή παροχή υπηρεσιών
- Υπηρεσίες υπό διάλυση (κυρίως στο δημόσιο τομέα)
- Μικρή αποδοτικότητα
- Ελάχιστη αποτελεσματικότητα
- Μηδενικός έλεγχος και καταγραφή δεδομένων (κυρίως στο δημόσιο τομέα)

5. Η αναγκαιότητα της διασφάλισης ποιότητας

Ο χρόνος, η ακρίβεια χρόνου, η ευγένεια του προσωπικού, ο βαθμός ολοκλήρωσης της παρεχόμενη υπηρεσίας, η συνέπεια, η προσβασιμότητα και η ευκολία, η ακρίβεια και η ανταποκρισιμότητα είναι σημαντικοί παράγοντες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών αποκατάστασης.

Όμως, ο τομέας παροχής υπηρεσιών της υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ποιότητας σε σχέση με άλλους τομείς υπηρεσιών, τα οποία συνοψίζονται στα εξής:

1. Χρόνος: αναφέρεται στη διάρκεια ολοκλήρωσης της υπηρεσίας.

2. Ακρίβεια χρόνου: είναι η ολοκλήρωση παροχής υπηρεσίας την καθορισμένη στιγμή.

3. Ευγένεια του προσωπικού.

4. Βαθμός ολοκλήρωσης παρεχόμενης υπηρεσίας: αν η υπηρεσία παρήχθη στο σύνολο της ή μέρος μόνον αυτής.

5. Συνέπεια: παροχή της υπηρεσίας κατά τον ίδιο κάθε φορά τρόπο.

6. Προσβασιμότητα και Ευκολία: βαθμός ευκολίας απόκτησης της υπηρεσίας υγείας.

7. Ακρίβεια: σωστή εκτέλεση της υπηρεσίας από την πρώτη φορά.

8. Ανταποκρισιμότητα: αναφέρεται στην ευκολία παροχής υπηρεσίας στις αναπάντεχες και μη προγραμματισμένες καταστάσεις.

Οι προδιαγραφές (χαρακτηριστικά) της ποιότητας στον τομέα υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

1. Αξιοπιστία: είναι η ικανότητα επίτευξης της υπηρεσίας με ακρίβεια και εγκυρότητα (π.χ. ακρίβεια στη χρέωση των ασθενών, σωστή εκτέλεση της υπηρεσίας από την πρώτη φορά, φήμη κέντρου αποκατάστασης / γιατρού).

2. Επαγγελματικότητα / επιδεξιότητα: είναι η γνώση, τεχνική κατάρτιση, βαθμός εκπαίδευσης και εμπειρίας του προσωπικού (π.χ.

εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, υψηλά ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, ιστορικό ιατρών).

3. Συνειδητή συμμετοχή - Ενσυνείδηση (empathy): αναφέρεται στην φροντίδα και την παροχή εξατομικευμένης προσοχής στους ασθενείς από το ιατρικό και λοιπό προσωπικό (π.χ. προσωπική επαφή ιατρού και ασθενή, γνώση ειδικών αναγκών ασθενή).

4. Διασφάλιση: αναφέρεται στην ευγένεια που επιδεικνύουν οι γιατροί, νοσοκόμες και λοιπό προσωπικό και την ικανότητά τους να εμπνεύσουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς (π.χ. ευγενικές και φιλικές νοσοκόμες, επεξήγησή του κόστους της υπηρεσίας στους ασθενείς).

5. Βασικές ιατρικές υπηρεσίες: είναι τα κεντρικά και βασικά ιατρικά στοιχεία της υπηρεσίας: καταλληλότητα, αποτελεσματικότητα υπηρεσίας, οφέλη στον ασθενή (π.χ. αποτελεσματική και κατάλληλη χρήση υπηρεσιών, θετικό ιατρικό αποτέλεσμα, έμφαση στην εκπαίδευση του ασθενή).

6. Ανταποκρισιμότητα: είναι η προθυμία παροχής σωστής και κατάλληλης υπηρεσίας (π.χ. παροχή υπηρεσίας στην προκαθορισμένη και συμφωνημένη ώρα, προσβασιμότητα ιατρών από τους ασθενείς μέσω τηλεφώνου, e-mail κλπ., βολικές ώρες γραφείου ιατρών).

7. Απτά στοιχεία: συμπεριλαμβάνονται οι εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός και η εμφάνιση του προσωπικού (π.χ. επαγγελματική εμφάνιση προσωπικού, τοποθεσία κέντρου αποκατάστασης, άνετες εγκαταστάσεις, εκσυγχρονισμένος και επαρκής εξοπλισμός).

Ο ασθενής συνήθως δεν μπορεί να επιλέξει μεταξύ διαφόρων γιατρών και κέντρων αποκατάστασης με βάση την τιμή ή την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, διότι είτε δεν έχει την επαρκή πληροφόρηση, είτε δεν μπορεί να την αξιολογήσει σωστά. Η επιλογή τους συνήθως δεν γίνεται από τους ίδιους τους ασθενείς αλλά από άλλους παράγοντες (φίλους, συγγενείς, οικογενειακό γιατρό, κλπ.).

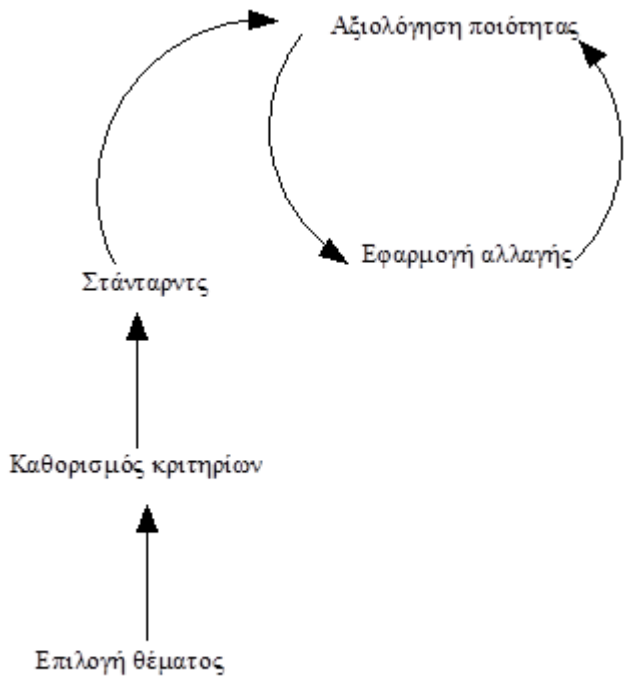
Η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας στοχεύει ως παρακάτω:

1. Στην επιβεβαίωση ότι τα πλήρη οφέλη της ιατρικής γνώσης εφαρμόζονται επιτυχώς στις ανάγκες των ασθενών.

2. Στη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου της φροντίδας. Οι δύο πρώτοι σκοποί διευκολύνουν τη βελτίωση κατά τη διάρκεια της μετάβασης του ασθενή από όλα τα στάδια της νοσοκομειακής περίθαλψης και της αποκατάστασης.

3. Στη συνεχή αυτή αξιολόγηση, που είναι και ο τρόπος με τον οποίο το επάγγελμα διατηρεί και θέτει τα δικά του στάνταρντ, και παραμένει υπεύθυνο στο κοινό που υπηρετεί.

Η αξιολόγηση του κέντρου αποκατάστασης μπορεί να γίνει μέσα από τις αρχές και τα στάδια της διασφάλισης ποιότητας, όπως αυτά φαίνονται από τον κύκλο διασφάλισης ποιότητας (Σχήμα 2)[1].



Σχήμα 2 [1]

Τα στάδια αυτά είναι:

- η επιλογή του θέματος
- ο καθορισμός των κριτηρίων
- η συμφωνία των στάνταρντ
- η εφαρμογή των αλλαγών και, τέλος,
- η αξιολόγηση της ποιότητας επανελέγχεται και αλλάζει μέσω

των πληροφοριών που παρέχονται γι' αυτή, από τη συνεχή ανατροφοδότηση των στοιχείων.

6. Σκοπός της διασφάλισης της ποιότητας

Σκοπός της διασφάλισης ποιότητας και ενός συστήματος που την καθορίζει, την ελέγχει και την πιστοποιεί είναι η συνεχής βελτίωση του οργανισμού-φορέα-παρόχου της υπηρεσίας αποκατάστασης, επιδιώκοντας την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη εφαρμογή του, όσον αφορά τη χρήση των οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων.

Όλα αυτά έχουν ως στόχο την ικανοποίηση του χρήστη-ασθενή των υπηρεσιών αυτών και την πληρέστερη αποκατάσταση του σε σωματικό, πνευματικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Όσο πιο εμπεριστατωμένο, εξειδικευμένο και προσωπικό είναι το πρόγραμμα που ακολουθείται μέσω ενός ατομικού πλάνου-σχεδιασμού της παρεχόμενης υπηρεσίας και όσο πιο σωστά κατανεμημένο, άρτια και πρόσφατα εκπαιδευμένο ή επανεκπαιδευμένο, είναι το προσωπικό, με πλήρη γνώση των αρμοδιοτήτων του καθενός, τόσο αποφεύγεται η παράταση του χρόνου παραμονής του χρήστη στο κέντρο ή την κλινική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων, τη σωστή παροχή υπηρεσιών και την αποφυγή του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome) του προσωπικού.

Απαιτείται συνεχής παρακολούθηση των υπηρεσιών που προσφέρονται σε κάθε άτομο με αναπηρία και κατά διαστήματα αναπροσαρμογή του προγράμματος αποκατάστασης του, όταν οι συνθήκες της ζωής του αλλάζουν, με στόχο την κατάλληλη κοινωνική του ένταξη.

Όλα αυτά όμως προϋποθέτουν σωστή και πλήρη καταγραφή κάθε πρακτικής και δραστηριότητας που λαμβάνει χώρα στο κέντρο ή την κλινική αποκατάστασης, αυτοέλεγχο αλλά και εξωτερικό έλεγχο, αξιολόγηση και πιστοποίηση από κάποιον φορέα.

Το υπέρμετρο κόστος, ο χρόνος και η κακή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών εκμηδενίζονται όταν όλα είναι υπό έλεγχο και υπό καταγραφή.

Όπως άλλωστε έχει αναφέρει και ο W. Edward Deming (1900-1993), γκουρού στα θέματα διασφάλισης ποιότητας, είναι απαραίτητο να:

- Κάνουμε τα σωστά πράγματα σωστά
- Η ποιότητα είναι ευθύνη του κάθε ενός
- Δεν αρκεί να κάνεις ό,τι καλύτερο μπορείς
- Πρέπει πρώτα να γνωρίζεις τι να κάνεις και μετά να κάνεις ό,τι καλύτερο μπορείς

Με αυτές τις διεθνώς πλέον αναγνωρισμένες αρχές όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών είτε το έργο τους εμπίπτει στον κοινωνικό τομέα χωρίς οικονομικό «όφελος» είτε όχι, πρέπει να ακολουθούν πρακτικές που να εγγυώνται την ποιότητα τους, γιατί η απουσία της είναι κάτι το οποίο επιβαρύνει τους πάντες παντοιοτρόπως.

Τα προβλήματα που επιλύει η παρουσία και η εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας, επιγραμματικά παρουσιάζονται παρακάτω:[1]

- Απουσία καταγεγραμμένων ενεργειών και αποτελεσμάτων

- Έλλειψη διοίκησης ολικής ποιότητας
- Κακή διαχείριση ανθρωπίνων πόρων
- Αναποτελεσματικότητα, μηδαμινή αποδοτικότητα σε σχέση με τους διαθέσιμους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους
- Αναξιοπιστία και αμφισβήτηση παραγόμενου έργου
- Διαχωρισμός και έλεγχος φορέων
- Εντοπισμός αναγκών των χρηστών - εξυπηρετούμενων
- Συνεχής βελτίωση
- Αναγνώριση του παραγόμενου έργου
- Ανταλλαγή δεδομένων και συγκριτική μελέτη με αντίστοιχους οργανισμούς στη χώρα ή το εξωτερικό (benchmarking)
- Πρόσδοση κύρους

7. Αναγκαιότητα της μελέτης

Σύμφωνα με τον ορισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΠΚΑ, 2001) ανάπηρα θεωρούνται *«όλα εκείνα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή ανεπάρκεια ή μειονεξία, που οφείλεται σε σωματική, διανοητική ή ψυχική βλάβη, η οποία αποκλείει την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας, η οποία θεωρείται κανονική για έναν άνθρωπο».* Αυτή τη στιγμή στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μετά την τελευταία διεύρυνση, υπάρχουν περίπου 50.000.000 άτομα με αναπηρίες (Miguel Angel Cabra de Luna, 2003) που αντιστοιχούν στο 9,3% του πληθυσμού της. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό φτάνει το 12% περίπου και οι εκροές για αποκατάσταση των περισσοτέρων εξ αυτών στο εξωτερικό είναι πολύ μεγάλες. Η δέσμευση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων λόγω της ανύπαρκτης ή ανεπαρκούς αποκατάστασης των αναπήρων είναι σημαντική και το κοινωνικό και οικονομικό

κόστος κάτι παραπάνω από σημαντικό. Στην Ελλάδα το θέμα της Αποκατάστασης Αναπήρων ατόμων δεν έχει συζητηθεί επαρκώς και δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους σχεδιαστές των υπηρεσιών υγείας.

Η διακήρυξη της Alma - Ata για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην οποία βασίστηκε η Ευρωπαϊκή στρατηγική «Υγεία για όλους μέχρι το 2000», περιλαμβάνει στους στόχους της το εξής: «…όλα τα κράτη θα πρέπει να αναπτύξουν συστήματα υγείας που θα βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και θα προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προαγωγής υγείας, πρόληψης και θεραπείας, αποκατάστασης και υποστήριξης, που θα ανταποκρίνονται στις βασικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού και θα δίδουν ιδιαίτερη προσοχή στα υψηλού κινδύνου, τα ευπαθή και τα μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα…».

Στην Ελλάδα, η διασφάλιση ποιότητας στον τομέα και τα κέντρα αποκατάστασης, καθώς και η απουσία τους δεν είχαν αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής μελέτης μέχρι πρόσφατα. Μια διπλωματική εργασία του μεταπτυχιακού τμήματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσια Υγείας με τίτλο «Διπλωματική Εργασία-Οργάνωση, Λειτουργία και Πιστοποίηση Υπηρεσιών Αποκατάστασης Αναπήρων» ήταν η μόνη που ασχολήθηκε εξειδικευμένα με τον τομέα της αποκατάστασης.[1]

Αν και υπάρχουν δεκάδες άρθρα και βιβλία όσον αφορά στη διασφάλιση ποιότητας στην υγεία και μερικά, ίσως, για την πρόνοια γενικότερα, δεν έχει υπάρξει μια εμπεριστατωμένη μελέτη για το αν θα μπορούσε να εφαρμοστεί, και κατά πόσο, ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας στα κέντρα αποκατάστασης, ή και για τις αδυναμίες εφαρμογής του ή για τις ρυθμίσεις και προσαρμογές όσον αφορά στην εφαρμογή του.

Η ανάγκη εκπόνησης της παρούσας μελέτης προέκυψε από την έλλειψη δεδομένων αναφοράς στην Ελλάδα όσον αφορά στα μετρήσιμα αποτελέσματα, από την απουσία ενός αμιγώς ελληνικού προτύπου διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης και τις βελτιώσεις που θα μπορούσε να αποφέρει, όπως τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και τη σωστότερη διαχείριση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων, με αντίστοιχη αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και ικανοποίηση του πελάτη.

8. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν σχετικά με τη διασφάλιση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα κέντρα αποκατάστασης ήταν:

1. Στο πόσα και ποια συστήματα διασφάλισης της ποιότητας στην αποκατάσταση υφίστανται.
2. Στη δυνατότητα εφαρμογής ενός τέτοιου συστήματος στην Ελλάδα.
3. Στο σχεδιασμό ή τροποποίηση και στην πιλοτική εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος προσαρμοσμένου στα Ελληνικά δεδομένα.

9. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν η δημιουργία ενός προτύπου συστήματος διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση, όπως, επίσης, και η περιγραφή και διερεύνηση του βαθμού ποιοτικών υπηρεσιών στα κέντρα αποκατάστασης, της πρακτικής που ακολουθείται, αλλά και της δυνατότητας εφαρμογής ενός ελληνικού συστήματος σε αυτά.

Μέσω αυτής της μελέτης θα επιδιωχθεί η διατύπωση αντίστοιχων προτάσεων για την πιστοποίηση των κέντρων αποκατάστασης στην Ελλάδα, το γενικότερο

επιχειρησιακό σχεδιασμό των υπηρεσιών τους και την αποτελεσματικότερη διοίκηση τους.

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Να αναζητήσει ένα κατάλληλο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας.
2. Να περιγράψει την υπάρχουσα κατάσταση στα επιλεγμένα κέντρα αποκατάστασης και την γενικότερη λειτουργία τους.
3. Να διερευνήσει τη δυνατότητα εφαρμογής ενός ελληνικού εργαλείου διασφάλισης ποιότητας ή ενός το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί στο ελληνικό περιβάλλον μετά από διαδικασία μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής και εξειδίκευσης και να εκτιμήσει τις υπάρχουσες ανάγκες μέσω των απαντήσεων που δόθηκαν, να εκτιμήσει την ανάγκη συνεχούς βελτίωσης και καταγραφής δεδομένων, να καταγράψει τις αδυναμίες τους και τέλος να διατυπώσει προτάσεις και μέτρα που η εφαρμογή τους θα οδηγήσει στην παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών αποκατάστασης στην Ελλάδα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α. Μέθοδοι

1. Η αναζήτηση και η επιλογή των εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας

Στα πλαίσια αναζήτησης του κατάλληλου εργαλείου αξιολόγησης, διενεργήθηκε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, με στόχο να εντοπιστούν τα καταλληλότερα εργαλεία στον τομέα της αποκατάστασης. Συγκρίθηκαν διάφορα συστήματα, με σκοπό να προσδιοριστεί το πλέον κατάλληλο για την Ελλάδα.

Ακολουθήθηκε μια στρατηγική αναζήτησης βήμα προς βήμα, προκειμένου να συγκεντρωθούν τα σχετικά στοιχεία για την εκτίμηση του κατάλληλου συστήματος διασφάλισης της ποιότητας στην αποκατάσταση.

Για το σκοπό αυτό αναζητήθηκαν άρθρα στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων Medline, χειρόγραφα, ιστοσελίδες, editorials, ιστοσελίδες και γενικά έγγραφα τα οποία θα μπορούσαν να τεκμηριώσουν την έρευνα μας και εντοπίστηκε κάθε ένα, που πληρούσε τα κριτήρια ένταξης, αποκλείοντας τα μη σχετικά (Δημοσίευση #1).

2. Η αξιολόγηση του επιλεγμένου εργαλείου αξιολόγησης διασφάλισης της ποιότητας στις δομές αποκατάστασης αναπήρων

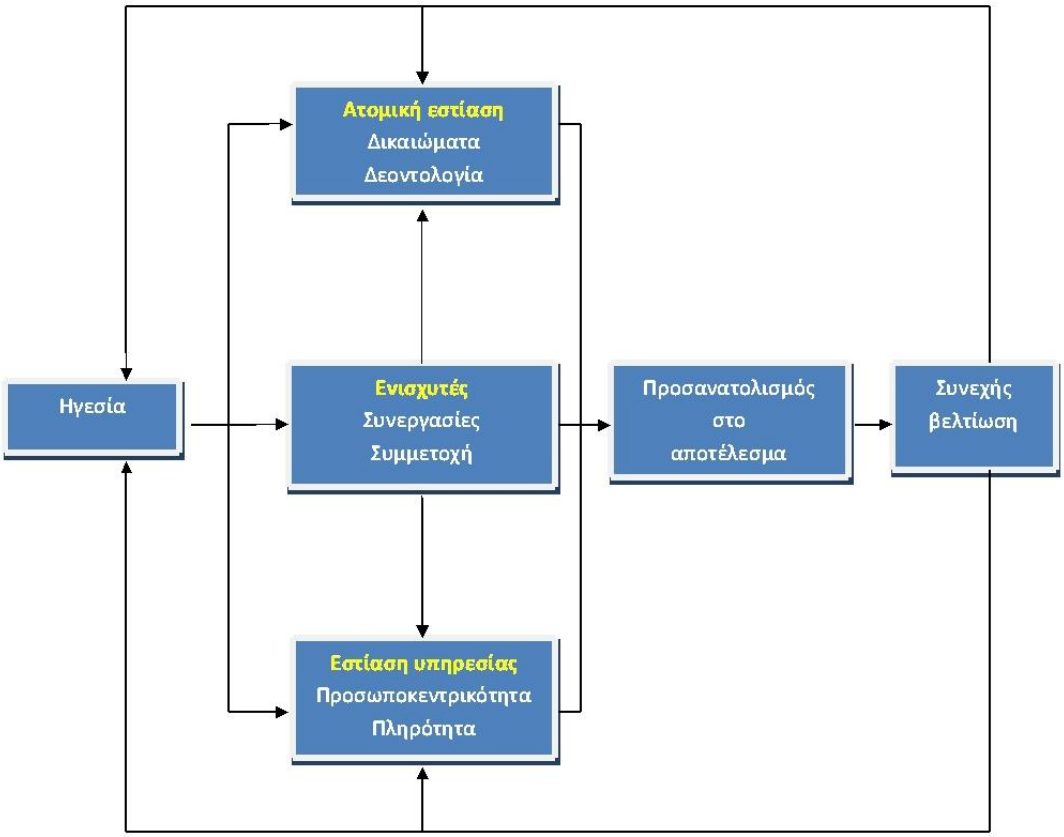
2.1 Το σύστημα διασφάλισης ποιότητας EQUASS

Η Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την αποκατάσταση (EPR) με την υποστήριξη του Συμβουλίου της Ευρώπης, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, του Ευρωπαϊκού φόρουμ για την αποκατάσταση (EDF), της ευρωπαϊκής ένωσης παρόχων υπηρεσιών για τα άτομα με αναπηρία (EASDP), οι Ευρωπαϊκοί οργανισμοί εργοδοτών και συνδικάτων, όπως και τα ιδρύματα κοινωνικής ασφάλισης, ξεκίνησαν το European Quality in Rehabilitation Mark (EQRM) (EPR 2003). Υιοθετώντας την προσέγγιση του European Foundation for Quality Management (EFQM), το EPR πρότεινε εννέα

αρχές αριστείας (σχήμα 3) για τους παρόχους υπηρεσιών αποκατάστασης. Σε κάθε μία από αυτές έγινε επεξεργασία από την άποψη πέντε κριτηρίων και μια διαδικασία αυτοαξιολόγησης αναπτύχθηκε. Το σύστημα EQRM παρέχει σε έναν οργανισμό τα μέσα να πραγματοποιήσει, με βάση την αντίληψή του, μια αυτοαξιολόγηση, η οποία παρέχει μιας ζωτικής σημασίας ανατροφοδότηση σχετικά με το βαθμό στον οποίο παρέχει υπηρεσίες σύμφωνα με τις αρχές αριστείας. Ανεξάρτητοι αξιολογητές, εκπαιδευμένοι σε ένα σύστημα βαθμολόγησης, επικυρώνουν αυτή τη διαδικασία. Μια ανεξάρτητη επιτροπή με την εκπροσώπηση πολλαπλών συνεργαζόμενων φορέων μετριάζει και εκτιμά την όλη διαδικασία και απονέμει το Ευρωπαϊκό Σήμα (EQRM). Κάθε οργανισμός που μπορεί να επιδείξει επίτευξη και συνεχή βελτίωση και στις εννέα αρχές λαμβάνει το σήμα EQRM.

Οι αρχές είναι στηριγμένες και βαθιά ριζωμένες σε ένα προσωποκεντρικό ήθος και είναι σχεδιασμένες να παρέχουν ένα πλαίσιο εργασίας μέσα στο οποίο κάθε οργανισμός μπορεί να αξιολογήσει την επίδοση του και να σχεδιάσει την ανάπτυξη του. Παρόλο που υπάρχει κάποια επικάλυψη μεταξύ μοντέλου EFQM και των αρχών του EQRM υπάρχουν, επίσης, σημαντικές διακρίσεις.

Η βασική διαφορά του EFQM σε σχέση με το EQRM είναι ότι το πρώτο δεν είναι επαρκές να υιοθετήσει την αρχή της προσωποκεντρικότητας στα μέσα πολιτικής του.



Σχήμα 3. Οι αρχές του EQRM [37,38,41,42]

Το European Quality in Social Services (EQUASS) - μετεξέλιξη του European Quality in Rehabilitation Mark (EQRM) - είναι μια πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Πλατφόρμας για την Αποκατάσταση (EPR). Το EQUASS παρέχει μια σειρά ολοκληρωμένων υπηρεσιών στον τομέα της έγκρισης και της πιστοποίησης της ποιότητας, οι οποίες συμμορφώνονται με τις ευρωπαϊκές απαιτήσεις για την ποιότητα στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Τα προγράμματα πιστοποίησης είναι συμπληρωματικά στα υφιστάμενα προγράμματα πιστοποίησης ποιότητας σε εθνικό επίπεδο και ελέγχονται από μια ανεξάρτητη διεθνή επιτροπή απονομής του σήματος

EQUASS, στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι από τους βασικούς ευρωπαϊκούς φορείς.

Το σύστημα πιστοποίησης EQUASS στηρίζεται σε δέκα βασικές αρχές για την Ποιότητα, ένα ευρέως αποδεκτό σύνολο ευρωπαϊκών αρχών, οι οποίες περιλαμβάνουν τις προοπτικές των σημαντικότερων φορέων της Ευρώπης στον κοινωνικό τομέα.

Οι δέκα αρχές για την ποιότητα εναρμονίζονται με τις κύριες αρχές του Voluntary European Quality Framework for Social Services (SPC, 2010) και του Common Quality Framework for Social Services of General Interest (Prometheus, 2011). Ο τομέας του EQUASS είναι ενός συγκεκριμένου πλαισίου για την πιστοποίηση ποιότητας και μπορεί να λειτουργήσει σε ευρωπαϊκό επίπεδο, δεδομένου ότι βασίζεται στις καθολικές βασικές αξίες, οι οποίες μεταφράζονται σε συγκεκριμένα κριτήρια και επιχειρησιακούς δείκτες.

Τα κριτήρια του EQUASS για την πιστοποίηση είναι μη δεσμευτικά, υπό την έννοια ότι η συμμόρφωση μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους. Επιπλέον, σέβονται την πολιτιστική ποικιλία στην πράξη των κοινωνικών υπηρεσιών, και είναι αρκετά ευέλικτα ώστε να προσαρμοστούν σε διαφορετικά εθνικά πλαίσια και τους κανονισμούς που τα διέπουν. Τα κριτήρια του EQUASS μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μια διακρατική διαδικασία αναφοράς και ανταλλαγής πληροφοριών για την αμοιβαία μάθηση, για τον εντοπισμό και τη σύγκριση των διαφορών στις προσεγγίσεις και τις επιδόσεις, όσον αφορά στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.

Η πιστοποίηση του EQUASS μπορεί να ληφθεί σε δύο επίπεδα, σε αυτή του EQUASS Assurance, η οποία μπορεί να προσαρμοστεί σε εθνικό επίπεδο, και στην πιο απαιτητική του EQUASS Excellence. Τα δύο είδη πιστοποίησης είναι μη υποχρεωτικά και με γνώμονα το να ξεπεράσουν το γεγονός ότι η ρύθμιση των κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί αρμοδιότητα των Ευρωπαϊκών κρατών μελών. Τα δύο αυτά προγράμματα πιστοποίησης EQUASS έχουν την ίδια βάση, το ίδιο πλαίσιο και τα ίδια κριτήρια, απλά πιστοποιούν δύο διαφορετικά επίπεδα ποιότητας.

Οι δέκα βασικές αρχές (σχήμα 4) που λαμβάνει υπόψη του το EQUASS για την πιστοποίηση ενός οργανισμού είναι οι κάτωθι:

1. ΗΓΕΣΙΑ

   Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης πρέπει να επιδεικνύει ηγετικό ρόλο στο εσωτερικό του, στον τομέα της αποκατάστασης και εντός της ευρύτερης κοινότητας με την προώθηση θετικών εικόνων, προκαλώντας χαμηλές προσδοκίες, βέλτιστες πρακτικές, πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων, καινοτομία, και μια πιο ανοιχτή και χωρίς αποκλεισμούς κοινωνία.

2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

   Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης πρέπει να παρουσιάσει ότι έχει μια πολιτική στις διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού και απασχόλησης εθελοντών πέρα από διακρίσεις λόγω φύλου, ηλικίας, σωματικής κατάστασης, εντός της νομοθεσίας και με τα κατάλληλα προσόντα, όπως και τη συνεχή του εκπαίδευση και επανεκπαίδευση, αλλά και τη διάκριση του ρόλου του καθενός εντός του οργανισμού.

3. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης έχει δεσμευτεί για την προστασία και προαγωγή των δικαιωμάτων του εξυπηρετούμενου ατόμου από την άποψη των ίσων ευκαιριών, της ίσης μεταχείρισης και της ισότιμης συμμετοχής, παρέχοντας τεκμηριωμένη επιλογή και υιοθέτηση μη διακρίσεων, όπως και θετικές δράσεις στο πλαίσιο των δικών του υπηρεσιών. Η δέσμευση αυτή είναι εμφανής σε όλα τα στοιχεία της ανάπτυξης υπηρεσιών και της παροχής τους, αλλά και στις αξίες του παρόχου.

4. ΗΘΙΚΗ και ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης λειτουργεί βάσει ενός κώδικα δεοντολογίας που θα σέβεται την αξιοπρέπεια των ατόμων που εξυπηρετούνται και τις οικογένειες ή τους φροντιστές τους, που τους προστατεύει από αδικαιολόγητο κίνδυνο, και ο οποίος καθορίζει τις απαιτήσεις για τις αρμοδιότητες εντός του οργανισμού, αλλά και που προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη.

5. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης λειτουργεί σε συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς στο συγκεκριμένο τομέα, τους εργοδότες και τους εκπροσώπους των εργαζομένων, τους χρηματοδότες και τους αγοραστές-λήπτες των υπηρεσιών του, τις οργανώσεις των ατόμων με ειδικές ανάγκες, τις τοπικές ομάδες και τις οικογένειες και τους φροντιστές, ώστε να δημιουργεί μια συνέχεια των υπηρεσιών του και την επίτευξη πιο αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών και πιο ανοικτής κοινωνίας.

6. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης προωθεί τη συμμετοχή και ένταξη των ατόμων με αναπηρία σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού και εντός της κοινότητας. Για την επίτευξη της πιο ισότιμης συμμετοχής και συσσωμάτωσης, ο πάροχος εργάζεται σε συνεννόηση με τους φορείς εκπροσώπησης των ομάδων και της συνηγορικής υποστήριξης, με σκοπό την άρση των εμποδίων, τη δημόσια εκπαίδευση και την ενεργό προώθηση των ίσων ευκαιριών.

7. ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης χρησιμοποιεί μεθόδους που καθοδηγούνται από τις ανάγκες τόσο των προσώπων που εξυπηρετούνται όσο και των δυνητικών δικαιούχων, συμπεριλαμβάνει τους χρήστες ως ενεργά μέλη της ομάδας παροχής υπηρεσιών, σέβεται τη συμβολή του ατόμου με τη συμμετοχή του στην αυτοαξιολόγηση, την ανατροφοδότηση στοιχείων και την αξιολόγηση τους όσον αφορά στα άτομα καθώς και τους στόχους των υπηρεσιών. Όλες οι διαδικασίες υπόκεινται σε τακτική επανεξέταση.

8. ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης εξασφαλίζει ότι το άτομο που εξυπηρετείται μπορεί να έχει πρόσβαση στη συνέχεια μιας ολιστικής και κοινοτικής υπηρεσίας, που εκτιμά τη συμβολή όλων των χρηστών και πιθανών εταίρων, συμπεριλαμβανομένης της τοπικής κοινότητας, των εργοδοτών και άλλων ενδιαφερομένων, και αυτό επεκτείνεται χρονικά από την έγκαιρη παρέμβαση για τη στήριξη και την μετέπειτα παρακολούθηση, η

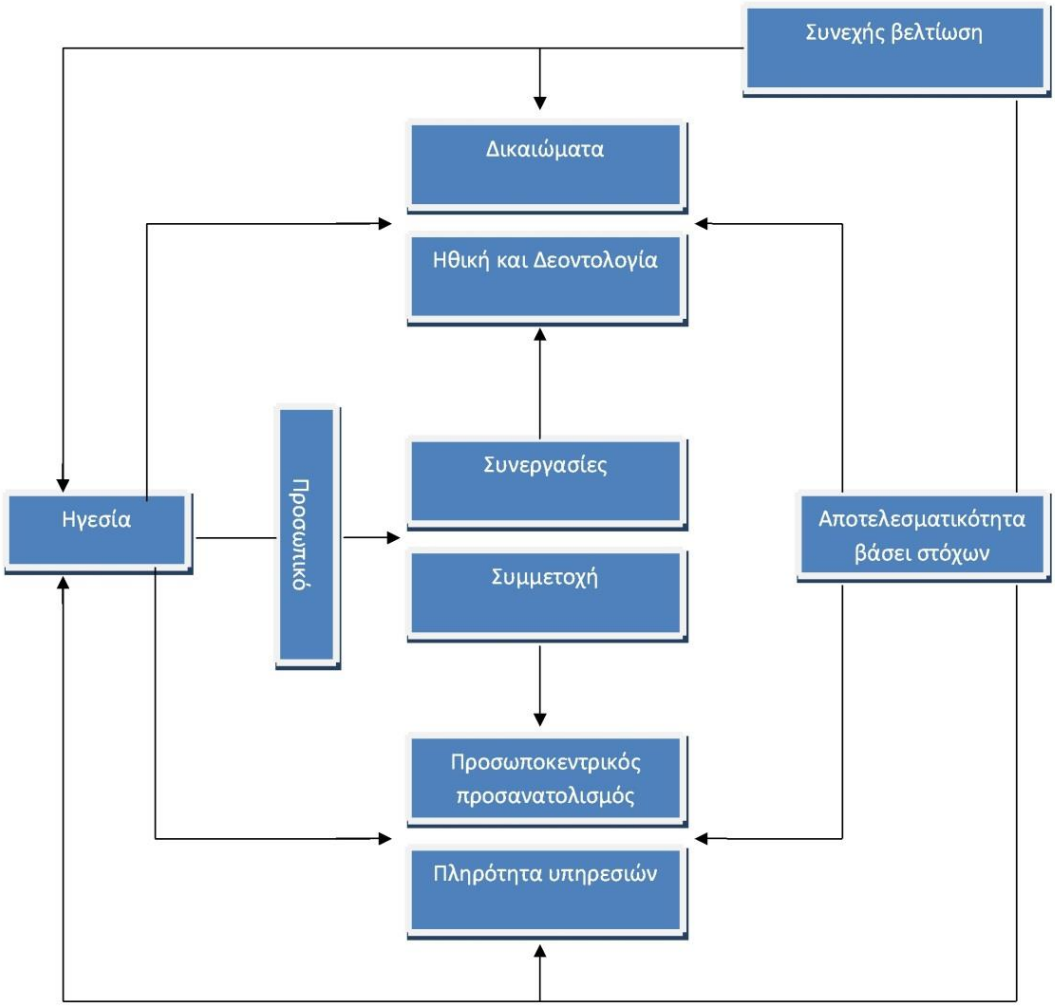
οποία παραδίδεται μέσω μιας διεπιστημονικής προσέγγισης της ομάδας ή πολυ-υπηρεσιακής συνεργασίας με άλλους παρόχους υπηρεσιών και τους εργοδότες.

9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΒΑΣΕΙ ΣΤΟΧΩΝ

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης είναι εστιασμένος στο αποτέλεσμα, όσον αφορά τόσο στις αντιλήψεις και τα επιτεύγματα, όσο και στα οφέλη για το άτομο που εξυπηρετείται, την οικογένειά του / φροντιστές, τους εργοδότες, άλλα ενδιαφερόμενα μέρη και την κοινότητα. Επίσης, επιδιώκει την επίτευξη της βέλτιστης αξίας για τους αγοραστές-λήπτες και τους χρηματοδότες. Οι επιπτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες μετρώνται, παρακολουθούνται και αποτελούν σημαντικό στοιχείο της συνεχούς βελτίωσης των διαδικασιών, της διαφάνεια και της λογοδοσία.

10. ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

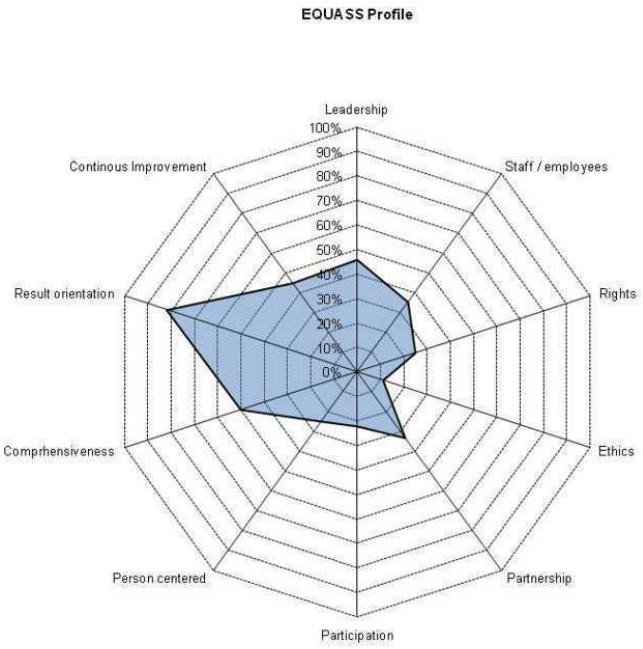
Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης παίζει ενεργό ρόλο στην ικανοποίηση των αναγκών της αγοράς, χρησιμοποιώντας τους πόρους πιο αποτελεσματικά, την ανάπτυξη και βελτίωση των υπηρεσιών και την αξιοποίηση της έρευνας και ανάπτυξης για την επίτευξη καινοτομιών. Έχει δεσμευτεί για την ανάπτυξη του προσωπικού και τη μάθηση, αγωνίζεται για την αποτελεσματική επικοινωνία και το μάρκετινγκ, τις αξίες των χρηστών, την ανατροφοδότηση των ενδιαφερόμενων μερών και των χρηματοδοτών, και τη λειτουργία συστημάτων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.



Σχήμα 4. Οι αρχές του EQUASS [37,38,41,42]

Στο EQUASS Assurance το οποίο ακολουθήθηκε ως πρότυπο, βάση και πυρήνας του δικού μας συστήματος, ακολουθείται μια συγκεκριμένη διαδικασία. Από την ώρα που ο πάροχος εκδηλώσει το ενδιαφέρον να πιστοποιηθεί αποστέλλεται ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης, το οποίο συμπληρώνεται από τον πάροχο και επιστρέφεται στα γραφεία του EQUASS ώστε να διαπιστωθεί εάν και ποιες ελλείψεις έχει ο πάροχος και αν έχει ανάγκη συμβουλευτικής, προκειμένου να πληροί τις προϋποθέσεις για την πιστοποίησή του.

Η αστοχία στην απάντηση των ερωτήσεων πρέπει να είναι 0% ώστε μετά από την αξιολόγηση από εξωτερικό ελεγκτή-αξιολογητή να λάβει την ποθητή πιστοποίηση. Στην συνέχεια καταγράφονται οι αδυναμίες του σε ένα radar chart (σχήμα 5) με το προφίλ του, για την καλύτερη καταγραφή και κατανόηση αυτών αλλά και τη διαδικασία benchmarking μεταξύ των φορέων.



Σχήμα 5. [37,38,41,42]

3. Η ανάπτυξη και δημιουργία του «συστήματος διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.»

Μετά τον εντοπισμό του κατάλληλου συστήματος από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση αποφασίστηκε η ανάπτυξη και δημιουργία ενός προτύπου ελληνικού συστήματος διασφάλισης ποιότητας κατά την οποία λήφθηκαν υπόψη πολλοί παράγοντες που θα είναι η βάση ανάπτυξης του δικού μας, όπως διαφαίνεται στο κεφάλαιο 1 «Αναζήτηση και η επιλογή των εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας», του ειδικού μέρους της παρούσας διατριβής, τα οποία είναι:

- Η δυνατότητα προσαρμογής ενός τέτοιου συστήματος στα δεδομένα κάθε χώρας.
- Η ευρεία κλίμακα εφαρμογής του.
- Ο προσωποκεντρικός του προσανατολισμός.
- Οι ιδιαίτερες συνθήκες της Ευρώπης.
- Η διασπορά του σε αυτή από τις βόρειες χώρες έως αυτές του νότου και από αυτές του πρώην ανατολικού μπλοκ μέχρι εκείνες της δύσης.
- Οι παράγοντες και οι φορείς που το στηρίζουν.
- Η ευελιξία του.
- Η ήδη επιτυχημένη εφαρμογή του σε οργανισμούς στην Ελλάδα.
- Η συνεχής εξέλιξη και βελτίωσή του.
- Η εξειδίκευσή του στον τομέα της αποκατάστασης και των προνοιακών υπηρεσιών γενικότερα.

Έτσι, επιλέχθηκε σαν βάση το European Quality in Social Services (EQUASS) Assurance που έχει ήδη εφαρμοσθεί σε 330 οργανισμούς σε όλη την Ευρώπη – με τον αριθμό αυτό κάθε έτος να μεγαλώνει σημαντικά – εκ των οποίων δύο στην Ελλάδα, ο ένας με το EQUASS Assurance και ο άλλος με το EQUASS Excellence, το οποίο όμως έχει έναν άλλο χαρακτήρα πολύ πιο απαιτητικό και, το κυριότερο, δεν είναι διαθέσιμο για προσαρμοσμένη εφαρμογή από κάθε χώρα παρά μόνο την κεντρική υπηρεσία του οργανισμού στις Βρυξέλλες.

Επιπλέον είναι ένα καθαρά ευρωπαϊκό σύστημα υποστηριζόμενο από την Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα για την Αποκατάσταση (EPR), το συμβούλιο της Ευρώπης και άλλους μεγάλους ευρωπαϊκούς οργανισμούς, που εγγυώνται την αξιοπιστία του, τη σωστή και διάφανη εφαρμογή του όπως και την εξέλιξή του. Επίσης, δίνεται επίσημα η δυνατότητα να υιοθετηθεί από κάθε χώρα σύμφωνα με τις ανάγκες της, διότι είναι αρκετά ευέλικτο. Η κλίμακα βαθμολογίας του στο ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης είναι 100% (πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις του πρώτου μέρους), δίνοντας τη δυνατότητα στον αυτοξιολογούμενο να εντοπίσει τις αδυναμίες του μετά από προτάσεις που του γίνονται, αν δεν έχει επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, και να βελτιωθεί ώστε να λάβει την πιστοποίηση.

Με βάση όλα αυτά υιοθετήθηκαν οι αρχές και ο πυρήνας του αποδεδειγμένα επιτυχημένου, αξιόπιστου και πανευρωπαϊκά εφαρμοσμένου συστήματος διασφάλισης ποιότητας EQUASS και οι -115 κλειστές και μία ανοιχτή- ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης τύπου checklist του ερωτηματολογίου μας, βασίστηκαν στην ελληνική πραγματικότητα και την εξειδίκευση της παρούσας μελέτης και έρευνας, με σκοπό τη δημιουργία ενός προτύπου ελληνικού συστήματος βελτίωσης της ποιότητας στην αποκατάσταση, με την επωνυμία «Σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην

αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.», το οποίο δεν θα έχει κανένα από τα μειονεκτήματα του επιλεχθέντος εργαλείου, όπως η έλλειψη ευέλικτης κλίμακας που θα παροτρύνει το χρήστη σε βελτίωση ακόμα και αν δεν αξιολογηθεί, ή οι υποερωτήσεις που δημιουργούν μια δυσκολία στην κατανόηση της διασφάλισης ποιότητας, ή ακόμα και το ευρύτερο πεδίο εφαρμογής του μετά την τελευταία αναθεώρηση του, σύμφωνα με την οποία εφαρμόζεται πλέον γενικότερα σε υπηρεσίες πρόνοιας, όπως βρεφονηπιακούς σταθμούς, οίκους ευγηρίας, κλπ., ενώ το ζητούμενο για εμάς είναι ένα σύστημα επικεντρωμένο στην αποκατάσταση των αναπήρων.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο αυτοαξιολόγησης με 110 ερωτήσεις κατανεμημένες σε 11 επίπεδα-τομείς για τον οργανισμό – πάροχο, και το δεύτερο τις απόψεις του παρόχου, όσον αφορά στην κατανόηση του ερωτηματολογίου, την αξιολόγηση του συστήματος και τη χρησιμότητα ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση.

Επίσης, προστέθηκε και το σημαντικότερο διαφοροποιητικό κριτήριο ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ (σχήμα 6), όπως επίσης αναθεωρήθηκαν όλοι οι τομείς και συντάχθηκαν νέες ερωτήσεις χωρίς υποερωτήσεις, οι οποίες ήταν προσαρμοσμένες αποκλειστικά και μόνο στον τομέα της αποκατάστασης.

3.1 Εντοπιότητα

Ο τομέας της Εντοπιότητας

Ο πάροχος της υπηρεσίας αποκατάστασης λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, τα Ελληνικά οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα, όπως και τις ανάγκες των εξυπηρετουμένων σχετικά με το δομημένο περιβάλλον της Ελλάδος. Επίσης, φροντίζει ώστε οι εργαζόμενοι του να προσαρμόζουν και να αναπτύσσουν

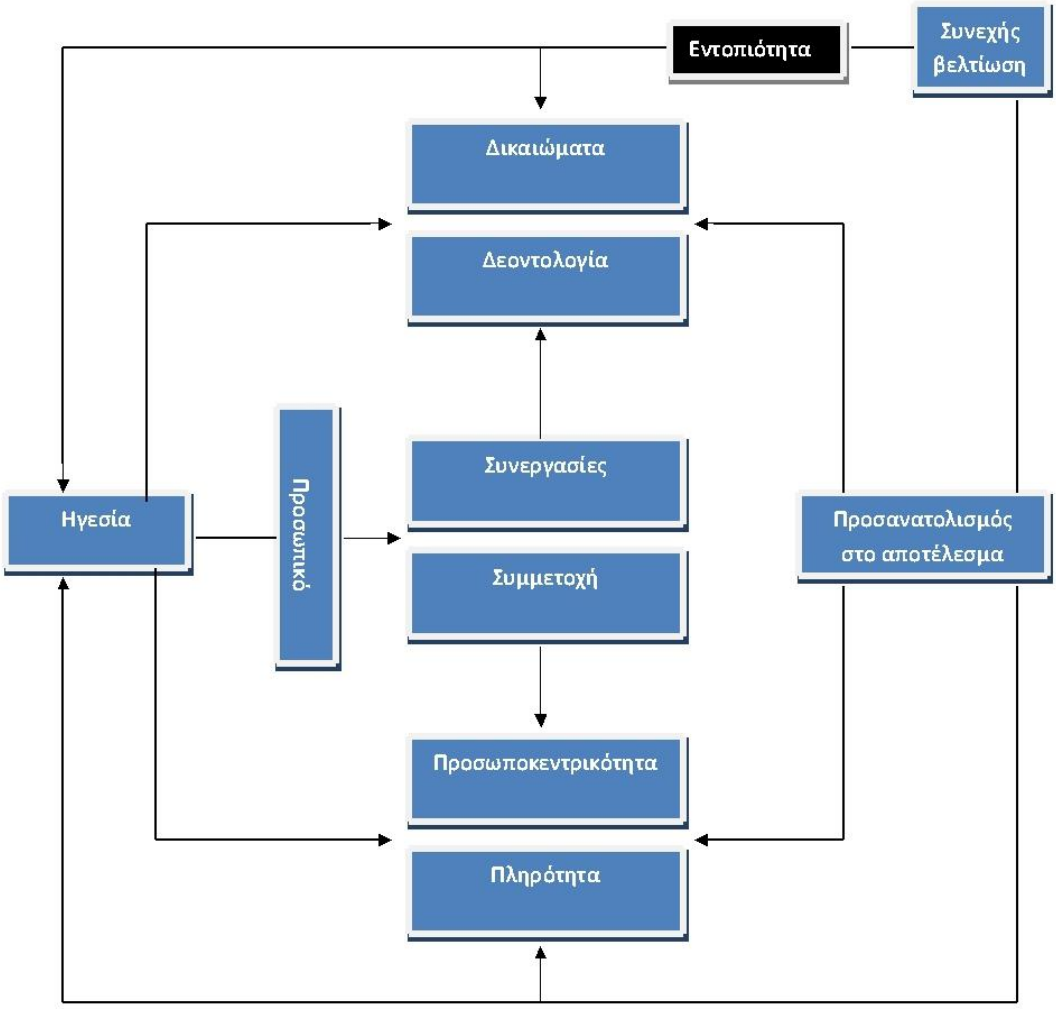
τεχνικές και διαδικασίες πάνω στα Ελληνικά δεδομένα και τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στον τόπο κατοικίας του εξυπηρετουμένου.

Η παρουσία της ενότητας «Εντοπιότητα» κρίθηκε αναγκαία για την καταγραφή των αναγκών του μικροπεριβάλλοντος του χρήστη, των υπηρεσιών και των προσωπικών του αναγκών στον τόπο διαμονής του, όπως επίσης και των ιδιαίτερων ανάγκών της αποκατάστασης ενός ατόμου που διαμένει στον αστικό ιστό ή στην περιφέρεια.

Τόποι διαμονής όπως τα ελληνικά νησιά ή οι επαρχιακές πόλεις, που μετά βίας διαθέτουν ένα κέντρο υγείας, αλλά και το αφιλόξενο περιβάλλον ορεινών περιοχών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε ό,τι αφορά στη συνέχιση των υπηρεσιών ή και την επαναξιολόγηση της κατάστασης του χρήστη των υπηρεσιών.

Σε αυτές τις συνθήκες είναι καίρια και η εκπαίδευση, ίσως, της οικογένειας ενός ανθρώπου που δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ώστε να αποφεύγονται παρενέργειες και δυσάρεστες καταστάσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την οικογένεια, τον ίδιο τον χρήστη των υπηρεσιών, αλλά και, γενικότερα, μεγεθύνουν το κόστος σε οικονομικούς και ανθρωπίνους πόρους για τον αποκατασταθέντα, το δημόσιο και τα ταμεία. Ένα παράδειγμα είναι η σωστή φροντίδα για την αποφυγή κατακλίσεων.

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη τη συγκεκριμένη παράμετρο της εντοπιότητας, γίνεται όσο το δυνατόν ομαλότερη η μετάβαση του εξυπηρετουμένου από τη νοσηλεία και την αποκατάσταση στο περιβάλλον κατοικίας του, με αποτέλεσμα την άμεση και χωρίς προσχώματα επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο, κάτι το οποίο θα τον καταστήσει λειτουργικό, χρήσιμο και παραγωγικό.


Εντοπιότητα
Συνεχής βελτίωση
Δικαιώματα
Δεοντολογία
Ηγεσία
Προσωπικό
Συνεργασίες
Συμμετοχή
Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα
Προσωποκεντρικότητα
Πληρότητα

Σχήμα 6

3.2 Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου-φόρμας αυτοαξιολόγησης

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε σε όσα το δυνατόν περισσότερα, αλλά και αντιπροσωπευτικά, κέντρα και δομές αποκατάστασης, ώστε η συμπλήρωσή του αυτή να συμβάλλει στην προσαρμογή του στην Ελληνική γλώσσα και περιβάλλον.

Σκοπός της δημιουργίας ενός τέτοιου συστήματος, προσαρμοσμένου στην ελληνική γλώσσα και στα ελληνικά δεδομένα και πρακτικές, είναι να υπάρξει μία έρευνα και συμπεράσματα για το κατά πόσο τα κέντρα αποκατάστασης στη χώρα μας πληρούν τις προϋποθέσεις για μια εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας που θα βελτιώσει κατά πολύ τον τρόπο λειτουργίας τους, αλλά και τις συνθήκες, όπως επίσης την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα τους. Τα συμπεράσματα της έρευνας θα βοηθήσουν στο να υπάρξει μια ευρύτερη γνώση στην διαχείριση του τομέα της αποκατάστασης και να φέρει στην επιφάνεια τυχόν αδυναμίες του που επιδέχονται βελτίωσης.

Επίσης, η ελληνική γλώσσα που χρησιμοποιείται στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης βοηθά στην κατανόηση όρων και εννοιών σχετικά με την ποιότητα, οι οποίοι δεν είναι οικείοι σε όσους δεν έχουν την απαραίτητη εξοικείωση με αυτούς.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε και σφραγίσθηκε από τις διοικήσεις, τους επιστημονικούς υπευθύνους και τους διευθυντές ή, κατά τον οργανισμό, υπευθύνους των δομών, ώστε τα αποτελέσματα του να μην επιδέχονται αμφισβήτησης.

3.3 Η διαμόρφωση της κλίμακας αξιολόγησης του «συστήματος διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.»

Στη φάση επιδιώχθηκε η ανάπτυξη και διαμόρφωση «Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας στην αποκατάσταση – (Σ.ΔΙ.Π.Α.)» και της κλίμακας του.

Η ανάπτυξη αυτή υποδείχθηκε από:

1. Την οικονομική κρίση στη χώρα μας.
2. Την ανάγκη για μια ποιοτική διασφάλιση όσον το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου.
3. Την ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης του επιπέδου παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης.
4. Τον κατακερματισμό –ειδικά στον δημόσιο τομέα- των υπηρεσιών.
5. Την κατασπατάληση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων.
6. Την ανάγκη για μια αξιόπιστη μελέτη και δημιουργία ενός εφικτού συστήματος, εύκολα προσαρμόσιμου στις ανάγκες του κάθε οργανισμού ή δομής.
7. Την ανάγκη ενός αξιόπιστου εργαλείου που πραγματικά θα βοηθά.

Επιδιώχθηκε η ανάπτυξη μιας κλίμακας με κατώτατο επίπεδο, που δεν θα επιτρέπει την πλασματική προώθηση υποδομών οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια ποιότητας, ενώ θα συμβάλλει στη βαθμολόγηση και τη βελτίωση όλων των υποδομών, προάξιμων ή μη, επιβραβεύοντας όσες πληρούν το σύνολο των τιθεμένων κριτηρίων. Το ποσοστό επί τοις εκατό στρογγυλοποιήθηκε στο πρώτο δεκαδικό. Η κλίμακα επίσης σκοπό έχει την κατηγοριοποίηση των δομών και την ευκολότερη συγκριτική μελέτη μεταξύ τους (benchmarking).

Παραδοχές που έγιναν στην κατεύθυνση αυτή:

1. Όσοι έχουν απαντήσει θετικά στο 90-100% των ερωτήσεων θεωρούνται ως προάξιμοι και αποδεκτοί από το σύστημα μας.
2. Όσοι έχουν απαντήσει θετικά στο 80-90% των ερωτήσεων και έχουν τουλάχιστον μια θετική απάντηση σε κάθε τομέα-αρχή να θεωρούνται ως προάξιμοι μετά από μικρή αναθεώρηση των πρακτικών τους.
3. Όσοι έχουν απαντήσει θετικά στο 60-80% των ερωτήσεων και έχουν τουλάχιστον μια θετική απάντηση σε κάθε τομέα-αρχή να θεωρούνται ως προάξιμοι μετά από μεγάλη αναθεώρηση των πρακτικών τους.
4. Όσοι έχουν απαντήσει θετικά σε λιγότερο από το 60% των ερωτήσεων ή/και δεν έχουν τουλάχιστον μια θετική απάντηση σε κάθε τομέα-αρχή, άσχετα από το ποσοστό να θεωρούνται μη προάξιμοι και έχουν ανάγκη ριζικών αλλαγών στον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού ή της δομής που παρέχει υπηρεσίες αποκατάστασης.

Με τον τρόπο αυτό θα διασφαλισθεί όσο το δυνατόν περισσότερο ο διαχωρισμός μεταξύ ποιοτικών και μη ποιοτικών παρόχων.

Η συγκεκριμένη κλίμακα δεν αντιγράφηκε ούτε τροποποιήθηκε από ήδη υπάρχουσα κλίμακα άλλου συστήματος αλλά αποτελεί πρωτότυπη εφαρμογή της, βασιζόμενοι στην ήδη υπάρχουσα εμπειρία στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση.

3.4 Η επιλογή των κέντρων αποκατάστασης

Η έρευνα μέσω ερωτηματολογίων-φορμών αυτοαξιολόγησης, η ανάλυση των δεδομένων και η τελική ανάπτυξη και εφαρμογή, μαζί με τη ολοκλήρωση της έρευνας, διήρκησαν σχεδόν τέσσερα χρόνια (Ιανουάριος 2009 – Δεκέμβριος 2012) και η μελέτη ολοκληρώθηκε σε δύο στάδια με την ίδια μεθοδολογία.

Μια φόρμα αυτοαξιολόγησης με το εργαλείο που αναπτύχθηκε ήταν το κεντρικό κομμάτι και το κύριο μέρος που απασχόλησε την παρούσα διατριβή στο σύνολό της, όπως και ξεκάθαρα όλο το δεύτερο και βασικό στάδιο για την εφαρμογή και αξιολόγηση του συστήματος και του εργαλείου μας.

Το δύο στάδια ήταν απαραίτητα για τους κάτωθι λόγους:

i) Για την εφαρμογή του συστήματος και τον έλεγχο του εργαλείου μας, που ήταν καθοριστικά για την συνέχιση και ολοκλήρωση της έρευνας.
ii) Στο πρώτο πιλοτικό στάδιο συμμετείχαν 2 δομές αποκατάστασης στην Αττική και από αυτές ζητήθηκε να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο, με σκοπό οι παρατηρήσεις τους να βοηθούσαν σε ό,τι αφορούσε στη δημιουργία του εργαλείου μας. Η συμμετοχή τους ήταν ουσιαστικής σημασίας διότι, το ένα κέντρο αποκατάστασης ήταν το μεγαλύτερο ιδιωτικό κλειστής νοσηλείας στην Αττική, που επιθεωρείται ήδη από ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας, και το δεύτερο, το μοναδικό πιστοποιημένο στην Ελλάδα με EQUASS Assurance που αποτελεί τη βάση μας.
iii) Στο διάστημα της έρευνας και ανάπτυξης ανακοινώθηκαν σημαντικές αλλαγές στο σύστημα διασφάλισης ποιότητας EQUASS που

χρησιμοποιήθηκε ως βάση και οι οποίες ενσωματώθηκαν προσαρμοσμένες στο εργαλείο μας.

iv) Θεωρήθηκε ότι το ερωτηματολόγιο έπρεπε να εμπλουτισθεί συμπληρωμένο με τα νέα δεδομένα του συστήματος που χρησιμοποιήθηκε ως βάση.

v) Με τα δεδομένα που προέκυψαν από την απάντηση του πρώτου ερωτηματολογίου θεωρήθηκε σημαντική η πρόσθεση ενός ακόμα τομέα, αυτού της «Εντοπιότητας» και ενός δεύτερου μέρους τύπου checklist με μια επιπρόσθετη ανοιχτή ερώτηση για την αξιολόγηση του εργαλείου μας.

vi) Ο εμπλουτισμός του ερωτηματολογίου ήταν, κατά την άποψή μας, απαραίτητος, επίσης, διότι, στο διάστημα που διήρκεσε η έρευνα, πολλές νομικές αλλαγές, υπουργικές αποφάσεις, αλλά και η δεινή κατάσταση της χώρας μας, είχαν ως αποτέλεσμα τη συγχώνευση οργανισμών και δημοσίων δομών και την υπολειτουργία αρκετών ιδιωτικών, με αποτέλεσμα την εκ βάθρων και ριζική αλλαγή στο χάρτη και στη λειτουργία του συστήματος υγείας και πρόνοιας στην Ελλάδα, στοιχεία τα οποία καθυστέρησαν εν μέρει την ολοκλήρωσή της θέλοντας να την έχουμε όσο το δυνατόν επικαιροποιημένη.

vii) Την αναζήτηση πιθανών αστοχιών στο σύστημά μας και τη δοκιμή του στο βασικό στάδιο της αυτοαξιολόγησης, το οποίο ήταν το σημαντικότερο και καθοριστικής σημασίας για την ολοκλήρωση της έρευνάς μας, διότι σε αυτό το στάδιο διαφαίνεται η επιτυχία ή μη ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας και, συγκεκριμένα, από τις προδιαγραφές και απαιτήσεις που θέτει.

Στο πρώτο στάδιο χρησιμοποιήθηκε ως βάση και προπομπός ανάπτυξης και δημιουργίας του εργαλείου μας η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου του EQUASS Assurance (μετά από έγκριση του οργανισμού για τη χρήση του στη διατριβή), που αποτελείτο από 100 ερωτήσεις σε μία φόρμα αυτοαξιολόγησης, οι οποίες ήταν δομημένες σε 9 επίπεδα, σύμφωνα με τις αρχές που έχουν αναφερθεί στην ενότητα 3.1 της παρούσης διατριβής, εκτός της ενότητας «Προσωπικό» η οποία προστέθηκε στη νέα αναθεώρηση και εξέλιξη του συστήματος EQUASS Assurance από τον συγκεκριμένο οργανισμό το 2012 . Όλες οι ερωτήσεις ήταν κλειστές χωρίς υποερωτήσεις και υποεπίπεδα.

Το πρώτο πιλοτικό στάδιο της έρευνας, αλλά και ο διαχωρισμός της σε δύο στάδια, κρίθηκαν απαραίτητα, αφενός μεν για να διαπιστωθεί πόσο ευέλικτο και κατανοητό ήταν το σύστημα που επιλέχθηκε σε αυτήν, αφετέρου δε για τη διαπίστωση των αναγκών και την περαιτέρω μελέτη όσον αφορά στην ανάπτυξη και δημιουργία του εργαλείου μας στο δεύτερο και τελικό στάδιο.

Η απάντηση των ερωτήσεων είχε ως πρώτο συμπέρασμα την ευκολία κατανόησης και απάντησής του, ειδικά από τα δύο κέντρα που είχαν εμπειρία στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και, ως δεύτερο και σημαντικό επίσης, την ανάγκη προσθήκης ενός επιπλέον τομέα για την εντοπιότητα και την κατανομή στην Ελλάδα.

Τα πρώτα συμπεράσματα, όπως και οι προαναφερόμενοι λόγοι, αλλά και η εμπειρία μέσα από την διαδικασία της αυτοαξιολόγησης και της επικοινωνίας με τις δομές, μας ώθησαν στην περαιτέρω ανάπτυξη και δημιουργία του εργαλείου μας και του τελικού και ουσιαστικότερου ερωτηματολογίου για το δεύτερο στάδιο της έρευνας, το οποίο θα ανταποκρινόταν όσο το δυνατόν περισσότερο στα

Ελληνικά δεδομένα και στην αποκατάσταση των αναπήρων, αντιπροσωπεύοντας το σύστημά μας (εργαλείο) και το οποίο περιγράφεται αναλυτικότερα παρακάτω.

Έτσι, για το δεύτερο στάδιο της έρευνας αναπτύχθηκε και δημιουργήθηκε ένα εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας με την επωνυμία «Σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.», που αποτυπωνόταν σε ένα επώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο ήταν δομημένο στα κάτωθι δύο επίπεδα:

α) Μέρος 1ο - Σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.

β) Μέρος 2ο - Απόψεις του παρόχου-οργανισμού

- Το α) μέρος με τον τίτλο «Σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.», περιελάμβανε 110 ερωτήσεις σε μία φόρμα αυτοαξιολόγησης, οι οποίες ήταν δομημένες ανά δέκα σε 11 επίπεδα-τομείς, σύμφωνα με τις αρχές που έχουν αναφερθεί στις ενότητες 3.1 και 3.2 της παρούσης διατριβής και είναι οι εξής:

1. Ηγεσία
2. Προσωπικό
3. Δικαιώματα
4. Δεοντολογία
5. Συνεργασίες
6. Συμμετοχή
7. Προσωποκεντρικότητα
8. Πληρότητα

9. Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα

10. Συνεχής βελτίωση

11. Εντοπιότητα

Όλες οι ερωτήσεις ήταν κλειστές χωρίς υποερωτήσεις και υποεπίπεδα.

- Το β) μέρος με τον τίτλο «Απόψεις του παρόχου-οργανισμού», περιλάμβανε 6 ερωτήσεις, οι οποίες ήταν δομημένες σε ένα επίπεδο και αφορούσαν στις προσωπικές απόψεις του παρόχου, όπως αναγραφόταν και στον τίτλο. Οι 5 πρώτες ερωτήσεις ήταν κλειστές, χωρίς υποερωτήσεις και υποεπίπεδα, με εξαίρεση την ερώτηση Νο 6 που ήταν ανοιχτή.

Η έρευνα διεξήχθη στο νομό Αττικής –για τους λόγους που αναφέρονται στη συνέχεια- ώστε να καταστεί εφικτή, αξιόπιστη και χωρίς στρεβλώσεις, η συλλογή των δεδομένων.

Στη διάρκεια όλης της έρευνας εργάσθηκε 1 άτομο ως επόπτης-ερευνητής και 2 άτομα ως βοηθοί-ερευνητές. Στους βοηθούς-ερευνητές δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες σχετικά με το ερωτηματολόγιο και τους στόχους της έρευνας.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο δεν απευθυνόταν σε άτομα, αλλά στις διοικήσεις και διευθύνσεις των δομών αποκατάστασης, όσον αφορά στη λειτουργία των δομών και, ως εκ τούτου, ο αριθμός των κέντρων, κλινικών και, γενικότερα, δομών αποκατάστασης θεωρείται ικανοποιητικός, από την ώρα μάλιστα που περιλαμβάνει διαφορετικού τύπου δομές ανοιχτής και κλειστής νοσηλείας και δομές διαφορετικών υπηρεσιών αποκατάστασης, αναπηριών αλλά και ηλικιών, καλύπτοντας έτσι το ευρύτερο φάσμα όλων των

τύπων αποκατάστασης στην Ελλάδα, οι οποίες έχουν περιγραφεί σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσης διατριβής.

Η εφαρμογή του συστήματός μας θα έπρεπε, αν ήταν δυνατόν, να γίνει σε όλα τα κέντρα, κλινικές και δομές αποκατάστασης της Ελλάδας, δημόσιες και ιδιωτικές.

Αυτό όμως δεν ήταν δυνατό για πολλούς και σοβαρούς λόγους, όπως:

1. Η μεγάλη τους διασπορά σε όλη την Ελλάδα.

2. Η παρουσία – ουσιαστικά – φυσικοθεραπευτηρίων που παρουσιάζονται ως κέντρα αποκατάστασης.

3. Η μεγάλη ποικιλία και αριθμός δομών που λειτουργούν ή υπολειτουργούν ή, τέλος, επιτελούν άλλου είδους έργο από αυτό που τους έχει ανατεθεί και καθοριστεί από την άδεια λειτουργίας τους και τη νομοθεσία.

4. Η άρνηση των κέντρων και, γενικότερα, δομών αποκατάστασης να δεχθούν μια αυτοαξιολόγηση.

5. Ο τεράστιος απαιτούμενος χρόνος και το υπέρμετρο κόστος μετάβασης, διαμονής και απασχόλησης προσωπικού για μια τέτοιου βεληνεκούς έρευνα.

6. Η υποχρεωτική δημιουργία πολυμελούς ομάδας για την καταγραφή και επεξεργασία απίστευτου όγκου στοιχείων.

7. Η πολύ μικρή δυναμικότητα σε αριθμό κλινών ή εξυπηρετουμένων, των κέντρων που βρίσκονται εκτός του αστικού ιστού μεγάλων πόλεων, όπως η Αθήνα.

8. Τα μη αντιπροσωπευτικά δείγματα αυτών.

9. Τέλος, επειδή μια διδακτορική διατριβή δεν είναι δυνατόν να αντικαταστήσει μια κρατική έρευνα σε πανελλαδικό επίπεδο, η οποία – κατά την ταπεινή μου άποψη – για να γίνει θα έπρεπε να διεξαχθεί από ένα δημόσιο, ή καλά οργανωμένο ιδιωτικό, φορέα με την ανάλογη υλικοτεχνική υποδομή, υπέρμετρους, για τα δικά μας δεδομένα, ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, και ορίζοντα, ίσως, δεκαετίας για την πλήρη καταγραφή και αξιολόγηση, σε πρώτο επίπεδο.

10. Η μη χρηματοδότηση της έρευνας μας από κανενός είδους οργανισμό, φορέα ή πρόγραμμα, η οποία φυσικά και δεν ζητήθηκε από κανέναν, ώστε να είναι αμερόληπτη και χωρίς πιθανές εξαρτήσεις ή αμφιβολίες από τρίτους.

Β. Αποτελέσματα

1. Το πρώτο στάδιο της έρευνας

Στο πρώτο στάδιο της έρευνας, που αφορούσε σε μια πιλοτική πρώτη προσέγγιση στην ελληνική διάσταση και στην αποδοχή μιας τέτοιου είδους έρευνας για τη διασφάλιση ποιότητας, απεστάλη πιλοτικά το ερωτηματολόγιο (παράρτημα Β) μαζί με συνοδευτική επιστολή στις κάτωθι αντιπροσωπευτικές δομές αποκατάστασης:

(1) Ίδρυμα Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων με Νοητική Υστέρηση «Η ΘΕΟΤΟΚΟΣ»
(2) Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης "ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ"

Από αυτές ανταποκρίθηκαν, επιστρέφοντας συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο, οι εξής:

(1) Ίδρυμα Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων με Νοητική Υστέρηση «Η ΘΕΟΤΟΚΟΣ»
(2) Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης "ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ"

Η συμμετοχή των δύο αυτών δομών στο πρώτο στάδιο της έρευνας θεωρήθηκε σημαντική και άκρως καθοριστική για τους κάτωθι λόγους:

(1) Το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης "ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ" έχει μια σημαντική υλικοτεχνική υποδομή και είναι αυτή τη στιγμή το μεγαλύτερο ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης στην Αττική και από τα

μεγαλύτερα στην Ελλάδα. Ως εκ τούτου, η αποδοχή και η συμμετοχή του στην έρευνα βοήθησε εξαιρετικά και μας ενθάρρυνε στην αξιολόγηση των στοιχείων και τη μετάβαση στο δεύτερο στάδιο.

(2) Το Ίδρυμα Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων με Νοητική Υστέρηση «Η ΘΕΟΤΟΚΟΣ» είναι πιστοποιημένο δύο φορές από το σύστημα EQUASS Assurance που χρησιμοποιήθηκε ως βάση μας, και για το λόγο αυτό ήταν εξαιρετικά σημαντικό να διαπιστωθεί κατά πόσο η εφαρμογή του βασικού συστήματος στα Ελληνικά ήταν παραδεκτή, αποδεκτή και εφικτή, ώστε να συνεχισθεί η έρευνα.

Για τους λόγους αυτούς, και με βάση τις θετικές απαντήσεις, θεωρήθηκε απαραίτητη και με εξαιρετικές προοπτικές η μετάβαση, μετά από αξιολόγηση όλων των στοιχείων, στην ανάπτυξη του εργαλείου μας και στο δεύτερο στάδιο της έρευνας, για την εξαγωγή των επιθυμητών αποτελεσμάτων.

Η έρευνα και η συλλογή της φόρμας αυτοαξιολόγησης στο πρώτο στάδιο διήρκεσε από την 1η Αυγούστου 2010 έως τις 30 Νοεμβρίου 2010.

2. Το δεύτερο στάδιο της έρευνας

Ως πρώτο αντιπροσωπευτικό δείγμα επιλέχθηκε, κατ' αρχάς, το «Ίδρυμα Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων με Νοητική Υστέρηση 'Η ΘΕΟΤΟΚΟΣ'», στο νομό Αττικής που έχει ήδη πιστοποιηθεί δύο φορές με το EQUASS Assurance και έχει την απαραίτητη εμπειρία πιστοποίησης αλλά και τη δυνατότητα να εκφράσει άποψη για το πόσο κατανοητό και σε ευρωπαϊκά πρότυπα, λαμβανομένων φυσικά των ελληνικών συνθηκών, είναι καταρτισμένο και κινείται το ερωτηματολόγιό μας (παράρτημα Γ), όπως και την εν δυνάμει εφαρμογή του συστήματός μας σε ελληνικά κέντρα, αλλά και την βελτίωση που θα επιφέρει στον τρόπο λειτουργίας τους.

Και, κατά δεύτερον, ως επόμενο αντιπροσωπευτικό δείγμα επιλέχθηκε το «Εργαστήριο ειδικής επαγγελματικής αγωγής και αποκαταστάσεως για νέους με νοητική υστέρηση και συνοδές αναπηρίες 'Παναγία Ελεούσα'» στο Αγρίνιο, με παράρτημα στο Μεσολόγγι, που και αυτό έχει πιστοποιηθεί δύο φορές με το EQUASS Excellence, για τους ίδιους ακριβώς λόγους και σαν μόνη εξαίρεση – το συγκεκριμένο – στα εκτός του αστικού και περιαστικού ιστού του νομού Αττικής.

Μετέπειτα, επιλέχθηκαν προσεκτικά τα μεγαλύτερα, από πλευράς δυναμικότητας, κέντρα, κλινικές και δομές αποκατάστασης -όπως τα ορίζει και τα περιγράφει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης-, αλλά και νοσοκομεία που παρέχουν πλήρη ή μερική αποκατάσταση, στο νομό Αττικής, όπου λόγω γεωγραφικής κατανομής, κατοικεί περισσότερος από το μισό πληθυσμός της χώρας μας και εξυπηρετείται το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που χρήζουν των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Επίσης, κύρια αντιπροσωπευτικά δείγματα και ίσως τα σημαντικότερα, ήταν τα κέντρα αποκατάστασης:

1. Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης (πρώην Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων ΕΙΑΑ), το οποίο είναι το μεγαλύτερο και αρχαιότερο δημόσιο κέντρο αποκατάστασης για την κινητική αναπηρία στην Ελλάδα.
2. Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης "ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ", από τα μεγαλύτερα ιδιωτικά κέντρα στη χώρα.
3. Κέντρο Εκπαιδεύσεως και Αποκαταστάσεως Τυφλών (Κ.Ε.Α.Τ.), ως το μεγαλύτερο και παλαιότερο κέντρο αποκατάστασης τυφλών.

Όπως και τα νοσοκομεία:

1. Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας»,
2. Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»,

που καλύπτουν το ευρύτερο κομμάτι της αποκατάστασης σε νοσοκομειακό επίπεδο σε οξύ ή υποξύ στάδιο.

Τέλος, επιλέχθηκαν και επιπλέον δομές αποκατάστασης, ώστε να είναι όσο το δυνατόν ευρύτερο το φάσμα της έρευνας και η κάλυψη όλων σχεδόν των αναπηριών, ηλικιών και τύπου δομών.

Οι επιλεγμένες μονάδες, συμπεριλαμβανομένων και των 2 προαναφερομένων, είναι οι εξής (με αλφαβητική σειρά):

1. 414 ΣΝΕΝ Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων
2. Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» (2 ερωτηματολόγια. Τμήμα εργοθεραπείας και τμήμα φυσικής ιατρικής αποκατάστασης)

3. Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»
4. «ΘΡΙΑΣΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
5. Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης (πρώην Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων ΕΙΑΑ)
6. Ειδικό Παιδαγωγικό Κέντρο «Η ΑΡΓΩ»
7. Εργαστήριο Ειδικής Επαγγελματικής Αγωγής και Αποκαταστάσεως για Νέους με Νοητική Υστέρηση και Συνοδές Αναπηρίες «Παναγία Ελεούσα»
8. Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Δυτικής Αθήνας
9. Ίδρυμα Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων με Νοητική Υστέρηση «Η ΘΕΟΤΟΚΟΣ»
10. Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων Βούλας
11. Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης "ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ" (2 ερωτηματολόγια. Διοίκηση και τμήμα φυσικής ιατρικής αποκατάστασης)
12. Κέντρο Εκπαιδεύσεως και Αποκαταστάσεως Τυφλών (Κ.Ε.Α.Τ.)
13. Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας «Αναρρωτήριο Πεντέλης»
14. Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας «Μιχαλήνειο Κέντρο Προστασίας Παιδιών»

Κάποια κέντρα δεν επιλέχθηκαν στο δεύτερο στάδιο, διότι ο τρόπος λειτουργίας τους στο διάστημα αυτό -ίσως και λόγω της ευρείας οικονομικής κρίσης- άλλαξε (συγχωνεύσεις, υπολειτουργία, κλπ.) και δεν ανταποκρίνονταν πλέον στις ανάγκες και αυξημένες απαιτήσεις και προδιαγραφές της έρευνάς μας.

Συνολικά, επελέγησαν 14 δομές, που παρέχουν αποκατάσταση, για συμμετοχή στην έρευνα, στις οποίες επιδόθηκε επιστολή, με αντίστοιχη λήψη αριθμού

πρωτοκόλλου από τη γραμματεία της διοίκησής τους, ως μία επιπλέον διασφάλιση της αξιοπιστίας της.

Επίσης, υπήρξε επικοινωνία με όλες τις ενώσεις και συλλόγους κέντρων αποκατάστασης, φυσιάτρων και ιατρικών συλλόγων, όπως και με το υπουργείο υγείας πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης και στάλθηκαν επιστολές σε όλες τις δομές όσον αφορά στη συνεργασία τους στην έρευνα.

Από αυτές τις δομές αποκατάστασης ανταποκρίθηκαν οι κάτωθι:

1. 414 ΣΝΕΝ Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων
2. Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» (2 ερωτηματολόγια. Τμήμα εργοθεραπείας και τμήμα φυσικής ιατρικής αποκατάστασης)
3. «ΘΡΙΑΣΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
4. Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης (πρώην Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων ΕΙΑΑ)
5. Ειδικό Παιδαγωγικό Κέντρο «Η ΑΡΓΩ»
6. Εργαστήριο Ειδικής Επαγγελματικής Αγωγής και Αποκαταστάσεως για Νέους με Νοητική Υστέρηση και Συνοδές Αναπηρίες «Παναγία Ελεούσα»
7. Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Δυτικής Αθήνας
8. Ίδρυμα Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων με Νοητική Υστέρηση «Η ΘΕΟΤΟΚΟΣ»
9. Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων Βούλας
10. Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης "ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ" (2 ερωτηματολόγια. Διοίκηση και τμήμα Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης)
11. Κέντρο Εκπαιδεύσεως και Αποκαταστάσεως Τυφλών (Κ.Ε.Α.Τ.)
12. Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας «Αναρρωτήριο Πεντέλης»

13. Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας «Μιχαλήνειο Κέντρο Προστασίας Παιδιών»

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στους χώρους των κέντρων από τη διοίκηση του κέντρου ή τους οριζόμενους υπεύθυνους από αυτή, στους οποίους επιδόθηκαν ανά χείρας των γραμματειών των διοικήσεων τους με λήψη αντίστοιχου αριθμού πρωτοκόλλου.

Συγκεκριμένα, η αποστολή και παράδοση των ερωτηματολογίων-φορμών αυτοαξιολόγησης έχει ως εξής:

1. 12 ερωτηματολόγια παραδόθηκαν δια χειρός και επεστράφησαν με τον ίδιο τρόπο.
2. 2 ερωτηματολόγια παραδόθηκαν δια χειρός και επεστράφησαν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο.
3. 1 ερωτηματολόγιο παραδόθηκε δια χειρός και επεστράφη ταχυδρομικώς.
4. 0 ερωτηματολόγια παραδόθηκαν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο.
5. 0 ερωτηματολόγια παραδόθηκαν ταχυδρομικώς.

2.1 Συμπλήρωση ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στους ερωτώμενους με τις προαναφερόμενες μεθόδους απαντήθηκαν σύμφωνα με τις διευκρινίσεις και τις αναλυτικές οδηγίες που τους δόθηκαν και οι οποίες ήταν καταγεγραμμένες αναλυτικά στις πρώτες σελίδες τους.

Εξασφαλίσθηκε η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά των κέντρων και μονάδων αποκατάστασης και, προκειμένου να εξισορροπηθούν τυχόν παράγοντες μεροληψίας, το δείγμα σταθμίσθηκε ως προς τον βαθμό και τύπο των παρεχομένων υπηρεσιών των ερωτηθέντων.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στο βαθμό και τον τύπο, τα 15 απαντηθέντα ερωτηματολόγια κατανέμονται ως εξής σύμφωνα με τον τύπο δομών:

1. Αποκλειστικά ανοιχτής νοσηλείας 5
2. Αποκλειστικά κλειστής νοσηλείας 0
3. και των δύο τύπων 10

2.2 Διάρκεια της έρευνας

Το δεύτερο και τελικό στάδιο της έρευνας, με την αντίστοιχη υποβολή του ερωτηματολογίου, υλοποιήθηκε από την 1η Αυγούστου 2012 έως τις 15 Νοεμβρίου 2012 και η έρευνα συνολικά διήρκεσε από την 1^{η} Νοεμβρίου 2010 έως την 15^{η} Νοεμβρίου 2012.

2.3 Διαδικασία ανάλυσης δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων και η ανάλυση κατά το δεύτερο στάδιο της εφαρμογής διήρκεσε περίπου 4 μήνες. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε διά χειρός στο σύνολο των 14 επιλέξιμων οργανισμών, και 16 δομών συνολικά, και κάθε μία καταχωρήθηκε με έναν κωδικό αριθμό γνωστό μόνο στον ερευνητή. Μαζί με το ερωτηματολόγιο υπήρχε μια συνοδευτική επιστολή εξηγώντας το σκοπό της μελέτης, η σύνδεση των ερευνητών και τα στοιχεία επικοινωνίας, ο εθελοντικός χαρακτήρας της

συμμετοχής, ενώ, επίσης, δηλωνόταν σαφώς ότι οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές και ότι η ανωνυμία θα ήταν εγγυημένη όσον αφορά στις τελικές αναφορές και τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων μέσω της παρούσας διατριβής. Τα στοιχεία καταχωρήθηκαν και επεξεργάστηκαν μέσω της ανοιχτής πλατφόρμας λογισμικού του LibreOffice 3 και συγκεκριμένα των πακέτων του Calc, Base και Math και δόθηκαν αποτελέσματα ως προς την κάθε αρχή-κριτήριο και κατά το σύνολο.

2.4 Αποτελέσματα της έρευνας

Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από την έρευνά μας έχουν ως εξής:

1. Οι δομές στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Αττική όπου διεξήχθη η έρευνά μας παρουσιάζουν μέγιστες αποκλείσεις μεταξύ τους, που σύμφωνα με τη βαθμολογία μας φτάνουν από τους 12 βαθμούς έως τους 110 που είναι και η ανώτατη βαθμολογία. Αυτή η διασπορά, ακόμα και μεταξύ δομών με αντίστοιχο μέγεθος και αντικείμενο, δείχνει τη μέγιστη απουσία μιας κοινής πολιτικής υγείας που να αφορά στη διασφάλιση ποιοτικού επιπέδου υπηρεσιών. Θα μπορούσε κάποιος να πει ότι δεν έγινε κατανοητό το ερωτηματολόγιο, η όλη διαδικασία και ο σκοπός της έρευνας. Από τις απαντήσεις όμως στο δεύτερο μέρος διαφαίνεται ότι αυτό δεν ισχύει, όπως και από τις προσωπικές επαφές με τους υπευθύνους, στη διάθεση των οποίων ήμασταν κατά τη διάρκεια της. Ακόμα και να μην γινόταν κατανοητό, όμως, το τι αφορούσε η έρευνα ή και οι ερωτήσεις που αποτυπώνονταν στη φόρμα αυτοαξιολόγησης, αυτό μας δείχνει – από την ώρα που απάντησαν όλοι οι υπεύθυνοι σε όλες τις ερωτήσεις – ότι δεν υπάρχει και πάλι καμία ποιοτική

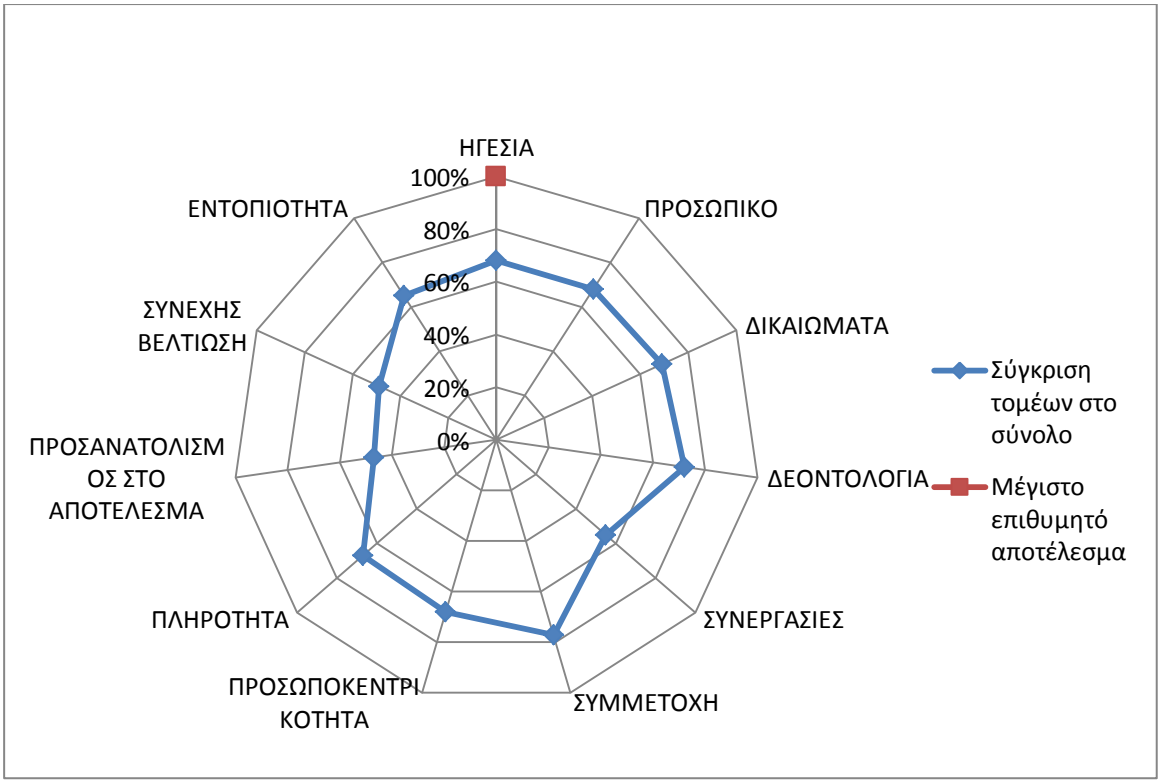
διασφάλιση σε όσους το έκαναν και ότι με τον ίδιο τρόπο ενεργούν στις προσφερόμενες υπηρεσίες, ευκόλως εννοουμένου του συμπεράσματος.

2. Διαφαίνεται, επίσης, ότι ο μύθος περί καλού ιδιωτικού και κακού δημόσιου τομέα ισχύει διότι 3 από τις 4 δομές που κατατάσσονται στο επίπεδο 1 είναι ιδιωτικές. Επίσης, επιβεβαιώνεται και αυτός του διασφαλισμένου ποιοτικά και μη, διότι από τις 4 οι 3 ακολουθούν ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας.
3. Το εργαλείο μας κατάφερε αυτό που περιμέναμε, δηλαδή να αξιολογήσει και να διαπιστώσει τις αστοχίες στην ποιοτική διασφάλιση και τον τρόπο λειτουργίας των δομών, όπως επίσης και να τις κατηγοριοποιήσει επιτυχώς.
4. Εντύπωση προκαλεί ότι μόνο το 27% των δομών μπορεί να πιστοποιηθεί ενώ το 60% από το σύνολο τους έχει σοβαρά προβλήματα, όπως καταδεικνύει το εργαλείο μας (Σχήμα 7). Γνωρίζοντας την ελληνική πραγματικότητα μπορούμε να πούμε με σχεδόν πλήρη βεβαιότητα ότι αυτό είναι ένα ασφαλές συμπέρασμα. Άσχετα από την παρατεταμένη περίοδο οικονομικής κρίσης, η έλλειψη σωστής διαχείρισης ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων δεν μπορεί να είναι δικαιολογία, πόσο μάλιστα όταν η εφαρμογή διοίκησης ολικής ποιότητας βοηθά τα μέγιστα στο ξεπέρασμα πολλών εμποδίων που οφείλονται σε αυτή.
5. Μια συγκριτική μελέτη μεταξύ των δομών δείχνει ότι τα μεγαλύτερα προβλήματα υπάρχουν στους τομείς 9 και 10 με τις επωνυμίες «Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα» με 47% και «Συνεχής βελτίωση» με 49%. Ακόμα και στον τομέα «Συμμετοχή» που έχει το μεγαλύτερο σκορ, ο μέσος όρος δεν ξεπερνά το 77% ενώ ο κρίσιμος τομέας «Ηγεσία» περιορίζεται στο 68%. Ο τομέας «Προσωποκεντρικότητα», από τους βασικούς για την

επιλογή του συστήματος που θα λειτουργούσε ως πυρήνας για το εργαλείο μας δεν έχει ποσοστά μεγαλύτερα από 68% στο μέσο όρο. (Σχήμα 8).

6. Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ήταν άκρως ενθαρρυντικά για την ποιότητα του εργαλείου μας και την επιτυχία της κλίμακας που καθορίσαμε με σκοπό τη διάφανη και σωστή ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση των δομών, η οποία δεν επηρεάστηκε από παράγοντες είδους αναπηρίας, τύπου νοσηλείας ή ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, αλλά και όποιων άλλων θα μπορούσαν να δημιουργήσουν πλαστές εντυπώσεις. Άλλωστε το απόρρητο της έρευνας επέτρεψε, όπως διαπιστώσαμε, τις ειλικρινείς απαντήσεις όλων των ενδιαφερομένων, τις οποίες επιβεβαιώσαμε με επίσκεψη στις συμμετέχουσες δομές.

Σχήμα 7



Σχήμα 8

2.5 Αξιολόγηση του εργαλείου

Η απουσία ενός εθνικού εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας για την αποκατάσταση όσον αφορά στα άτομα με αναπηρία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, στην Ελλάδα αυτό το πρόβλημα επιτείνεται περαιτέρω από μια κουλτούρα που διαποτίζει γενικότερα τα προγράμματα σπουδών στην επιστήμη της υγείας και την εξειδίκευση σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους αναπήρους.

Είναι πολύ σημαντικό να λάβει κάποιος υπόψη του τις ειδικές τοπικές και εξειδικευμένες ανάγκες, μαζί με την αυξανόμενη ζήτηση για συνεχή βελτίωση και

την καινοτομία όσο και την ανάπτυξη της γνώσης και της χρήσης έμπειρων διαχειριστών-διοικητών. Η έλλειψη τεχνογνωσίας και δεξιοτήτων οδηγούν σε πολλαπλασιασμό των κακών αποτελεσμάτων, που είναι απαράδεκτο για ένα τόσο απαιτητικό τμήμα του συστήματος υγείας.

Για να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα είναι σημαντικό η διαχείριση και η ποιότητα της κατάρτισης των εργαζομένων να γίνεται σε συνδυασμό με την εφαρμογή ενός εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας για τη διασφάλιση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Σε ένα τέτοιο συστηματικό πλαίσιο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα για μια καλύτερη ανταπόκριση στη συνεχή ζήτηση για υπηρεσίες ποιότητας και την ελαχιστοποίηση της διαφοράς μεταξύ των δεδομένων των υπηρεσιών, αλλά και στη μεγάλη διασπορά μεταξύ των αρχών που αναγνωρίζονται από το εργαλείο μας.

Στο πλαίσιο της διδακτορικής μελέτης που επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης για τα άτομα με αναπηρία στην Ελλάδα, προσδιορίστηκε και αναπτύχθηκε ένα πολιτισμικά συμβατό εργαλείο που θα ανιχνεύσει τη διασφάλιση της ποιότητας και τις ανάγκες διαχείρισης μεταξύ των διαφόρων δομών αποκατάστασης και των παρεχομένων υπηρεσιών τους, με έμφαση στη συνέχεια της βελτίωσης, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας.

Η διαδικασία αξιολόγησης αποκάλυψε ότι το εργαλείο μας είναι αξιόπιστο και λειτουργικό για τα ελληνικά δεδομένα.

Τέλος, αν και το QASR είχε ως στόχο τις μεγάλες ελληνικές εγκαταστάσεις αποκατάστασης που βρίσκονται στο νομό Αττικής, η οποία υποδέχεται και

φιλοξενεί το μισό πληθυσμό στην Ελλάδα και εξυπηρετεί την πλειοψηφία των ατόμων με ειδικές ανάγκες, υπάρχουν αγροτικές περιοχές που πρέπει να ερευνηθούν στο μέλλον, ώστε να υπάρξει ένα ακόμη πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα για τον εντοπισμό περισσότερων αδυναμιών του ελληνικού συστήματος υγείας και περαιτέρω βελτίωση του εργαλείου μας σε επόμενη έκδοσή του.

Γ. Συζήτηση

1. Κύρια ευρήματα της μελέτης

Η παρούσα μελέτη κατάφερε να δημιουργήσει ένα σύστημα-εργαλείο που με ακρίβεια μπορεί να διαπιστώσει τα μειονεκτήματα και τα προβλήματα στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών και τη διοίκηση ολικής ποιότητας στις δομές αποκατάστασης αναπήρων κλειστής ή ανοιχτής νοσηλείας, δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα, και να τις ταξινομήσει ανάλογα με τις δυνατότητές τους, ασχέτως αριθμού κλινών ή έκτασης, σύμφωνα με μια κλίμακα αξιολόγησης. Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι υπάρχουν τρομερές διαφορές μεταξύ ακόμα και δομών ή τμημάτων του ίδιου οργανισμού, κάτι που καταδεικνύει ότι ο ανθρώπινος παράγοντας και η αυταπάρνηση ορισμένων ανθρώπων, που δείχνουν πραγματικό ενδιαφέρον για τη δουλειά τους, κάνει τη διαφορά, χωρίς να είναι απαραίτητο να υπάρχει μια κεντρική πολιτική από τη διοίκηση για όλο τον οργανισμό.

Η απουσία μιας κεντρικής πολιτικής μιας διοίκησης με όραμα, στόχους βραχυπρόθεσμους, μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους, αλλά και η έλλειψη καταγραφής των ενεργειών, του εντοπισμού των σφαλμάτων και ενός κύκλου PDCA με προσανατολισμό στο αποτέλεσμα και τη αποδοτικότητα, μαζί με την απουσία προσωποκεντρικότητας στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών από τους περισσότερους, δημιουργούν μια χαοτική εικόνα, ανατρέχοντας σε μια γρήγορη συγκριτική μελέτη όλων των δομών.

Τα σχετικά πολύ χαμηλά αποτελέσματα στο μέσο όρο όλων των κέντρων ανά τομέα παρουσιάζουν την μειονεκτική κατάσταση της αποκατάστασης στη χώρα μας σε σχέση με τα στάνταρντ που θέτουν οι ευρωπαϊκοί φορείς διασφάλισης ποιότητας και στα οποία ελάχιστοι μπορούν να ανταποκριθούν. Αν και το

εργαλείο μας και η κλίμακα τους ήταν επαρκώς επιεικέστερα του πυρηνικού (βασικού) συστήματος μας, παρ' όλα αυτά αποδεικνύεται ότι η κατάσταση στην Ελλάδα χρήζει άμεσης αλλαγής πολιτικής στον τομέα αυτό.

Τέλος, το εργαλείο που δημιουργήθηκε μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένας οδηγός για την εξάλειψη όλων των ανισοτήτων που εμφανίζονται στους εξεταζόμενους τομείς και την δραστική αλλαγή τους προς την κατεύθυνση βέλτιστων υπηρεσιών.

2. Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης

Η έλλειψη βιβλιογραφίας σε ότι αφορά τη διασφάλιση ποιότητας στις μονάδες αποκατάστασης στην Ελλάδα, η επιφυλακτικότητα των διοικήσεων και των διευθύνσεων αυτών, όπως και οι νομοθετικές και θεσμικές αλλαγές των τελευταίων ετών, μέσα από τις οποίες υπήρχαν συγχωνεύσεις δομών (Ν. 4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ. 228 τεύχος πρώτο 2/11/2011), αλλά και η μη ξεκάθαρη λειτουργία ορισμένων δομών και μονάδων, οι οποίες φυσικά δεν συμπεριλήφθησαν στην έρευνα, κατέστησαν δύσκολη, αλλά όχι ακατόρθωτη, την έρευνα και τη μελέτη.

Ένας άλλος λόγος για τον περιορισμό της μελέτης είναι η μη ξεκάθαρη λειτουργία ορισμένων δομών, που παρουσιάζονται ως αποκατάστασης ενώ ουσιαστικά είναι φυσικοθεραπευτήρια, αλλά και η μη λειτουργία διάσπαρτων δομών ανά την Ελλάδα.

Για να είναι όσο το δυνατόν πιο ασφαλή και αξιόπιστα τα συμπεράσματα μας παραμείναμε συνδεδεμένοι και προσκολλημένοι στις ήδη γνωστές λειτουργούσες δομές αποκατάστασης αναπήρων.

Σε μελλοντικό χρόνο και στα πλαίσια ίσως μιας άλλης μελέτης είναι επιθυμητή η στάθμιση του εργαλείου μας, με τις ανάλογες εκτιμήσεις από επιστημονικής πλευράς και την περαιτέρω εξέλιξη του.

3. Πλεονεκτήματα της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη το δείγμα κρίνεται παραπάνω από ικανοποιητικό από την ώρα που συμμετέχουν σε αυτό όλες σχεδόν από τις μεγαλύτερες και πιο αντιπροσωπευτικές δομές αποκατάστασης της Ελλάδας, που βρίσκονται στην ευρύτερη περιφέρεια της πρωτεύουσας, στην οποία κατοικούν περισσότεροι από τους μισούς κατοίκους της χώρας και περιθάλπουν δεκάδες χιλιάδες άτομα το χρόνο στο σύνολο τους.

Δεύτερον, κρίνεται ικανοποιητικό και για έναν άλλο πολύ σημαντικό λόγο, διότι η έρευνα δεν απευθύνθηκε σε άτομα, αλλά στις μονάδες αποκατάστασης, όπως έχει ήδη λεχθεί, και έχει εκπληρώσει στο έπακρο -και ίσως ακόμα περισσότερο απ' όσο ήταν αναμενόμενο- το έργο της, που ήταν η δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας και η πιλοτική εφαρμογή του σε επιλεγμένες μονάδες και δομές αποκατάστασης.

Τρίτον, ήταν ικανοποιητικό διότι απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο-φόρμα αυτοαξιολόγησης του εργαλείου που δημιουργήθηκε και

απάντησαν 15 από τους 16 που τους ζητήθηκε και αποδέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα.

Η συμμετοχή του στρατού ήταν ένας άλλος σημαντικός συντελεστής στην έρευνα όσον αφορά στην ευρύτητα της, την αποδοχή του εργαλείου μας και κυρίως την αξιοπιστία της χρήσης του και των αποτελεσμάτων.

Τέλος, η συμμετοχή δομών που αφορούν σε μονάδες ανοιχτής και κλειστής νοσηλείας, αλλά και εκπαίδευσης, και αφορούν στο ευρύτερο φάσμα αναπηριών, από τη βαριά ή μη κινητική αναπηρία, την τύφλωση και την νοητική υστέρηση ως τον αυτισμό ή τις ψυχικές διαταραχές, όπως επίσης και η ευρύτητα των ηλικιών στην αποκατάσταση παίδων, νέων-εφήβων και ενηλίκων, αλλά και η συμμετοχή του στρατού, δεν αφήνουν κενά και αμφιβολίες όσον αφορά στην περιεκτικότητα και πληρότητα της έρευνας και, γενικότερα, της μελέτης και της παρούσας διατριβής για τη δημιουργία ενός ελληνικού εργαλείου για την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης.

4. Προβλήματα στη διεξαγωγή της μελέτης

Οι δυσκολίες που αντιμετώπισε η παρούσα μελέτη ήταν ουκ ολίγες και όλες, σχεδόν, οφείλονταν στον παράγοντα άνθρωπο και στην έλλειψη ποιότητας στον χώρο της υγείας, αλλά και, γενικότερα, στη λειτουργία όλων των υπηρεσιών, όπως επίσης και στην απουσία εξειδικευμένης γνώσης πάνω στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας, παρόλο που αυτό δεν ήταν παραδεκτό από τους ιθύνοντες σε όλες τις περιπτώσεις.

Συγκεκριμένα:

(1) Η μετάφραση των ερωτηματολογίων-φορμών αυτοαξιολόγησης δεν ήταν δυνατόν να γίνει σωστά και με την απαραίτητη για την περίπτωση ορολογία από τους αγγλόφωνους και σχετικούς με την ιατρική, στους οποίους απευθυνθήκαμε, λόγω του ότι υπήρχαν μεταξύ τους διαμάχες για την μετάφραση όρων, οι οποίοι δεν ήταν αμιγώς ιατρικοί αλλά είχαν σχέση με τη διασφάλιση ολικής ποιότητας στην αποκατάσταση και τον προσωποκεντρικό προσανατολισμό του συστήματος-εργαλείου. Έτσι στραφήκαμε στην Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα για την Αποκατάσταση (EPR), που έχει δημιουργήσει το σύστημα EQUASS και, σε συνεργασία μαζί τους και με έναν έμπειρο ελληνικό οργανισμό στο σύστημα, δημιουργήσαμε μια καθ' όλα αποδεκτή από τους ίδιους ελληνική έκδοση, στα πλαίσια της διατριβής, λαμβάνοντας την απαραίτητη επίσημη επιστολή για την εργασία αυτή από τον Γενικό Γραμματέα της Πλατφόρμας, κ. Jan Spooren.

(2) Για τη δημιουργία του ελληνικού συστήματος-εργαλείου προσπαθήσαμε να συγκεντρώσουμε πληροφορίες ειδικά όσον αφορά στον παράγοντα-κριτήριο «Εντοπιότητα» και αναζητήσαμε άτομα που έχουν αποκατασταθεί στην Ελλάδα, ταξινομώντας την εμπειρία τους και τις ιδιαίτερες ανάγκες που αντιμετώπισαν στην περιοχή τους, σε σχέση με την αποκατάσταση που είχαν λάβει σε άλλο μέρος της χώρας. Έτσι, καταφέραμε να ολοκληρώσουμε και να εντάξουμε το ενδέκατο κριτήριο στο εργαλείο μας.

(3) Η προσέγγιση ορισμένων κέντρων ή μονάδων αποκατάστασης στο δεύτερο στάδιο ήταν πάρα πολύ δύσκολη και, μερικές φορές, πιστέψαμε ότι θα ήταν αδύνατη λόγω της άγνοιας των περισσοτέρων στα συστήματα διασφάλισης

ποιότητας και της γενικότερης εσωστρέφειας που επικρατεί στην Ελλάδα σε σχέση με μια πιθανή αξιολόγησή τους, άσχετα αν οι διαβεβαιώσεις από πλευράς μας για το απόρρητο της μελέτης ήταν κατατεθειμένες από την αρχή. Αυτό ξεπεράστηκε με επιπλέον εξηγήσεις και επιμονή ώστε να καταστεί κατανοητό ότι μια παρόμοια έρευνα μόνο καλό μπορεί να κάνει και να βοηθήσει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών όσων θελήσουν να την μελετήσουν. Φυσικά, μόνο η προσωπική επαφή έλυσε το πρόβλημα, αποδεικνύοντας ότι έχουμε πολύ δρόμο ακόμα να κάνουμε έως ότου καταφέρουμε να γίνουμε θεωρητικά και ουσιαστικά λειτουργικοί με διασφαλισμένες ποιοτικά υπηρεσίες, που θα ασκούν η κάθε μία και όλες συντονισμένα το έργο τους. Για του λόγου το αληθές να παραθέσουμε το παράδειγμα της μίας και μοναδικής μονάδας αποκατάστασης που δεν συμμετείχε στο δεύτερο στάδιο της έρευνας και η οποία ανήκει σε μεγάλο νοσοκομείο. Αυτό δεν συνέβη από άρνησή της αλλά λόγω του ότι από τις αρχές Αυγούστου έως την ημέρα που συντάσσονται οι παρούσες προτάσεις -4 σχεδόν μήνες μετά- κι ενώ γνώριζαν το χρονικό διάστημα ολοκλήρωσης της έρευνας για το οποίο δεν είχαν αντίρρηση, η πρωτοκολλημένη επιστολή μας βρίσκεται σε ένα γραφειοκρατικό κυκεώνα στη διοίκηση τους και, παρά τις επανειλημμένες οχλήσεις και παρακλήσεις μας, ακόμα δεν έχει βρει το δρόμο της προς το γραφείο του διοικητή και του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

5. Ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα

Έχοντας ως μέτρο σύγκρισης ήδη πιστοποιημένους οργανισμούς και βάσει των Ευρωπαϊκών αλλά και διεθνών πρακτικών διοίκησης ολικής ποιότητας, όπως και λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία πάνω στο συγκεκριμένο θέμα της αξιολόγησης και πιστοποίησης, θα μπορούσαν να τεθούν τα παρακάτω ερωτήματα προς περαιτέρω διερεύνηση.

1. Ποια θεσμικά ή οικονομικά μέτρα και ενέργειες θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν την άριστη πρακτική και την αύξηση της ποιότητας στις μονάδες αποκατάστασης αναπήρων;
2. Ακόμα και αν δεν υπήρχαν οι δριμείες οικονομικές συνθήκες, που ταλανίζουν την ελληνική οικονομία, θα μπορούσε να διασφαλιστεί το ζητούμενο, δηλαδή η απόλυτη ποιοτική παροχή υπηρεσιών με ταυτόχρονη αύξηση στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μονάδων;
3. Εάν το ελληνικό δημόσιο παρείχε ένα ελληνικό σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση με ανάλογη κατανομή και αναδιανομή πόρων στους κατέχοντες το σήμα του, ποια θα ήταν γενικότερη κατάσταση σε οικονομικά μεγέθη αλλά και σε ποιοτική αναβάθμιση;
4. Γιατί οι περισσότερες μονάδες αποκατάστασης αναπήρων στην Ελλάδα δεν έχουν ως έναν από τους σκοπούς τους και μέρος του οράματος τους την διασφάλιση ποιότητας μέσα από ένα εσωτερικό αλλά και εξωτερικό έλεγχο γνωρίζοντας, από τη διεθνή πρακτική και την απαιτούμενη και διαθέσιμη γνώση, ότι αυτό θα αναβάθμιζε σημαντικά το έργο και την εικόνα τους;

5. Κατά πόσο δομές μακριά από τα αστικά κέντρα μη συνδεδεμένες με μεγάλους οργανισμούς, όπως είναι τα νοσοκομεία, είναι αποδοτικές και -έστω και ελάχιστα- λειτουργικά ποιοτικές;
6. Κατά πόσο η πραγματική ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών συμβαδίζει με την ικανοποίηση των ίδιων των δομών για το έργο τους, η οποία μπορεί να είναι μικρότερη αλλά ίσως και μεγαλύτερη από αυτή των δομών;
7. Τέλος, κατά πόσο θα βελτιωνόταν η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των γενικότερων υπηρεσιών με την εφαρμογή ενός εργαλείου διασφάλισης ποιότητας όπως το δικό μας;

Αυτά τα ερωτήματα, όμως, είναι το αντικείμενο μια άλλης μελέτης που θα πρέπει να απασχολήσει την επιστήμη στο εγγύς μέλλον και, ίσως, σε μια άλλη διατριβή ή μια επιστημονική ομάδα υπό την καθοδήγηση εξειδικευμένων επιστημόνων και πιθανώς υπό την αιγίδα ενός ερευνητικού ή πανεπιστημιακού ιδρύματος ή ενός υπουργείου.

6. Συμπεράσματα, προτάσεις

6.1 Συμπεράσματα

1. Η μεγάλη διασπορά μεταξύ των δομών αποκατάστασης και, ειδικά, η πολύ χαμηλή βαθμολογία ορισμένων -η οποία μας εξέπληξε- καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας, προσανατολισμένου στον τομέα αυτό, για την παρακολούθηση και τη συγκριτική μελέτη των δομών (benchmarking), με σκοπό τη βελτίωσή τους, την αποδοτικότητα και την

αποτελεσματικότητα, που θα έχουν ως αποτέλεσμα την αποφυγή άσκοπων ενεργειών και τη μείωση του κόστους και του χρόνου παροχής υπηρεσίας, με την αντίστοιχη αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών και τα όποια θετικά οφέλη πλέον των αναφερομένων.

2. Επίσης, η σχεδόν απρόσκοπτη συμμετοχή πέραν της γραφειοκρατίας και της όποιας αρχικής καχυποψίας σχετικά πάντα με μια αξιολόγηση, δείχνει σε πρώτη φάση ότι η ανάγκη πλέον για την απαραίτητη διασφάλιση ποιότητας στην αποκατάσταση είναι ένα από τα ζητούμενα στις σημερινές συνθήκες, όπως και ότι η εσωστρέφεια που διέπει τον τομέα της πρόνοιας, αλλά και της υγείας, έχει αρχίσει σιγά-σιγά -ίσως και λόγω της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών και της αναζήτησης χρηματοδότησης- να μεταλλάσσεται προς μία εξωστρέφεια μέσα από την ανάγκη για αποδοτικότερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες, δημιουργώντας ανταγωνιστικές υπηρεσίες με σκοπό τη βιωσιμότητα των μονάδων.

3. Η μεγάλη συμμετοχή οργανισμών και φορέων, καταδεικνύει μία μεγαλύτερη εμπιστοσύνη των διοικήσεων και διευθύνσεων των μονάδων αποκατάστασης σε ένα ελληνικό εργαλείο που ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας και δεν αποτελεί «απειλή» στο έργο που παράγουν.

4. Η δημιουργία ενός ελληνικού εργαλείου για τη διασφάλιση της ποιότητας, αλλά και η εφαρμογή του, προϋποθέτουν κόπο και χρόνο, αλλά τα πολλαπλά οφέλη, όπως ο έλεγχος των ασύδοτων ή άστοχων ενεργειών σε συνδυασμό με την απόδοση κύρους ποιότητας και περιορισμού των πόρων και του χρόνου στις παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι ανεκτίμητα.

Σκοπός της παρούσης διατριβής δεν ήταν η αξιολόγηση των κέντρων και των δομών αποκατάστασης αλλά, μέσω αυτής, η αξιολόγηση του εργαλείου που αναπτύχθηκε για το σκοπό αυτό. Ως εκ τούτου και από όσα έχουν ήδη αναφερθεί, η εφαρμογή του και η αποδοχή του είναι εξαιρετικά και πλήρως αποδεκτή από όλους τους φορείς που δέχθηκαν να συμμετέχουν.

6.2 Προτάσεις

Η κατάσταση στην Ελλάδα είναι άκρως δραματική όσον αφορά στην αποκατάσταση των αναπήρων. Αυτό δείχνουν τουλάχιστον οι μετρήσεις μας από ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε πάνω στα ελληνικά δεδομένα και με τις ιδιαίτερες ανάγκες της χώρας μας.

Σύμφωνα με αυτά, κατά την άποψη μας, που σχετίζεται με τα αποτελέσματα της πολύχρονης έρευνας μας:

(1) Κρίνεται αναγκαία η αλλαγή πολιτικής από το υπουργείο υγείας, στον τομέα της αποκατάστασης, όσον αφορά στην επιλογή διοικήσεων στον δημόσιο τομέα και στον τρόπο λειτουργίας αυτών.

(2) Υπάρχει επιτακτική ανάγκη εφαρμογής ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας στις δομές, κέντρα και οργανισμούς που παρέχουν αποκατάσταση, το οποίο θα καθορίζει τους κανόνες λειτουργίας και θα επιτηρεί-επιβλέπει με αντικειμενικό τρόπο τη λειτουργία των δομών αυτών στην Ελλάδα.

(3) Οι άσκοπες και αναποτελεσματικές ενέργειες, η απουσία προσανατολισμού στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα και η απουσία προσωποκεντρικού προσανατολισμού, είναι παράγοντες που πρέπει να εξαλειφθούν μέσω εφαρμογής κανόνων διοίκησης

ολικής ποιότητας για την αποφυγή σπατάλης και κακής διαχείρισης χώρου, χρόνου, χρήματος και ανθρωπίνου δυναμικού, χωρίς ουσιαστικό λόγο.

(4) Αν δεν αναθεωρηθεί πλήρως ο τρόπος και τα κριτήρια επιλογής διοικήσεων και χρηματοδότησης, το ελληνικό δημόσιο θα συνεχίσει να αιμορραγεί, χωρίς να προσφέρει πραγματική και ποιοτική αποκατάσταση, και οι ιδιωτικοί φορείς θα συνεχίζουν να προσπαθούν να επιβιώσουν ή να φθίνουν τις υπηρεσίες τους χρόνο με το χρόνο.

(5) Τέλος, υπάρχει ανάγκη συντονισμού όλων των τμημάτων των οργανισμών, αλλά και των οργανισμών μεταξύ τους, υπό την αιγίδα μιας κεντρικής υπηρεσίας του υπουργείου που θα διατηρεί μια βάση δεδομένων για συγκριτική μελέτη (benchmarking) κάτω από τους κανόνες που θα καθορίζει ένα ενιαίο σύστημα διασφάλισης ποιότητας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1) Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, διπλωματική εργασία «Οργάνωση, Λειτουργία και Πιστοποίηση Υπηρεσιών Αποκατάστασης Αναπήρων». Βασίλης Δημητριάδης 2004.
2) Next steps in implementing quality appraisal/action plans in hospitals, Author: Richard E Thompson, Publisher: Oak Brook, IL : Thompson, Mohr & Associates, 1980.
3) Craddock, G & D McAnaney (2003) "The Challenge of Creating 'User-Centred' Organisations", in Assistive Technology – Shaping the Future, edited by Ger Craddock et al, Research Series Volume 12, 2003, IOS Press Amsterdam. Pp 49-60
4) Ν. 4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ. 228 τεύχος πρώτο 2/11/2011
5) Χριστίνα Γεωργακάκου, Η ποιοτική διασφάλιση στα Κέντρα Υγείας, Επισκέπτρια Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000, 12(2): 68-77
6) Simmonds F, Stevermuer T. The AROC annual report: the state of rehabilitation in Australia 2006. Aust Health Rev. 2008 Feb;32(1):85-110.
7) Pryor J. Building rehabilitation capacity in rural in New South Wales. Rural Remote Health. 2009;9(4):1113.
8) Lee H, Delene LM, Bunda MA, Kim C. Methods of Measuring Health-Care Service Quality. J Business Res. 2000;48(3):233-246.
9) Talib F, Rahman Z, Azam M. Best practices of total quality management implementation in health care settings. Health Mark Q. 2011;28(3):232-52.

10) Chassin MR. Is health care ready for Six Sigma quality? Milbank Q. 1998;76(4):565-91, 510.

11) National Federation of Mobility Impaired People (Greece). Report to the Minister of Health and Social Solidarity. Athens;4662/06-11-2008.

12) Lawthers AG, Pransky GS, Peterson LE, Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disability. Int J Qual Health Care. 2003;15(4):287-299.

13) Perrin JM. How can quality improvement enhance the lives of children with disabilities? Future Child. 2012;22(1):149-68.

14) Koukouli S, Vlachonikolis IG, Philalithis A. Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. BMC Health Serv Res. 2002 Oct 2;2(1):20.

15) National Confederation of Disabled - Greece. Handbook for the right of persons with disabilities to equal treatment in employment and occupation. Athens, 2007.

16) Farmer SE, Wood D, Swain ID, Pandyan AD. Assessment of the risk of bias in rehabilitation reviews. Int J Rehabil Res. 2012 Jul 4. [Epub ahead of print]

17) Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J. 2009;26(2):91-108.

18) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milb Mem F Q. 1966;44:11-48.

19) Baron-Epel O, Levin-Zamir D, Satran-Argaman C, Livny N, Amit N. A participatory process for developing quality assurance tools for health education programs. Patient Educ Couns. 2004;54(2):213-9.

20) Farin E, Follert P, Gerdes N, Jäckel WH, Thalau J. Quality assessment in rehabilitation centres: the indicator system 'Quality Profile'. Disabil Rehabil. 2004;26(18):1096-104.

21) Morrison K. The road to JCAHO disease-specific care certification: a step-by-step process log. Dimens Crit Care Nurs. 2005;24(5):221-7.

22) Hermann RC, Chan JA, Provost SE, Chiu WT. Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. Psychiatr Serv. 2006;57(10):1461-7.

23) Censullo J, Chiu D. Comprehensive stroke center quality metrics. Crit Pathw Cardiol. 2008;7(3):178-84.

24) Killaspy H, King M, Wright C, White S, McCrone P, Kallert T, Cervilla J, Raboch J, Onchev G, Mezzina R, Wiersma D, Kiejna A, Ploumpidis D, Caldas de Almeida JM. Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental health problems in institutional care (DEMoBinc). BMC Psychiatry. 2009;9:36.

25) Andrews KL, Kaplan LJ, Mercado S. Quality performance measures: the tie that binds reimbursement, licensure, certification, and continuing medical education. PM R. 2009 Aug;1(8):740-3.

26) Barelds A, Van de Goor I, Van Heck G, Schols J. The development of the QUALITRA-ID: a user-orientated interview to assess the quality of care and service trajectories for intellectually disabled persons. J Intellect Disabil Res. 2010;54(3):224-39.

27) De Korvin G, Delarque A. Physical and rehabilitation medicine section and board of the European Union of Medical Specialists. Community context; history of European medical organizations; actions under way. Ann Phys Rehabil Med. 2009;52(7-8):594-607.

28) Hall L, Gore S, Witten B. Vocational rehabilitation: is your facility on track? Nephrol News Issues. 2009;23(13):22-5.

29) EFQM. Levels of excellence. EEA – History and Past winners, 08/10/2008; 1-4 [cited 2012 Feb 25]. Available from: http://ww1.efqm.org/en/PdfResources/EFQM%20Levels%20of%20Excellence%20Overview.pdf

30) International Organization for Standardization. ISO standards [cited 2012 Feb 19]. Available from: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue.htm

31) International Organization for Standardization. Applied Quality Strategies. A brief intro to the 20 elements of ISO [cited 2011 Oct 18]. Available from: http://aqstrat.com/elements.htm

32) Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). International Quality standards index [cited 2012 Jan 17]. Available from: http://www.carf.org/Accreditation/QualityStandards/

33) European Platform for Rehabilitation. EQUASS Excellence [cited 2011 Oct 19]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/12-equass/36-equass-excellence

34) European Platform for Rehabilitation. Vision & Strategy [cited 2012 Feb 2]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/about-epr

35) European Platform for Rehabilitation. Quality assurance in social services [cited 2011 Oct 19]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/12-equass/35-equass-assurance

36) Eurostat. Statistics in focus. Employment of disabled people in Europe in 2002 [cited 2012 Jan 25]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-03-026/EN/KS-NK-03-026-EN.PDF

37) European Platform for Rehabilitation. EQRM (EQUASS excellence) assessors training documents. Athens, 10 November 2011.

38) European Platform for Rehabilitation. EQUASS Assurance auditor training documents. Athens, 10 November 2011.

39) International Organization for Standardization. Quality Management Principles [cited 2011 Oct 18]. Available from: http://www.iso.org/iso/iso9000-14000/understand/qmp.html

40) Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. Int J Qual Health Care. 2000;12(3):191-201.

41) EQUASS. EQUASS Assurance certified organizations. July-December 2011 [cited 2012 Feb 24]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/301-equass-assurance-certified-organisations

42) EQUASS. EQUASS Excellence certified organizations. November 2011 [cited 2012 Feb 24]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/302-equass-excellence-certified-organisations

43) Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. J Rehabil Med. 2010;42(5):417-24.

44) Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, Souliotis K, Kyriopoulos I. Integrated primary health care in Greece, a missing

issue in the current health policy agenda: a systematic review. Int J Integr Care. 2009;9:e88.

45) Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. Health Econ. 2005;14 (Suppl 1):S151-68.

46) Robert C. Pozen, 2012, They Work Long Hours, But What About Results? The New York Times, 7 Oct. p.BU1.

47) Craddock, G & D McAnaney (2003) "The Challenge of Creating 'User-Centred' Organisations", in Assistive Technology – Shaping the Future, edited by Ger Craddock et al, Research Series Volume 12, 2003, IOS Press Amsterdam. Pp 49-60

48) Exploring and Implementing Person Centred Approaches. A Guide for NSW Community Participation Program Service Providers. NSW Department of Ageing, Disability and Home Care. Australian Catholic University, DADHC January 2009, Available from: http://www.adhc.nsw.gov.au/__data/assets/file/0005/228290/DADHC_PersonCentred201208.pdf

49) McCance, T., McCormack, B., Dewing, J., (May 31, 2011) "An Exploration of Person-Centredness in Practice" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 16, No. 2, Manuscript 1. Available from: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Person-Centredness-in-Practice.html

50) Heron, J. (1992). Feeling and personhood. London: Sage Publications.

51) Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefeve, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. Disability and Rehabilitation, 29 (20-21), 1555-1565.

52) Benchmarking for Competitive Advantage. Robert J Boxwell Jr, New York: McGraw-Hill. 1994. pp. 225. ISBN 0-07-006899-2.

53) Beating the competition: a practical guide to Benchmarking. Washington, DC: Kaiser Associates. 1988. pp. 176. ISBN 978-1-56365-018-5.

54) Camp, R. (1989). The search for industry best practices that lead to superior performance. Productivity Press.

55) prEN16231:2011 Energy Efficiency Benchmarking Methodology, Brussels: CEN, 2011, p5 (Definition 3.2)

56) Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment . Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

57) PDCA, Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/PDCA

Παράρτημα 1

Δημοσίευση #1

Quality assessment systems in rehabilitation services for people with a disability in Greece: A critical review

ELSEVIER

Disability and Health Journal 6 (2013) 157−164

Disability and Health Journal

www.disabilityandhealthjnl.com

Review Article

Quality assessment systems in rehabilitation services for people with a disability in Greece: A critical review

Vassilios Dimitriadis, Ph.D. Student[a,*], Antonis A. Kousoulis, M.D.[a], Adelais Markaki, Ph.D.[b], Markos N. Sgantzos, M.D., Ph.D.[c], Alexander Hadjipavlou, M.D., Ph.D.[d], and Christos Lionis, M.D., Ph.D.[a]

[a]*Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece*
[b]*Department of Social Medicine, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece*
[c]*Department of Anatomy, Medical School, University of Thessaly, Larissa, Greece*
[d]*Department of Orthopaedics and Traumatology, University Hospital of Heraklion, Heraklion, Greece*

Abstract

Background: Despite international interest on quality assessment systems (QAS) and their importance in health care accreditation, implementation of a Rehabilitation Services Quality Measurement System still remains a neglected subject in Greece.

Objective: To identify appropriate tools for researchers and policy makers to assess the quality of rehabilitation services in Greece, within the current active debate on national health care reform.

Methods: A critical review methodology was undertaken, using a systematic approach, aiming to identify the most appropriate tools in the field. Multi-step strategy was followed to gather relevant data, including bibliographical database, internet and hand searches.

Results: Twenty-two studies, articles and documents were identified as meeting all inclusion criteria, representing four QAS, compared according to appropriateness, efficiency, and feasibility for general use. The European Quality in Social Services (EQUASS) was evaluated as meeting all of the desired features, such as proper certification, objective measuring, equality, education and training, established guidelines and person-centered approach.

Conclusions: EQUASS initiative, developed according to European standards and implemented in resource-limited settings, was recognized as the most adaptive and appropriate system for Greek rehabilitation settings. Health policy makers are urged to take findings into consideration in establishing an integrated, quality-assured rehabilitation system throughout the country. © 2013 Elsevier Inc. All rights reserved.

Keywords: Quality; Certification; Rehabilitation; EQUASS; Greece

There is growing consensus on the importance of rehabilitation services in the quality of life for persons with disabilities. Linking acute care services with community-based services, rehabilitation is widely viewed as central to the effectiveness of a country's health care system.[1,2] Thus, establishing a nationwide quality assessment and certification system for rehabilitation services has become essential in safeguarding the main principles of a national health and welfare system.

Quality Assessment Systems (QAS) are comprehensive reviews and evaluations of materials, tools, processes, and strategies leading to specific recommendations on how to improve an organization.[3,4] A QAS is based on cross-organization benchmarks and best practices in specific areas, contributing to organizational excellence. Implementation of quality assessment measurement systems in the rehabilitation sector for the disabled is crucial in evaluating services offered in order to provide the best care to the disabled. Such measurement systems are essential for the implementation of Total Quality Management (TQM) which is a set of management practices ensuring that the organization consistently meets or exceeds customer requirements, focusing on process measurement and controls as a means of continuous improvement.[5,6]

In Greece, until today, the rehabilitation sector is encompassed within the social health care sector, sharing some common fundamental principles for quality measurement. However, when promoting quality of care in rehabilitation, it should be taken into account that these are person-centered services, following an individual plan, intending

Conflict of interest/funding: All authors state that there is no financial or other conflict of interest related to this paper.

* Corresponding author. Thrakis 11, Keratsini 18756, Greece. Tel.: +30 693 464 1890.

E-mail address: v@dimitriadis.biz (V. Dimitriadis).

1936-6574/$ - see front matter © 2013 Elsevier Inc. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.01.005

to minimize health care costs linked to repeated or unnecessary practices. The most important barriers to receiving appropriate client-centered care include physical obstacles, transportation limitations, communication difficulties, and client and provider attitudes.[7] In this context, health care providers need to embrace a multi-disciplinary approach to meet the diverse needs of persons with disabilities, developing measures of function status and quality of life to improve outcomes.[7,8]

Rehabilitation and full recovery of the disabled in Greece sometimes is approached in a fragmented, opportunistic manner, which has led to escalating health care expenditures. A major reason for this is that the disabled occupy high-cost acute care beds not always for the proper reasons, or end up in chronic care institutions not designed to provide rehabilitation services. Uneducated family caregivers, insufficient state allowances, lack of dissemination of skills for self-management, and disconnection from the social and familial web complete the picture.[9,10] The above also have economic and social implications as disabled persons, comprising 9.3% of the Greek population, widely lack proper training and employment opportunities and are often marginalized.[4,6] Although quality assurance and certification has been noted as a concern of the Greek National Health Care System (ESY), implementation of a Rehabilitation Services Quality Measurement System (RSQMS) remains neglected. Organizational structures and the ongoing financial downturn appear as the most important barriers to change. Despite findings from a recent governmental report on poor outcomes for the disabled seeking rehabilitation services and the lack of professionalism on that matter, interest for research and funding on this field remains scarce.[6]

In this context, a critical review of the current literature on RSQMS was undertaken aiming to identify the most appropriate system for Greece in an effort to contribute toward the establishment of an integrated rehabilitation system throughout the country. Special consideration was given to culture-specific factors, recorded experience from other countries and to current financial shortcomings endured by the Greek health care sector. The findings and the discussion of this study may contribute to the current active debate on health care reform in Greece.

Methods

Study design

A critical review methodology was undertaken, using a systematic approach, aiming to identify the most appropriate tools in the field. In particular, suggestions on QAS and certification for the rehabilitation sector, especially in resource-limited settings, were sought. The authors attempted to evaluate according to experience and the PICO concept[11] and sought to identify conceptual contribution.[12] Upon the guidance of the PRISMA checklist (http://prisma-statement.org), this review addresses the disabled in Greece (Participants), in terms of quality improvement of rehabilitation services (Intervention), comparing various relevant systems (Comparison) with the aim to identify the most appropriate for the country's setting (Outcome).[11]

Operational definitions

The operational definition adopted for rehabilitation was the following: "An episode of care provided for a person with an impairment, disability or handicap and for whom the primary treatment goal is improvement in functional status.[2]" We considered quality in rehabilitation services based on the original principles set by Avedis Donabedian; divided into structure, process and outcome.[13] For the purposes of this review, the rehabilitation sector was regarded to include all providers of specialized services supporting disabled persons to reclaim self-care through: 1) the prevention and reduction of functional loss, 2) the limitation of restrictions of activity and participation arising from impairments, 3) the management of disability in physical, psychosocial and vocational dimensions, and 4) improvements in function.[2] Furthermore, certification was assessed as the process of recognition of a program fully complying with international requirements in terms of quality[8]; the latter specifically taken into account in health care research as the ability to achieve desirable objectives (these are the aforementioned providers of specialized services supporting disabled persons) using legitimate means – including physical and occupational therapy, speech therapy, psychological support, vocational training, self-management aids and technology assistance.[3]

Search strategy

A multi-step search strategy was followed in order to gather relevant data for assessing an appropriate rehabilitation system to be implemented in Greece. At first, a systematic approach to the current literature was undertaken to explore quality assessment systems and certification for the rehabilitation sector, and especially to identify extrapolated experience from other countries and centers. Publications of interest, within the past decade, were identified by two reviewers, working independently. The two reviewers appraised the documents identified in the search and a third reviewer checked the titles and the abstracts of the selected papers. Any differences of opinion were resolved through discussion and by reaching a consensus among the three reviewers. After a critical evaluation of existent resources, a search of Medline bibliographical database (as the standard database for the wider dissemination of knowledge) was undertaken using the following search algorithm: ("quality") AND ("rehabilitation"[Title/Abstract]) AND

("center" OR "centre" OR "certification") AND ("disabled" OR "disability" OR "handicap"). Thereafter, reference lists were systematically searched for further relevant articles; lastly, corresponding authors were contacted for missing data.

Specific inclusion criteria were set, as follows: (i) published articles relevant to quality measurement in the rehabilitation sector, (ii) documents presenting evidence on the guidelines set for quality assessment of specific systems, (iii) websites enhancing knowledge on quality assessment and certification. Exclusion criteria comprised as follows: (i) published articles, documents and websites providing relevant information on quality measurement tools which have not been tested in rehabilitation settings, (ii) article types: opinion pieces, editorials, letters, and (iii) articles written in languages other than English or Greek.

Additionally, a pursuit of internet resources was performed using popular search engines, including Google and Yahoo, for the period up to December 2011. Search terms were used to capture relevant websites, starting from combinations of the broad keywords: 'rehabilitation', 'disabled', 'quality'. As a standard method, the first 100 hits on each search engine were further reviewed, as a number of the identified sites provided links to others, which have also been included in our preview. Two investigators (VD, AAK), working independently, searched the internet engines and selected relevant websites, attempting to include information from rehabilitation centers, quality assessment and certification system organizations.

Once the most effective systems emerged and became recognizable, a hand-search was performed, attempting to detect relevant documents which could aid the suggestions for implementation. Organizations were contacted and were asked to provide additional information.

Data extraction

Each identified article, document or website, meeting the inclusion criteria, was further processed by the two reviewers, who independently also abstracted the relevant information using a standardized form. A two-stage review was employed to assess the relevance of findings. At the first stage, a wider group of thematic fields, drawn from our background research, was included to enable mapping and exploration of the whole field of quality assessment and certification related to rehabilitation in general. At the second stage, this group was narrowed down to a subset of thematic fields focusing on implementation and policy implication at a unit/facility level. A simple tabulation of study characteristics was attempted, which, according to the study design included: First authors' or studies' names, scope, evidence for potentially cost-effective implementation (extracted from the article's content either as a reference or by assessing the time frame of care and the appropriate practices), main focus, key message.

Results

Eligible studies

The Medline search strategy yielded 319 potentially relevant articles. As a result of the strategy and following the exclusion criteria, 296 studies were deemed irrelevant. The remaining 23 articles were reviewed, resulting in 10 articles[14–23] that met all inclusion criteria (Table 1).

Fifty-six websites were initially identified using the specified search engines, of which 39 were considered irrelevant. The authors further explored 17 links from selected organizations' websites, with 8 of them[10,24–30] being relevant to the rehabilitation sector (Table 2).

The hand-search retrieved 13 documents, 4 of which were judged appropriate[6,31–33] and were provided in full text by official organizations upon request (Table 3).

Eventually, a total of 22 electronic and hardcopy documents were found to be within the scope of the current review (Fig. 1).

Quality assessment systems

Upon careful consideration of all studies, articles, websites and documents meeting all inclusion criteria, the following QAS emerged as potentially relevant to Greek practice: A) International Organization for Standardization (ISO), used both by the industry and the health sector.[25,26,34] B) Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF), mainly for the rehabilitation sector in USA and Canada.[27] C) European Quality in Social Services (EQUASS) Excellence (former EQRM) and EQUASS Assurance, which have been developed for the European rehabilitation sector and, since 2008, have been applied in the welfare sector in Greece.[28,30,32,33] D) European Foundation for Quality Management (EFQM), used both by the industry and the health sector.[24,35]

Characteristics and extrapolated message of included documents

After careful reading and a close inspection of Tables 1, 2 and 3, the key messages were: (i) Accreditation and objective certification, mostly via self-assessment, of the involved centers; mentioned in 9/22 cases (40.1%). (ii) Need for statistics and objective measuring in rehabilitations services; mentioned in 5/22 cases (22.7%). (iii) Human rights, equity of access and equal opportunities for persons with disabilities; mentioned in 4/22 cases (18.2%). (iv) Health, welfare and continuing medical education and training for professionals involved in the rehabilitation sector; mentioned in 4/22 cases (18.2%). (v) Need for established clinical

Table 1
Medline search, characteristics of included studies ($N = 11$)

First author (year)	Scope	Evidence for potentially cost-effective implementation[a]	Main focus	Key message
Baron-Epel et al (2004)[14]	Quality assessment of health education	Yes	Quality assurance tools; chronic care	Health education
Farin et al (2004)[15]	'Quality Profile'	No	Quality assessment in rehabilitation centers; acute care	Structural, process and outcome quality
Morrison (2005)[16]	Disease-Specific Care (DSC) certification	No	Disease management program certification; acute care	Consensus-based national standards, use of established clinical guidelines
Hermann et al (2006)[17]	Benchmarks	No	Statistical measure of quality of, sub-acute and chronic, care	Quality statistics
Censullo et al (2008)[18]	Consensus for quality care	No	Validated assessment of quality outcomes; acute care	Quality statistics, national certification process
Killaspy et al (2009)[19]	European measure of best practice	Yes	Measure for assessing and reviewing living conditions; chronic care	Human rights
Andrews et al (2009)[20]	National health care delivery, education, board certification	Yes	Quality performance measurement	Quality measures and reporting, continuing medical education
Barelds et al (2010)[21]	QUALITRA-ID	No	Quality of care and service trajectory; chronic care	Specific user-oriented knowledge
De Korvin et al (2009)[22]	European Union directives	Yes	European accreditation system; acute and chronic care	Describe clinical activity concretely
Hall et al (2009)[23]	Quality improvement project	No	Quality performance measurement; chronic care	Include vocational rehabilitation

[a] Extracted from the article's content either as a reference or by assessing the time frame of care and the appropriate practices.

guidelines; mentioned in 3/22 cases (13.6%). (vi) Individualized approach within the defined context, mentioned in 3/22 cases (13.6%).

The EQUASS initiative emerged as the most appropriate for implementation in the Greek health care setting, since it addresses a large number of existing problems, provides a cost-effective application within resource-limited settings and has already been partially applied in the Greek welfare sector.

Discussion

Main findings

The critical review identified overall four quality assurance systems that have been used in the rehabilitation sector, to a lesser or greater degree. All of them display three common characteristics: a) Benchmarking, b) Total Quality Management (TQM) and c) Continuous Quality Improvement (CQI). However, as evident by the

Table 2
World wide web resources, characteristics of included sites ($N = 9$)

Site (year)	Scope	Evidence for potentially cost-effective implementation[a]	Main focus	Key message
National Confederation of Disabled – Greece (2007)[10]	Equality and equity	Yes	Action plan for a national strategic for the disabled	Human rights, equal opportunities
European Foundation for Quality Management (2008)[24]	EFQM levels of excellence	No	Organizations improvement	Self-assessment, sustainability
International Organization for Standardization (2011)[25]	ISO standards	No	Assistive products for persons with disability	Established standards
International Organization for Standardization Elements (2011)[26]	ISO standards	No	Quality strategies	Establishing application of quality strategies
Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (2011)[27]	CARF accreditation	No	Quality standards	Standards for quality practices
European Platform for Rehabilitation (EPR) (2011)[28]	EQUASS excellence	Yes	QAS for rehabilitation in Europe	Self-assessment
European Platform for Rehabilitation (2011)[29]	European organization for disabled persons' rehabilitation	Yes	EPR strategy	Equality, independence, professionalism
European Platform for Rehabilitation (2011)[30]	EQUASS assurance	Yes	QAS for rehabilitation in Europe	Quality criteria and performance indicators

[a] Extracted from the article's content either as a reference or by assessing the time frame of care and the appropriate practices.

Table 3
Hand-search, characteristics of included documents (N = 4)

Source (year)	Scope	Evidence for resource-limited settings	Main focus	Key message
Eurostat (2003)[31]	Statistical data for disabled in Europe	Yes	European statistical organization	12% of EU population is disabled. Equity, equal opportunities
National Federation of Mobility Impaired People (2008)[6]	Report to the ministry of health	Yes	The current situation for the disabled persons in Greece	Need for a QAS implementation
European Platform for Rehabilitation (2011)[32]	EQUASS excellence	Yes	Quality assessment training	Assessors' training
European Platform for Rehabilitation (2011)[33]	EQUASS assurance	Yes	Quality assessment training	Auditors' training

aforementioned results, ISO and EFQM have been used in the rehabilitation sector but are not specifically designed for it. Therefore, based on the review outcomes, two QAS target specifically the rehabilitation sector; CARF and EQUASS.

In the authors' judgment, EQUASS is considered to be the most appropriate for the Greek setting for a number of reasons. First, CARF is a rehabilitation quality assurance and certification system mainly used in North America, whereas EQUASS has been created in response to the rehabilitation and welfare sector needs of European member countries. As of December 2011, 319 rehabilitation centers or sites in Europe had been certified with EQUASS Assurance and 11 with EQUASS Excellence.[36,37] Moreover, there is enough evidence that EQUASS has been successfully applied in countries facing economic constraints, including, but not limited to, Ireland, Portugal, Spain and Malta.[32,33,36,37] Over and above, EQUASS has already been used in Greece, with two certified centers (one by EQUASS Assurance and another one by EQUASS Excellence), hence it is more cost-effective to use implemented systems with existing trained professionals. In 2008, the EQUASS Excellence system was implemented for the first time in Greece at "*Panagia Eleousa*" foundation, in the Aetolia-Acarnania region, whereas in the same year the EQUASS Assurance system was implemented at "*Theotokos foundation*", in the Attica region. No cultural adaptations were required for the implementation of either system, demonstrating clear potential for improvement of the rehabilitation sector in Greece. Finally, EQUASS addresses all of the important features recognized through the current analysis: proper certification, objective measuring, equity, education and training, established guidelines and person-centered approach.

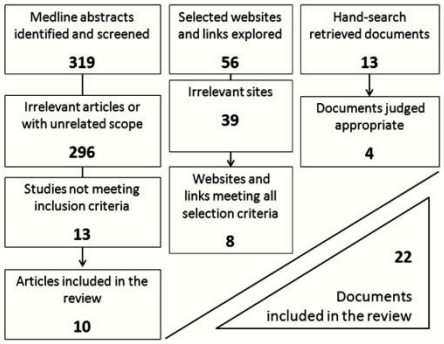


Fig. 1. Flow chart describing the multi-step data collection process.

Notably, the EQUASS is presented as a Quality system for enhancing social service providers in the process of quality development and continuous improvement in the social service sector. The focus is on the quality of the service by offering comprehensive set of services: self-assessment, planning, support, recognition/certification. In the EQUASS "standard", quality concept elements of business management and quality management are incorporated. However, it should be noted that EQUASS certification is not a proof a having a solid quality management system, rather it is a recognition that the EQUASS quality concept (based on EU reference model for quality in the social sector) is well implemented. This assures a certain level quality in the provision of social health care services to service users and other key stakeholders in the sector.

Impact of the study

Contemporary Greece is lagging behind in RSQMS implementation. Rehabilitation facilities for the disabled in the public sector are insufficient, with several being operated by poorly-prepared managers, perpetuating a culture of misery and defeat.[6,10] On the other hand, the private sector is very limited, providing specialized services and daily care mostly to persons with mental disabilities.[10] In contrast, most rehabilitation centers for the disabled in the European Union and the United States function as units for brief hospitalization, offering patient education, psychological and social support and not as "asylums" for marginalized disabled individuals.[38]

Our review intends to provide a presentation of the widespread implications of this research and the use of quality assessment systems in rehabilitation services. Though specific to the Greek health care system, we consider many of the issues presented to be universal, like the

cost-effectiveness of rehabilitation services in limiting long-term disability and secondary illness or loss of function, the limitations in reimbursement for services and economic constraints in providing needed care, and the absence of centralized outcome data. International reports stress the importance of interconnecting issues observed in different health care systems.[39,40]

Successful implementation of QAS in Greece would require tackling a number of issues and obstacles.[41,42] First, compared to their hospital counterparts, Greek rehabilitation administrators lag behind considerably in formal training and managerial capacity. Therefore, overturning the long-standing inequalities and discrimination between hospital and rehabilitation center administrators is clearly a priority for any culture change to occur in the work environment and the Greek society. Second, the subject of rehabilitation cost cannot be assessed independently. It should rather be examined in connection with the long-term financial and social burden, stemming from insufficient or improper rehabilitation (i.e., need for a full-time personal assistant, unemployment etc). When viewed under this perspective, the long-term cost is much greater than the cost for timely and comprehensive rehabilitation services. Third, rehabilitation fees for service vary according to the insurance carrier, with the Ministry of Social Insurance being the responsible entity. Last, the absence of a central data clearinghouse at the Ministry of Health and Social Solidarity seriously undermines any efforts to collect valid and reliable statistics at a national level.[8,10]

Implications

Taking into account our study's outcomes and the aforementioned challenges, a set of recommendations has been formulated, as outlined in Table 4. Rehabilitation institutions and welfare agencies assigned with the task of responding to the needs of the disabled are urged to form workgroups that will carry out the proposed strategic planning. Implementing these recommendations would require intense coordinated work from a team of experts in rehabilitation, welfare, human resource administration, health policy and health economics, all of them sharing a common vision.

Limitations and strengths

Results of the current review illustrate the urgency of restructuring the rehabilitation sector in Greece in a cost-effective manner. Strong points of our study include the authors' personal and/or professional experience with disability, involvement with QAS implementation and participation in health care reform in Greece. However, some methodological limitations of the review should be noted, pertaining to the search strategy, as the sources utilized were limited to the rehabilitation sector and to QAS within that sector. Therefore, potentially relevant articles not indexed in Medline might have been omitted. Last, the adaptation of a critical review approach inherently implies that emphasis was placed on the conceptual contribution of each included item and not on formal quality assessment. While such a review aims to aggregate the literature on a topic, the interpretative elements are necessarily subjective and the resulting product is the starting point for further evaluation, not an endpoint in itself.[12] However, a critical review appeared as the most appropriate methodology because the particular field is at the point where appraisal should be based on contribution.

Conclusions

The developing interest in Europe and Greece for EQUASS puts it at the top of the list for potentially successful implementation, making it the most appropriate for Greek settings. A Quality Assessment System cannot resolve all problems identified in Greek rehabilitation settings, as these are primarily structural problems involving the whole health care system. Hence, these structural system issues would need to be resolved, for QAS to achieve the desired quality level in each of the rehabilitation facilities. Nevertheless, QAS implementation may aid the reform, as it could result in improved organizational performance, reducing the required cost and time for rehabilitation. Thus, disabled Greeks would be more likely to remain in their home country, avoiding the tremendous out-of-pocket expenses and subsequent cost to the insurance carriers from seeking rehabilitation services abroad. Regardless of the QAS chosen, our study revealed the urgent need for a national database operated by the Ministry of Health and Social Solidarity for standardized data collection concerning the rehabilitation process and the disabled persons in Greece.

Although quality assessment and certification systems for rehabilitation centers have been extensively discussed in international literature, they have been implemented with

Table 4
Recommendations toward a quality assessment and certification system within the Greek rehabilitation sector

- Standardizing at a national level data collection, data entry and analysis in order to establish a reliable and credible, up-to-date Rehabilitation Data Bank at the Ministry of Health and Social Solidarity.
- Carrying-out a comprehensive, comparative study of supply and demand for rehabilitation services in each of the seven health regions throughout Greece.
- Evaluating cost vs. effectiveness in public vs. private facilities as well as cost of rehabilitation abroad vs. cost in Greece.
- Promoting a culture of change in rehabilitation facilities, encouraging professional development through continuous education and on-the-job training, eliminating discriminations between hospital and rehabilitation staff and administration.
- Obtaining consensus for required reform of current legislation concerning rehabilitation facilities, services and benefits.
- Embracing the latest evidence supporting integrated care at all levels, providing a seamless continuum of care from the hospital to the rehabilitation center to the individual's home.
- Establishing a national accreditation body, responsible for issuing certification to rehabilitation facilities fulfilling QAS criteria.

various degrees of success. The absence of a QAS and subsequently, certification in rehabilitation and welfare services is evident throughout most of the public and private sector in Greece. Comprehensive and systematic national implementation of a QAS, such as EQUASS or CARF, as this review has indicated, adapted to the Greek culture and standards, has the potential to ameliorate an overall substandard situation.

Acknowledgment

The contribution of Mr. Guus Van Beek, EQUASS Key Expert, who provided appropriate handbooks and data for the EQUASS, is acknowledged.

References

1. Simmonds F, Stevermuer T. The AROC annual report: the state of rehabilitation in Australia 2006. *Aust Health Rev*. 2008;32(1):85–110.
2. Pryor J. Building rehabilitation capacity in rural in New South Wales. *Rural Rem Health*. 2009;9(4):1113.
3. Lee H, Delene LM, Bunda MA, Kim C. Methods of measuring health-care service quality. *J Business Res*. 2000;48(3):233–246.
4. Talib F, Rahman Z, Azam M. Best practices of total quality management implementation in health care settings. *Health Mark Q*. 2011;28(3):232–252.
5. Chassin MR. Is health care ready for six sigma quality? *Milbank Q*. 1998;76(4):565–591. 510.
6. National Federation of Mobility Impaired People (Greece). Report to the Minister of Health and Social Solidarity. Athens: 4662/06-11-2008.
7. Lawthers AG, Pransky GS, Peterson LE, Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disability. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(4):287–299.
8. Perrin JM. How can quality improvement enhance the lives of children with disabilities? *Future Child*. 2012;22(1):149–168.
9. Koukouli S, Vlachonikolis IG, Philalithis A. Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv Res*. 2002;2(1):20.
10. National Confederation of Disabled—Greece. Handbook for the Right of Persons with Disabilities to Equal Treatment in Employment and Occupation. Athens: 2007.
11. Farmer SE, Wood D, Swain ID, Pandyan AD. Assessment of the risk of bias in rehabilitation reviews. *Int J Rehabil Res*. 2012;35(4):317–322.
12. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91–108.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44:11–48.
14. Baron-Epel O, Levin-Zamir D, Satran-Argaman C, Livny N, Amit N. A participatory process for developing quality assurance tools for health education programs. *Patient Educ Couns*. 2004;54(2):213–219.
15. Farin E, Follert P, Gerdes N, Jäckel WH, Thalau J. Quality assessment in rehabilitation centres: the indicator system 'Quality Profile'. *Disabil Rehabil*. 2004;26(18):1096–1104.
16. Morrison K. The road to JCAHO disease-specific care certification: a step-by-step process log. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(5):221–227.
17. Hermann RC, Chan JA, Provost SE, Chiu WT. Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2006;57(10):1461–1467.
18. Censullo J, Chiu D. Comprehensive stroke center quality metrics. *Crit Pathw Cardiol*. 2008;7(3):178–184.
19. Killaspy H, King M, Wright C, et al. Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental health problems in institutional care (DEMoBinc). *BMC Psychiatry*. 2009;9:36.
20. Andrews KL, Kaplan LJ, Mercado S. Quality performance measures: the tie that binds reimbursement, licensure, certification, and continuing medical education. *PM R*. 2009;1(8):740–743.
21. Barelds A, Van de Goor I, Van Heck G, Schols J. The development of the QUALITRA-ID: a user-orientated interview to assess the quality of care and service trajectories for intellectually disabled persons. *J Intellect Disabil Res*. 2010;54(3):224–239.
22. De Korvin G, Delarque A. Physical and rehabilitation medicine section and board of the European union of mdical specialists. Community context; history of European medical organizations; actions under way. *Ann Phys Rehabil Med*. 2009;52(7–8):594–607.
23. Hall L, Gore S, Witten B. Vocational rehabilitation: is your facility on track? *Nephrol News Issues*. 2009;23(13):22–25.
24. EFQM. Levels of excellence. EEA – History and Past winners, 08/10/2008; 1–4 [cited 25.02.12]. Available from: http://ww1.efqm.org/en/PdfResources/EFQM%20Levels%20of%20Excellence%20Overview.pdf.
25. International Organization for Standardization. ISO standards [cited 19.02.12]. Available from: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue.htm.
26. International Organization for Standardization. Applied Quality Strategies. A Brief Intro to the 20 Elements of ISO [cited 18.10.11]. Available from: http://aqstrat.com/elements.htm.
27. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). International Quality Standards Index [cited 17.01.12]. Available from: http://www.carf.org/Accreditation/QualityStandards/.
28. European Platform for Rehabilitation. EQUASS Excellence [cited 19.10.11]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/12-equass/36-equass-excellence.
29. European Platform for Rehabilitation. Vision & Strategy [cited 02.02.12]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/about-epr.
30. European Platform for Rehabilitation. Quality Assurance in Social Services [cited 10.10.11]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/12-equass/35-equass-assurance.
31. Eurostat. Statistics in Focus. Employment of Disabled People in Europe in 2002 [cited 25.01.12]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-03-026/EN/KS-NK-03-026-EN.PDF.
32. European Platform for Rehabilitation. EQRM (EQUASS excellence) Assessors Training Documents. Athens: 10.11.11.
33. European Platform for Rehabilitation. EQUASS Assurance Auditor Training Documents. Athens: 10.11.11.
34. International Organization for Standardization. Quality Management Principles [cited 18.10.11]. Available from: http://www.iso.org/iso/iso9000-14000/understand/qmp.html.
35. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(3):191–201.
36. EQUASS. EQUASS Assurance Certified Organizations. July–December 2011 [cited 24.02.12]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/301-equass-assurance-certified-organisations.
37. EQUASS. EQUASS Excellence Certified Organizations. November 2011 [cited 24.02.12]. Available from: http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/302-equass-excellence-certified-organisations.
38. Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med*. 2010;42(5):417–424.

39. Fayed N, Cieza A, Bickenbach JE. Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disabil Rehabil*. 2011;33(21−22):1941−1951.
40. Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R, Irvin E. A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil*. 2008;18(1):16−26.
41. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, et al. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2009;9:e88.
42. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*. 2005;14(suppl 1): S151−S168.

Δημοσίευση #2

(Έχει υποβληθεί σε ξενόγλωσσο περιοδικό)

Implementing a System to evaluate Quality Assurance in Rehabilitation in Greece

Article type: Research paper

Short title: QASR implementation in Greece

Vassilios Dimitriadis1, Antonis A. Kousoulis1, Markos N. Sgantzos2, Alexander Hadjipaulou3, Christos Lionis1

1 Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece

2 Department of Anatomy, Medical School, University of Thessaly, Larissa, Greece

3 Department of Orthopaedics-Traumatology, University Hospital of Heraklion, Heraklion, Greece

Conflict of Interest/Funding

All authors state that there is no financial or other conflict of interest related to this paper.

Abstract word count: 248

Manuscript word count: 3,069

Number of references: 16

Number of Figures: 3

Number of Tables: 2

Keywords: quality; rehabilitation; Greece; health care; disability

Corresponding author:

Vassilios Dimitriadis

Ph.D. student

Clinic of Social and Family Medicine, University of Crete

Address: Thrakis 11, Keratsini 18756, Greece

Phone Number: +306934641890

E-mail address: v@dimitriadis.biz

ABSTRACT

BACKGROUND: Use of a widely accepted quality assurance tool is an essential procedure of effective and result-oriented quality management in the rehabilitation sector, and generally in healthcare and social services, but is still lacking in Greece.

OBJECTIVE: This study aims to explore to what extent a Quality Assurance System in Rehabilitation (QASR) in the Greek setting could respond to the needs for quality evaluation of the facilities for people with a disability and to discuss possibilities of its use in rehabilitation organizations, sites and hospitals.

METHODS: The European Quality in Social Services (EQUASS) Assurance self-assessment questionnaire was officially translated and used as the basis for the new

tool, which consisted of 110 questions in 11 sectors on development and 6 questions on its evaluation. This tool was tested in 15 specialized centers.

RESULTS: The study received a high (93.75%) response rate. Overall score ranged from 11% to one perfect 100%; 53.3% of the facilities fell short of the preset qualification standards, while 4 (26.7%) were qualified for level-1 accreditation. Evaluation of the QASR questionnaire for the function of the rehabilitation facilities for the disabled was extremely positive.

CONCLUSIONS: The EQUASS Assurance-based Greek QASR has received proper attention in its first implementation and it was shown promising to assess the needs of sites that would like to improve their services. The next steps are to assure its validity and reliability so that it can significantly emerge as the standard system for guiding policy in the rehabilitation sector in Greece.

Abbreviations

QASR: Quality Assurance System in Rehabilitation

QAS: Quality Assurance System

EPR: European Platform for Rehabilitation

EQUASS: European Quality in Social Services

EFQM: European Foundation for Quality Management

TQM: Total Quality management

BACKGROUND

Rehabilitation plays a valuable part in alleviating the suffering caused by disability and these services have been moved to the focal point of an efficient health care system. Strategies aiming at scaling up rehabilitation interventions are required in order to improve health outcomes and have the expected immense impact on a person's quality of life. An effective Total Quality Management (TQM) would start by capturing the profile of a rehabilitation facility, identifying the shortcomings and needs and realizing that long working hours are not always translated in enhanced efficiency.[1,2] To this end, the adaptation and use of a quality assessment system seems invaluable.

The lack of a Greek tool to serve this purpose is more than obvious, as is the lack of any kind of internal or external assessment in most of the service providers, especially in the public sector. The Quality Assurance System in Rehabilitation (QASR) aims at subjects like access to facilities and, furthermore, looks to compare performances for the benefit of a better TQM, based on the exchange of information within the rehabilitation sector.[3,4]

In Greece, there are no studies on developing a quality assessment tool for the rehabilitation sector. Even though some of the facilities may be marked with a quality system, most of them are not actually committed to one and their management practices and provided services remain open to controversy.

With rehabilitation services being at the center of a public debate in contemporary Greece,[5] in particular in a period of austerity, the usefulness of such a tool can be twofold. First, it could effectively enhance the knowledge and alter management practices. Second, it can provide ground for improvement for organizations, facilities, sites and/or hospitals in the country, in order to successfully plan joint continuous

development practices, seizing the arising opportunities in a continuously changing corporative environment for the benefit of their service users.

In this context, this article aims to explore to what extent an adjusted QASR questionnaire could respond to the needs for quality evaluation of the evaluate rehabilitation facilities in Greece and, to this end to discuss several possibilities for its wider implementation in the country.

MATERIALS AND METHODS

QASR drafting, pilot

A critical review of the literature has recognized the European Quality in Social Services (EQUASS) initiative as the most adaptive and appropriate tool for Greek rehabilitation settings.[5] This initiative was the basis of the tool developed by the European Platform for Rehabilitation (EPR).[6] The EPR operates a range of services in the areas of professional development, research and innovation, and public affairs, and is also active in the field of quality of services with this quality tool. Hence, the adoption of the core of a person-centered tool,[7,8] tested successfully in European level, including Greece, would be promising for the success of a modified QASR, drawing on the commonalities and differences experienced by Greek rehabilitation sector (and taking into account the current limitations the country faces).[9]

Our first step was to translate the EQUASS Assurance into Greek. A relevant EPR approval was granted and the translation of the questionnaire was performed according to international standards. Three independent bilingual researchers with advanced levels of English language and mother tongue of the Greek language developed a consensus Greek version (forward translation and reconciliation). An EPR researcher, who was a native English speaker and who was blinded to the

original version, retranslated the reconciliated Greek version into the source language (back translation). Then, the translated document was checked by a field English native speaker. After two rounds of relevant corrections, the translation was accepted by the EPR in an extensive consensus meeting with the translators. All in all, this Greek version of EQUASS Assurance contained 166 items classified into two parts.

The next step was that of the cultural adaptation of the questionnaire. Though the translated EQUASS Assurance was considered suitable in many terms due to its easy and wide-ranged application, its adaptation to the European reality, and its previous implementation on some Greek organizations, it was considered that some of its questions should be appropriately modified for two reasons: (i) to make better sense for a practitioner working in the Greek environment (resource-limited, with barriers to change and lacking primary care organization)[9], and (ii) to be specific to the rehabilitation sector – not the welfare sector in general. To this end, an initial, pilot attempt for the implementation was attempted. This was conducted during the period 1 August - 30 November 2010, and involved a first approach to the Greek sector. The pilot questionnaire was sent to the two most experienced Greek rehabilitation structures (the only two EQUASS-certified centers in the country). It was requested by them to fill in the first edition of the QASR questionnaire (EQUASS translation), and return their comments. Their complete answers and an extensive debate on the features of the tool were used to reevaluate the Greek version. To that purpose, in order to shift towards a more basic, generic version, a few steps were taken: (i) the sub-questions from the original self-assessment form were removed, with the aim to make it more suitable to those who had no experience with such tools; (ii) the authors added the new sector of "Locality", assessed to a maximum of 10 points, which explores needs specific to Greece; (iii) an ordinal rating scale for the new QASR was

created in order to categorize the organizations and detect all failing points and handicaps, bearing also in mind that this scale may also be a tool for potential future enhancements; (iv) lastly, a second part concerning the provider's opinion was added. No further questions from other quality assessment tools were added. The decision for all of the revisions was reached by consensus among the authors. Relevant framework for our adaptation has been provided by the adaptation of the EFQM (European Foundation for Quality Management) approach to develop the EQUASS Excellence system.

The modified EQUASS Assurance Greek version: *self-assessment form and measurement scale*

Therefore, using features from the accredited organizations in Greece and EQUASS auditors, the newly developed Quality Assurance System for Rehabilitation in Greece was forwarded to the relevant institutions, consisting of two parts plus a cover sheet containing detailed instructions attached to it:

- *Part One* included 110 checklist questions divided in 11 sections.
- *Part Two* included 5 checklist questions, and 1 section open to comment on the system along with its evaluation from the service provider's opinion.

The 11 principal sections of *Part One* of the questionnaire are as following (and are demonstrated in Figure 1):

1. Leadership
2. Staff
3. Rights
4. Ethics
5. Collaborations

6. Participation
7. Person-centeredness
8. Comprehensiveness
9. Result oriented
10. Continuous improvement
11. Locality

A measurement scale (Table 1) with 4 accreditation levels was designed and created as well, suitably including the concepts of the reliability of the results, the evaluation of the tool and the equitable allocation of the facilities. This assessment may also be used for separate departments. Every positive answer received 1 point, adding up to a potential maximum result of 110 points. This convenient pointing system could aid the facilities track their development on a chart. The EQUASS Assurance tool uses a 2-point-scale with all criteria needing to be met for successful certification. We consider our introducing of a 4-point-scale useful for identifying a more detailed analysis of current performance on quality criteria; however, eventually, for certification on a basic level of requirements and quality to be assured, all criteria should be met.

We followed this design because it adapted well both to the collected information of our pilot study and to the anticipated function of the Greek rehabilitation centers environment. Moreover, we wished to have a handy self-exploration tool which will provide opportunities for future development. Finally, a major factor in the decision to design this Data Table was the realization that our scale required solid subcategorization, not provided by the core tool EQUASS.

Participants and Data Collection and Analysis

The authors contacted by letter and phone call the managers and scientific boards of the largest and more operational Greek rehabilitation facilities in the Prefecture of Attica, the area which concentrates around 50% of the country's population. We aimed to cover the full range of disabilities, ages, public and private sector structures providing outpatient and/or inpatient services.

Based on these preset criteria, 13 facilities were eligible and were called to participate in our research and evaluate the tool, while in two cases this was sent to two different departments, working independently, in the same facility. In order to better evaluate our results, due to its great experience with EQUASS (it has been accredited twice, along with one more in our list), we further added to the pool of the Attica Centers one based outside of Athens. All in all, 16 centres were eligible to participate in our study.

Data collection took place between August 2012 and November 2012. The questionnaire was handed in person to all of the eligible subjects and a specific code number was assigned to each one of them to ensure the confidentiality of the process. Attached to the questionnaire was a covering letter explaining the purpose of the study, the researchers' affiliation and contact information, the voluntary nature of participation, and clearly stating that answers would be confidential and anonymity would be guaranteed in the final data reports. Potential respondents could return the completed questionnaires by regular mail, via email or in person.

Evaluation activities were completed 3 weeks after the collection of the self-assessment forms. Following a standardized protocol was a significant part in the evaluation testing of the tool. It was determined both via checking the components of the modified tool against the two EQUASS accredited centers in Greece and by visiting the facilities in person.

Ethics and Data Analysis

All participants signed an informed consent which indicated willingness to complete and return the questionnaire signed and stamped. The study was approved by the Scientific Board of the University of Crete (4938/15-06-2010) and the Attica 3rd Regional Health Directorate (20999/15728/21-12-2005).

The facilities were marked out using our predefined levels (Table 1) and the data was tabulated and analyzed as shown in Table 2. Standard statistical methods were used in the analysis of the dataset. The variables conforming only to nominal or ordinal measurements were grouped together as categorical variables, whereas ratio and interval measurements were grouped together as quantitative variables for an ordinal measurement. Separate and cumulative percentages were calculated and the results were visually recorded in a scatter chart and a bar graph. Statistical analysis was performed using Microsoft Excel 2010.

RESULTS

The experience with developing and testing the questionnaire

The authors experienced some difficulties concerning the translation of the core tool because of the Greek medical community's ignorance on such issues; thus the cooperation of the EPR platform was sought to overcome the problems. Bureaucratic structures and concern of a potentially negative evaluation caused drawbacks and delays to the research, and personal contact, along with detailed explanations, had to be used. The revised design of the tool and harmonization process with the developers, on the other hand, was quite smooth, though laborious. The participating centres of the pilot study completed the tool, and their comments were thoroughly

studied. This preliminary phase resulted in the acceptance and further revision and design of this kind of questionnaire for quality assurance.

Implementing the quality tool - setting

Out of the 16 departments approached, 15 returned the forms fully completed, corresponding to a response rate of 93.75%. These 15 departments come from 13 different institutions, 12 of which are based within the metropolitan area of Athens.

Implementing the tool - the first results

The collected data (Table 2) showed a great variance on the scatter chart of our tool (Figure 2). Overall score ranged from 12 (11%) to one perfect 110 (100%), as vividly shown in Figure 3. A total of 8 facilities (8/15, 53.3%) returned a 'zero' answer score to at least 1 principal-sector, which would mean that they fall short of the preset qualification standards. Four of them (4/15, 26.7%) were qualified for level 1 accreditation, 6.7% (1/15) would require minor changes (level 2), 6.7% (1/15) would be accredited after major alterations, while a significant number (9/15, 60%) did not fulfill the requirements and cannot be accredited at all.

The second part of the self-assessment tool, asking every participant how useful, understandable and necessary they found it in comparison to others, also emerged as an essential factor. All in all, the majority of the answers in the second part of the questionnaire pointed towards the positive evaluation of the QASR tool, and this was also the case after the comparison of the tool's dataset and the core EQUASS' system for the two already accredited participating centers.

DISCUSSION

The main finding of this study and its limitations

The current study presents the attempt on implementation of a quality assurance system for the rehabilitation sector in Greece by using the European experience and one well tested tool. The developed Greek EQUASS system has kept the structure of the original tool and it differs in its accreditation assessment and a few points: it lacks the subquestions and it incorporates the *locality* parameter. It is profound that this study did not aim to measure the psychometric properties of a newly developed tool; thus the lack of assessment of validity and repeatability are its inherent limitations. However, it succeeded in its primary objective; to use a culturally adapted tool in Greek rehabilitation institutions to assess and evaluate quality. Although the validity of this Greek Quality Assurance System in Rehabilitation was not measured, it was received well (evidently by the high participation rate), and showed that it can be effective in identifying the particular strengths and limitations of a rehabilitation department.

The research process dealt with a few problems with bureaucracy and the initial hesitation of the department administrators. Moreover, though we consider our results to be generalizable enough, it should be acknowledged that they come from a specific area of Greece. However, a confidential process and a strict protocol were followed. Moreover, extra effort was put to guarantee that the questionnaires would be completed by the most suitable and responsible persons, as indicated by each institution. A particularly strong element of our tool is that it attempts an in-depth detection of what improvements are necessary and easily categorizes the departments providing perspectives for their development.

Implementing the Greek quality assurance system; issues on findings' interpretation

As evident by the underperforming on many sectors, our study revealed sizeable gaps in the knowledge of quality assurance in many significant Greek rehabilitation institutions. Thus, there is certainly fertile ground to implement a new tool. Still, the level of the quality of results needs assessment and this can be an objective for future research on the tool. Results in most of the cases were expected, despite the many null scores to an important number of sectors. The range between the highest and the lowest scoring department was quite great (110 to 12), proving the heterogeneity of the sample and the great variance in the providing of rehabilitation services. Thus, the absence of a centralized TQM and a widely accepted quality tool may lead to significant gaps and lack of equity, disadvantages that the EPR aims to overcome. It has been show that EQUASS-related certification has a real impact on the social services sector and on service delivery to people with disabilities or other disadvantages, and their importance is highlighted within the current Greek economic environment.[10]

Relevance to the economic crisis

The absence of a national quality assessment tool for the rehabilitation sector for the disabled is a major problem for the Greek health care system.[11] However, in Greece this problem is further aggravated by the economic recession, the health care system crisis and a culture that shapes unrealistic expectations about provision of care in the services offered to the disabled.[9,11]

In other countries, like Germany for example, the meeting of the various aspects of quality assessment are a major concern and the local or national authorities and administrations are dedicated to the implementation of QAS.[12,13] Nowadays, all over

the world it is common sense that quality implementation is a necessary step towards improvement of the given services.[14,15,16] It is very important to take into account specific local and specialized needs, along with the growing demand for continuous improvement and innovation, as well as managers' continuing education. Lack of know-how and skills have resulted in a proliferation of substandard results that appear unacceptable for such a demanding part of the health system.

Future implications

To overcome the aforementioned problems, it is essential that training on quality management is performed along with the implementation of a quality assessment tool which assures TQM. Following this systematic framework, there would be a greater possibility for a better response to the continuous demand for quality services, the equity of access, the differences in the range of the given services and the big variance among the principals that were identified by our tool.

Lastly, although the QASR targeted the major Greek rehabilitation facilities which, are located in the prefecture of Attica and, serve the majority of the disabled persons, there are rural areas that require to be looked thoroughly into as well, if the future goal is to recognize more weaknesses and windows for improvement of the Greek heath system on the one hand, and create the preconditions for a much desired decentralization to fight the recession on the other.

Conclusions

Within the framework of a doctoral study seeking to improve quality in rehabilitation services for the disabled in Greece, the authors identified and developed a culturally compatible tool that would detect quality assurance and management needs among

various rehabilitation facilities in order for them to provide services with relative success; all towards a continuum of improvement, efficiency and effectiveness. The EQUASS Assurance-based Greek Quality Assurance System for Rehabilitation has received a proper attention in its first implementation and showed that it is capable in indicating areas for quality improvement in the rehabilitation participating centers. The meaningful conclusions highlight the need for implementation of TQM and quality assessment. Our study calls for further research on the QASR tool and in particular its next step to assure its psychometric qualities including validity and reliability so that it can significantly emerge as the standard system to be taken into account when guiding policy in the rehabilitation sector in Greece.

REFERENCES

1. Pozen RC. They Work Long Hours, But What About Results? The New York Times. 7 Oct 2012.
2. Dowla N, Chan L. Improving quality in stroke rehabilitation. Top Stroke Rehabil. 2010 Jul-Aug;17(4):230-8.
3. Kondilis E, Gavana M, Giannakopoulos S, Smyrnakis E, Dombros N, Benos A. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. BMC Health Serv Res. 2011 Sep 23;11:234.
4. Granger CV, Karmarkar AM, Graham JE, Deutsch A, Niewczyk P, Divita MA, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with traumatic spinal cord injury discharged from rehabilitation programs in 2002-2010. Am J Phys Med Rehabil. 2012 Apr;91(4):289-99.
5. Dimitriadis V, Kousoulis AA, Markaki A, Sgantzos MN, Hadjipaulou A, Lionis C. Quality Assessment Systems in Rehabilitation Services for the Disabled in Greece: a critical review. Disability and Health Journal. 2013 Feb 18 Available online.
6. McAnaney D, Craddock G. The Challenge of Creating 'User-Centred' Organisations. In: Craddock GM, McCormack LP, Reilly RB, Knops HTP (eds). Assistive Technology – Shaping the Future. Amsterdam: IOS Press, 2003; pp.49-60.
7. McCance T, McCormack B, Dewing J. An exploration of person-centredness in practice. Online J Issues Nurs. 2011 May 31;16(2):1.

8. Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefeve C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: conceptual and historical perspectives. Disabil Rehabil. 2007 Oct 30-Nov 15;29(20-21):1555-65.
9. Kousoulis AA, Angelopoulou KE, Lionis C. Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. European Journal of General Practice 2013 Apr 12 Epub Ahead of Print.
10. EQUASS. Annual Report 2011. Brussels: EQUASS.
11. Dimitriadis V. Organization, Operation and Rehabilitation of Disabled Services Certification. Master Thesis: National School of Public Health, 2004.
12. Häussler B. [Quality circles in rehabilitation clinics. What has been effective in general practice?] (in German). Rehabilitation (Stuttg). 1998 Jun;37 Suppl 1:S20-3.
13. Ruprecht B, Seyl KH. [The quality of integration and care in workshops for the handicapped--The path to TQM in the workshops of the Gemeinschaftswerks fu"r Be- hinderte GmbH, Landstuhl] (in German). Rehabilitation (Stuttg). 1999 Feb;38(1):7-15.
14. Carefoote R. Implementing TQM/CQI at rehabilitation hospitals: a survey. J Healthc Qual. 1994 May-Jun;16(3):34-38.
15. Joly BM, Booth M, Mittal P, Shaler G. Measuring quality improvement in public health: the development and psychometric testing of a QI Maturity Tool. Eval Health Prof. 2012 Jun;35(2):119-147.
16. Fields D, Roman PM, Blum TC. Management systems, patient quality improvement, resource availability, and substance abuse treatment quality. Health Serv Res. 2012 Jun;47(3 Pt 1):1068-1090.

TABLES

Table 1. The rating scale of the QASR.

Table 1. The rating scale of the QASR.		
Percentage of positive answers (rounded to the first decimal)	**Accredited**	**Level**
90-100 %	Yes	**1**
80-90 % with all of the sections having at least one positive answer	Could be accredited after a small review of their practices	**2**
60-80 % with all of the sections having at least one positive answer	Could be accredited after a major review of their practices	**3**
Less than 60 % or/and a section without at least one positive answer, regardless of the percentage	Cannot be accredited and they need to review their management policy from scratch	**4**

Table 2. Data Collection and Analysis Process.

Top Score	16	12	10	12	4	8	8	12	12	6	10	Total		110
Facility No*	Principal – Sector (Points)											Total score	%	Accreditation level
	Leadership	Staff	Rights	Ethics	Collaborations	Participation	centeredness	Comprehensiveness	Result oriented	improvement	Locality			
1	16	12	10	12	4	8	8	12	12	6	10	110	100	1
2	15	12	10	12	4	8	6	12	12	6	10	107	97	1
3	16	12	10	12	4	8	8	12	11	5	7	105	95	1
4	15	12	10	12	4	5	5	12	10	5	9	99	90	1
5	16	10	8	8	3	8	4	10	10	5	8	90	82	2
6	11	9	4	7	2	5	6	8	8	5	6	71	65	3
7	12	12	10	12	3	7	7	6	0	5	8	82	75	4
8	9	3	10	12	2	8	8	12	7	0	6	77	70	4
9	11	9	6	9	2	7	5	10	8	0	7	74	67	4
10	12	10	6	11	2	6	7	10	0	3	7	74	67	4
11	10	2	4	6	0	6	5	5	2	3	7	50	45	4
12	5	6	5	7	1	4	5	5	4	1	6	49	45	4

13	**7**	**8**	**6**	**4**	**2**	**5**	**2**	**5**	**1**	**0**	**4**	**44**	**40**	**4**
14	**7**	**2**	**4**	**4**	**0**	**4**	**4**	**0**	**0**	**0**	**3**	**28**	**25**	**4**
15	**2**	**3**	**0**	**1**	**0**	**3**	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**12**	**11**	**4**
												1072	**65**	
Percentage score per sector for the total of the facilities (rounded to the decimal)														
%	**68**	**68**	**69**	**72**	**55**	**77**	**68**	**67**	**47**	**49**	**65**			

***** *The facilities are unnamed and marked as numbers because of the confidentiality of the research. The table is sorted on accreditation level primarily and percentage in second level. All the data are available upon request.*

FIGURES

Figure 1. The 11 Sectors – Principals used.

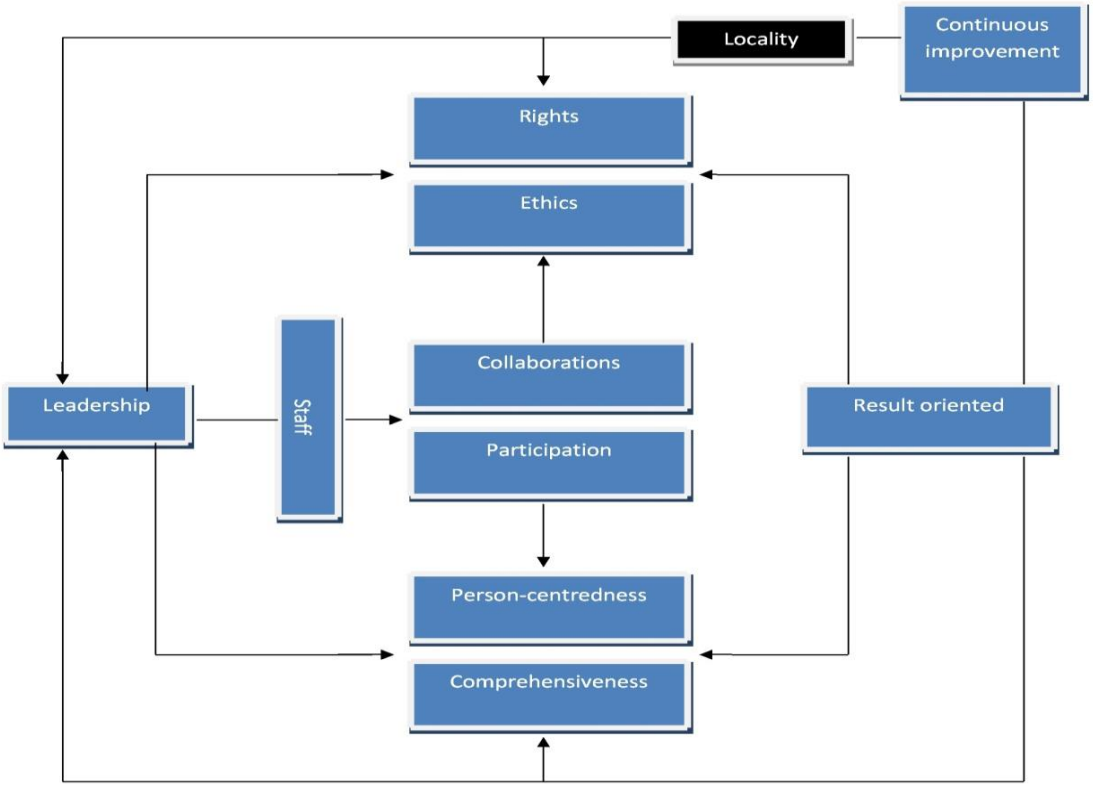


Figure 2. Variance in the sectors used.

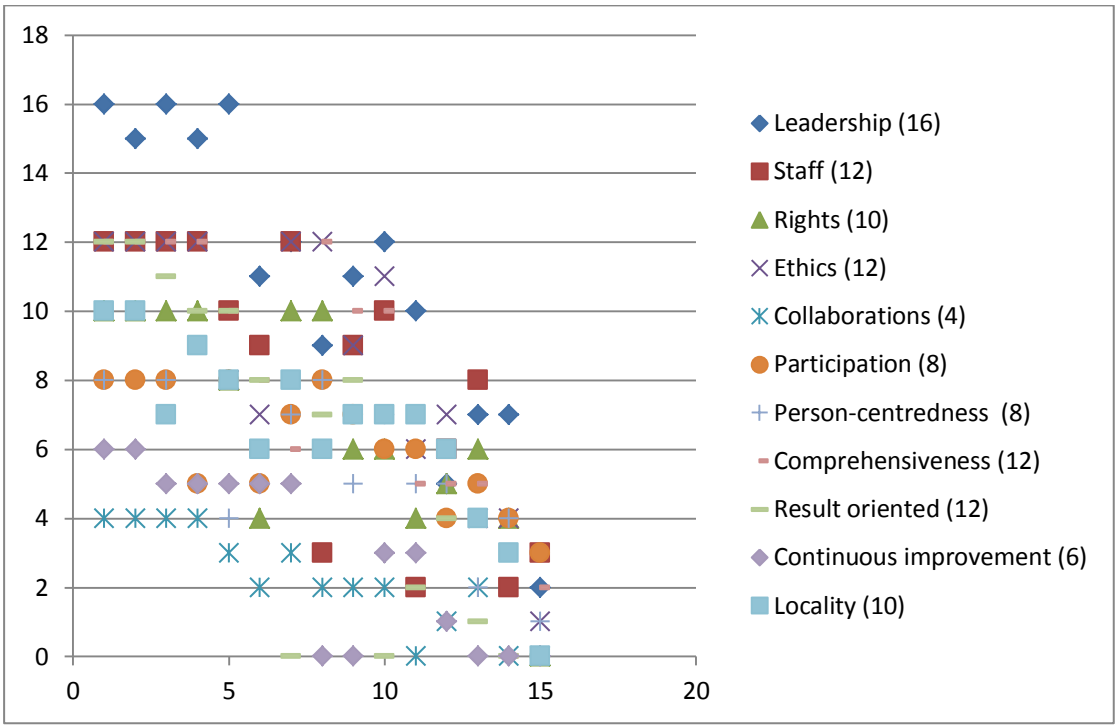
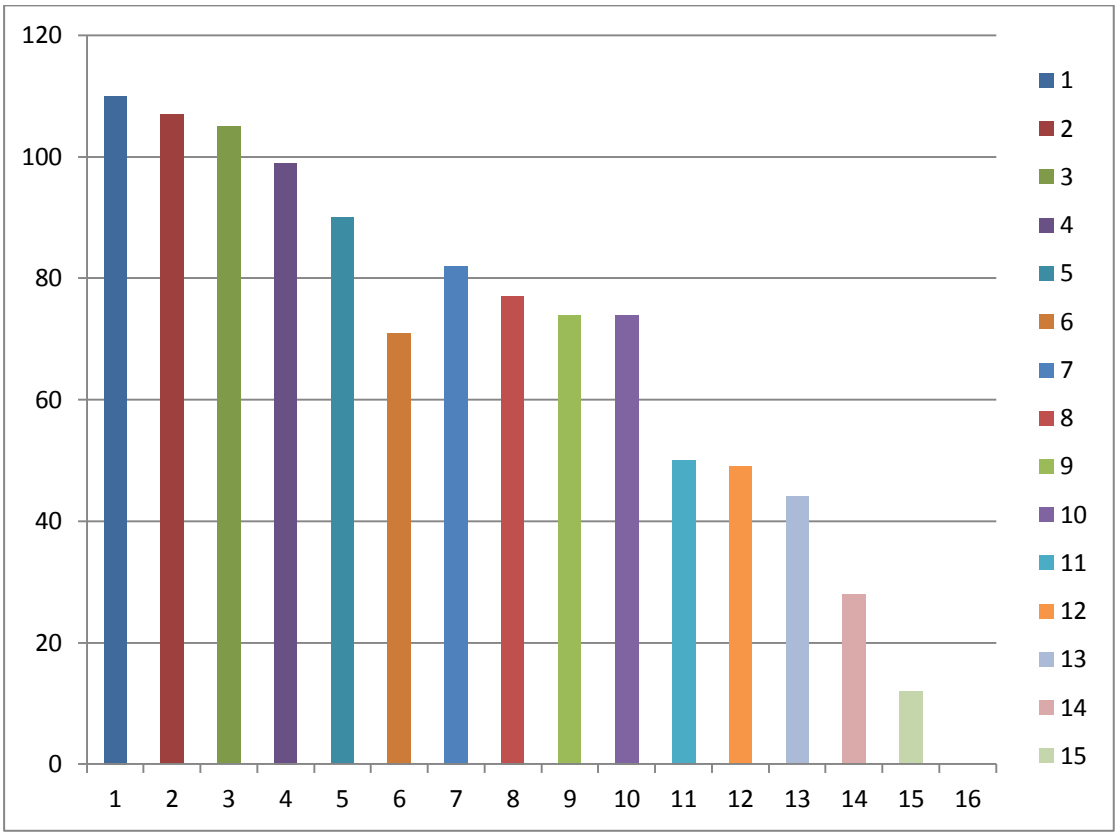


Figure 3. Final results, comparison chart



Δημοσίευση #3

Αναζητώντας, επιλέγοντας και δοκιμάζοντας ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης: εμπειρίες από μία διδακτορική διατριβή

Β. Δημητριάδης και

Χ. Λιονής

Ο τομέας της αποκατάστασης στην Ελλάδα δεν έχει τύχει της προσοχής των σχεδιαστών της πολιτικής υγείας και συνήθως λειτουργεί στο περιθώριο του τομέα της υγείας. Το ίδιο ισχύει και για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας[1], τα οποία αν και κρίνονται ουσιαστικά για τη ορθή και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών που παρέχονται από δομές αποκατάστασης,[2] είναι σχεδόν άγνωστα στη χώρα μας.

Σε πλαίσια της διδακτορικής διατριβής με θέμα «Αξιολόγηση και πιστοποίηση κέντρων αποκατάστασης αναπήρων» που εκπονείται στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης επιχειρήθηκε η αναζήτηση, επιλογή και δοκιμή μέσων και εργαλείων που θα συνέδραμαν στην ανάπτυξη ενός ελληνικού συστήματος διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης στην Ελλάδα.

Μετά από συστηματική αναζήτηση στη βιβλιογραφία, επιλέχθηκε το προσωποκεντρικό σύστημα διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης αναπήρων και πρόνοιας γενικότερα, με την επωνυμία European Quality in Social Services (EQUASS)[3,4], το οποίο είναι ευρέως διαδεδομένο και εφαρμοσμένο στην πελιονότητα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με κεντρικό πυρήνα αυτό και πάνω στο πλαίσιο αυτού του εξειδικευμένου συστήματος που στόχο έχει την

βελτίωση των συγκεκριμένων υπηρεσιών και των δομών που τις προσφέρουν, αναπτύχθηκε το «Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας στην Αποκατάσταση (Σ.Δι.Π.Α.)» το οποίο και προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα.[4]

Για τις ανάγκες του και για την κατάταξη των συμμετεχόντων, δημιουργήθηκε μια κλίμακα βαθμολόγησης, σύμφωνα με την οποία θα επικυρώνονταν ή μη, όσοι συμμετείχαν στην αξιολόγηση, οι οποίοι με τα συγκεντρωθέντα στοιχεία και καταγεγραμμένα αποτελέσματα θα μπορούν να βελτιώσουν τον τρόπο λειτουργίας τους και να εντοπίσουν τις αδυναμίες τους.

Η κλίμακα έχει μια βαθμολόγηση -με βάση τις 110 ερωτήσεις του πρώτου μέρους της φόρμας-ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης, που συμπληρώνεται από τον φορέα ή το τμήμα που παρέχει τις υπηρεσίες- και αφορά 11 νευραλγικούς τομείς, όσον αφορά τη διαχείριση τους και την διοίκηση ολικής ποιότητας (όρα παράρτημα), δίνοντας έναν βαθμό σε κάθε θετική απάντηση, με ανώτατο όριο τους 110 βαθμούς, κατατάσσοντας τον κάθε συμμετέχοντα σε ένα από τα 4 επίπεδα της κλίμακας μας.

Επίσης, ένα δεύτερο μέρος με 6 ερωτήσεις αφορά στις απόψεις του φορέα για το σύστημα και δεν λήφθηκε υπόψη στην τελική τους βαθμολογία.

Συγκεκριμένα, δημιουργήθηκαν 4 επίπεδα στα οποία κατατάσσονταν οι αξιολογημένοι φορείς με βάση το συνολικό τελικό αποτέλεσμα σε κάθε πεδίο-τομέα στα οποία χαρακτηρίζονταν ως προάξιμοι με καθόλου, μικρή ή μεγάλη αναθεώρηση των πρακτικών τους εκτός του επιπέδου 4 που αποκλείονταν.

Στο πλαίσιο αυτό επίσης αναπτύχθηκε το ανωτέρω ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης, αποτελούμενο από 110 ερωτήσεις που διανεμήθηκε μέσω των διοικήσεων τους σε 16 Τμήματα Αποκατάστασης των μεγαλύτερων δομών που εδρεύουν στην Αττική. Το ερωτηματολόγιο αυτό επίσης διανεμήθηκε και σ' ένα κέντρο με δομές στο Αγρίνιο και το Μεσολόγγι, το οποίο συμπεριελήφθη λόγω της

μεγάλης του εμπειρίας στα συστήματα αυτά. Η επεξεργασία των συλλεχθέντων δεδομένων έδειξε μεγάλη διακύμανση στο διάγραμμα διασποράς του εργαλείου μας. Η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από το 12 (11%) έως το άριστο του 110 (100%). Ένα σύνολο 8 τμημάτων (8/15, 53,3%) είχαν μηδενική βαθμολογία σε έναν τουλάχιστον κύριο τομέα, μένοντας έξω από τις προδιαγραφές που θέτει το σύστημα μας για πιστοποίηση.

Οι τομείς στους οποίους εντοπίστηκαν οι μηδενικές βαθμολογίες αφορούσαν τα δικαιώματα του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών (1 τμήμα), τις συνεργασίες με άλλους φορείς αλλά και εντός τους οργανισμού (3 τμήματα), την πληρότητα στην παροχή υπηρεσιών (1 τμήμα), τον προσανατολισμό στο αποτέλεσμα (4 τμήματα), τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών και του τρόπου λειτουργίας (5 τμήματα) και τέλος την εντοπιότητα των χρηστών και πως αυτή λαμβάνεται υπόψη στην αποκατάσταση του και τις ιδιαίτερες ανάγκες του τόπου διαμονής του χρήστη (1 τμήμα).

Ως εκ τούτου διαπιστώνεται ότι, ιδιαίτερα σε κρίσιμους τομείς για τη διασφάλιση της ποιότητας, όπως στα πεδία του προσανατολισμού στο αποτέλεσμα και της συνεχούς βελτίωσης, ο αριθμός των τμημάτων που δεν κατάφεραν να πιστοποιηθούν ήταν αρκετά μεγάλος, παρουσιάζοντας επιεικώς μία απουσία διοίκησης ολικής ποιότητας.

Συγκεκριμένα, 4 μόνο από αυτά (4/15, 26,7%) είχαν τα απαραίτητα προσόντα για την πιστοποίηση στο επίπεδο 1, για το 6,7% (1/15) θα απαιτούνταν μικρές αλλαγές (επίπεδο 2), το 6,7% (1/15) θα μπορούν να πιστοποιηθούν μετά από μεγάλες αλλαγές (επίπεδο 3), ενώ ένα σημαντικός αριθμός (9/15, 60%), που κατατάσσονται στο επίπεδο 4, δεν πληρούσαν τις απαιτήσεις και δεν μπορούν να πιστοποιηθούν.

Η διατριβή αυτή οδήγησε σε διαπιστώσεις που αξίζουν της προσοχής όσων ασχολούνται με τον τομέα της αποκατάστασης στην Ελλάδα, και παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες επιλεγμένες.

1. Τμήματα στον ίδιο οργανισμό είχαν τεράστια απόκλιση στην αξιολόγηση της ποιότητας σύμφωνα πάντα με τη βαθμολογία τους, κάτι που δείχνει ότι υπάρχει έλλειψη συντονισμού από την κεντρική διοίκηση. Για παράδειγμα στο ίδιο νοσοκομείο ένα από τα δύο τμήματα που συμμετείχαν είχε τελική βαθμολογία 90 με ποσοστό 82% κατατάσσοντας το στο επίπεδο 2, ενώ το δεύτερο βαθμολογία 49 με ποσοστό 45% κατατάσσοντας το στο επίπεδο 4 της κλίμακας μας.
2. Πολλές μεγάλες μονάδες , όπως κεντρικά νοσοκομεία των 400 και πλέον κλινών, βρέθηκαν σε χαμηλότερο επίπεδο από μονάδες όπως μικρές ή μεγαλύτερες αυτόνομες δομές αποκατάστασης, χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα ότι το μέγεθος είναι καθοριστικός παράγοντας στην καλύτερη διαχείριση.
3. Η σπατάλη χρόνου, πόρων, όπως και η έλλειψη μετρήσιμων δεδομένων σε μεγάλες μονάδες, έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητας, καθιστώντας την προφανή στις περισσότερες των περιπτώσεων.
4. Η απουσία benchmarking[5,6,7] και κοινών πρακτικών και καινοτομιών[8] σε συνδυασμό την απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας με τον τακτικό ανά διετία ή τριετία έλεγχο των δομών αποκατάστασης είτε ως τμήματα μεγάλων νοσοκομείων ή ως αυτοδύναμες δομές, δίνουν τη εικόνα μια χαοτικής κατάστασης, κάτι το οποίο διαφαίνεται από τη μεγάλη διασπορά

στην τελική βαθμολογία η οποία κυμαίνεται από το 12 (11%) έως το 110 (100%).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι μια επικέντρωση πολιτικών αποφάσεων σε ότι αφορά την αποκατάσταση, συνδυασμένη με την διεθνή εμπειρία και εφαρμογή μεθόδων για την διασφάλιση ενός ελαχίστου επιπέδου ποιότητας θα ήταν δυνατόν να έχουν καταλυτική επίδραση στην όλη λειτουργία των δομών.

Η επικέντρωση και ο προσανατολισμός στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα θα εξασφάλιζαν καλύτερη κατανομή σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους στη σημερινή οικονομική δυσχέρεια που διατρέχει η χώρα μας και να δημιουργήσει τις βάσεις για ποιοτικότερες υπηρεσίες στο εγγύς μέλλον.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. National Federation of Mobility Impaired People (Greece). Report to the Minister of Health and Social Solidarity. Athens; 4662/06-11-2008
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milb Mem F Q. 1966;44:11-48
3. McAnaney D, Craddock G. The Challenge of Creating 'User-Centred' Organisations. In: Craddock GM, McCormack LP, Reilly RB, Knops HTP (eds). Assistive Technology – Shaping the Future. Amsterdam: IOS Press, 2003; pp.49-60
4. Dimitriadis V, Kousoulis AA, Markaki A, Sgantzos MN, Hadjipaulou A, Lionis C. Quality Assessment Systems in Rehabilitation Services for the Disabled in Greece: a critical review. Disability and Health Journal [In Press]
5. Benchmarking for Competitive Advantage. Robert J Boxwell Jr, New York: McGraw-Hill. 1994. pp. 225. ISBN 0-07-006899-2.
6. Beating the competition: a practical guide to Benchmarking. Washington, DC: Kaiser Associates. 1988. pp. 176. ISBN 978-1-56365-018-5.
7. prEN16231:2011 Energy Efficiency Benchmarking Methodology, Brussels: CEN, 2011, p5 (Definition 3.2)
8. Camp, R. (1989). The search for industry best practices that lead to superior performance. Productivity Press.

Παράρτημα 2

Α) Ανακοινώσεις-εργασίες σε συνέδρια

1) European Platform for Rehabilitation «Auditing EQUASS in Social Services», Αθήνα, 10 Νοεμβρίου 2011.
2) 2° Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, "Η διασφάλιση της ποιότητας στην θεραπευτική αποκατάσταση των κινητικά αναπήρων και η καταλυτική σχέση της με την οικογένεια, το δομημένο περιβάλλον και τον κοινωνικό ιστό", Αθήνα, 13-16 Νοέμβριου 2006.
3) 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας «Υγείας Αγώνας», Αθήνα, 2005
   a) «Η άμεση πανεπιστημιακή εκπαίδευση μέσω ηλεκτρονικών δικτύων του διαδικτύου η εκ του μακρόθεν εκπαίδευση - επιμόρφωση και μάθηση για αναπήρους και όχι μόνο»
   b) «Διαχείριση ατόμων με αναπηρίες από χώρους πληγέντες από καταστροφές γενικά»
   c) «Δείκτες προσβασιμότητας – Μαθηματική έκφραση»
4) 7ο Επιστημονικό Πανελλήνιο Συνέδριο της Επιστημονικής Εταιρίας Management Υπηρεσιών Υγείας και κοινωνικής φροντίδας, «το σύστημα αξιολόγησης κέντρων αποκατάστασης EQRM», Πόρτο χέλι, 2005
5) International Federation of Persons with Physical Disability FIMITIC, Delegates΄ Conference, «Assessment and Accreditation of rehabilitation centres. The new International and European reality», 8 October 2005, Nottwil Switzerland

Β) Ερωτηματολόγιο πρώτου σταδίου της έρευνας

Πληροφορίες οργανισμού

Όνομα οργανισμού:		Γενικές σημειώσεις από τον ελεγκτή	
Διεύθυνση:			
Τηλέφωνο:			
FAX:			
e-mail:			
Διευθυνση διαδικτύου:		Αριθμός χρηστών υπηρεσιών	
Πρόσωπο επικοινωνίας / Ιδιότητα:		Αριθμός εργαζομένων	
Τύπος οργανισμού:		Αριθμός προγραμμάτων	
Άλλο - Συγκεκριμενοποιήστε:			

Η αποστολή σας. (Εισάγετε το κείμενο δήλωσης της αποστολής σας)

Εμπειρία στις υπηρεσίες πρόνοιας. (Πόσο καιρό ο οργανισμός σας παρέχει υπηρεσίες πρόνοιας;)

Σημειώσεις από τον ελεγκτή

Πιστοποίηση / Επαγγελματικοί φορείς. Αναφέρετε τα ονόματα, εάν υπάρχουν, των πιστοποιήσεων ή επαγγελματικών φορέων στους οποίους ο οργανισμός σας έχει εγγραφεί τα τελευταία πέντε χρόνια. Δηλώστε αν η εγγραφή σας είναι εν ισχύ.

\

Όνομα φορέα	Τωρινή	Παρελθούσα	Σημειώσεις από τον ελεγκτή

Συστήματα ποιότητας. Αναφέρετε τα συτήματα διασφάλισης ποιότητα, εάν υπάρχουν, τα οποία λειτουργούν στον οργανισμό σας τα τελευταία πέντε χρόνια. Εάν έχετε πιστοποιηθεί από εξωτερικούς ελεγκτές ποιότητας, συμπεριλάβετε την ημερομηνία της τελευταίας πιστοποίησης και εάν είναι απαραίτητο τα τμήματα /δομές του οργανισμού σας που έχουν πιστοποιηθεί π.χ. οικονομικού, προσωπικού κλπ.

Όνομα φορέα	Τελευταία πιστοποίηση (ηη/μμ/εε)	Τμήμα / δομή του οργανισμού	Σημειώσεις από τον ελεγκτή

Άλλο. Αυτός ο χώρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παροχή οποιονδήποτε ιστορικών /συναφών πληροφοριών για τον οργανισμό, τις οποίες θεωρείτε σχετικές και οι οποίες δεν καλύπονται ανωτέρω.

Σημειώσεις από τον ελεγκτή

Ημερομηνία αίτησης:

ΗΓΕΣΙΑ

Όραμα και αποστολή

	Κριτήρια	FC	PC	NC	Σχόλια από τον ελεγκτή
1	Ο οργανισμός προσδιορίζει, τεκμηριώνει και υλοποιεί το όραμα και την αποστολή του για την παροχή υπηρεσιών.				
2	Ο οργανισμός προσδιορίζει, τεκμηριώνει και υλοποιεί την πολιτική του για την ποιότητα καθορίζοντας τους μακροπρόθεσμους στόχους για την ποιότητα, τους ποιοτικούς σκοπούς του και τη δέσμευση του για συνεχή βελτίωση.				

Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους

	Ερωτήσεις	Αιτών Ναι	Αιτών Όχι	Ελεγκτής Ναι	Ελεγκτής Όχι	
1	Διαθέτει ο οργανισμός τεκμηριωμένο (εγγράφως) όραμα και δήλωση αποστολής;	☐	☐	☐	☐	
2	Είναι το όραμα και η τεκμηριωμένη περιγραφή της αποστολής εγκεκριμένα από το διοικητικό συμβούλιο;	☐	☐	☐	☐	
3	Διαθέτει ο οργανισμός τεκμηριωμένη πολιτική ποιότητας;	☐	☐	☐	☐	
4	Είναι οι εργαζόμενοι ενήμεροι για το όραμα και την αποστολή του οργανισμού;	☐	☐	☐	☐	
5	Είναι οι εργαζόμενοι ενήμεροι για την πολιτική ποιότητας του οργανισμού;	☐	☐	☐	☐	
6	Ανακοινώνει ο οργανισμός τις εταιρικές του αξίες στους εμπλεκόμενους φορείς (π.χ. διαφημιστικό υλικό);	☐	☐	☐	☐	
7	Αναπτύσσει ο οργανισμός τις εταιρικές του αξίες σε εσωτερική επικοινωνία με τους υπαλλήλους του (π.χ. έλεγχος της εκτέλεσης, συνεδριάσεις του προσωπικού);	☐	☐	☐	☐	

ΗΓΕΣΙΑ

Επικοινωνία

	Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
3	Τα άτομα που εξυπηρετούνται, οι οικογένειες και οι οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών είναι σε θέση να δώσουν ανατροφοδότηση σχετικά με την ατομική και συλλογική εμπειρία τους από τα προγράμματα και τις υπηρεσίες.				
4	Ο οργανισμός ενημερώνει τους ενδιαφερόμενους/συνεργαζόμενους σχετικά με τα προσφερόμενα προγράμματα και τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες.				

	Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
8	Είναι διαθέσιμες οι πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη των προγραμμάτων και των υπηρεσιών, των διεργασιών και των διαδικασιών, των επιδόσεων του οργανισμού, τις επικείμενες συναφείς εκδηλώσεις, τις ευκαιρίες για συμμετοχή και ανάπτυξη των εργαζομένων και των ευκαιριών για τη συμμετοχή των προσώπων που	☐	☐	☐	☐	
9	Έχουν τη ευκαιρία οι ενδιαφερόμενοι να δώσουν ανατροφοδότηση σχετικά με τα προγράμματα και τις υπηρεσίες;	☐	☐	☐	☐	
10	Υπάρχει ένα πλάνο σχετικά με τη συλλογή των ανατροφοδοτούμενων στοιχείων των εργαζομένων και των χρηστών;	☐	☐	☐	☐	
11	Καταγράφει ο οργανισμός τον αριθμό των εμπλεκομένων χρηστών στην αναθεώρηση του σχεδιασμού των προγραμμάτων και την παροχή υπηρεσιών;	☐	☐	☐	☐	
12	Είναι οι ενδιαφερόμενοι ενήμεροι για τα παρεχόμενα προγράμματα και υπηρεσίες;	☐	☐	☐	☐	
13	Έχει ο οργανισμός σύστημα διαχείρησης πληροφοριών;	☐	☐	☐	☐	
14	Έχει ο οργανισμός διαδικασίες για την επικαιροποίηση του συστήματος διαχείρισης πληροφοριών;	☐	☐	☐	☐	

ΗΓΕΣΙΑ

Καινοτομία

	Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
5	Ο οργανισμός παρουσιάζει καινοτόμους τρόπους εργασίας που έχουν προσδιοριστεί από τις ανάγκες των ενδιαφερομένων.				
6	Ο οργανισμός διαχειρίζεται και τεκμηριώνει τα προσδιορισμένα καινοτόμα σχέδια (projects) και τα αποτελέσματά τους.				

	Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι
15	Προσδιορίζει ο οργανισμός τις ανάγκες των ενδιαφερομένων μερών σχετικά με την καινοτομία;	☐	☐	☐	☐
16	Είναι τα καινοτόμα σχέδια τεκμηριωμένα;	☐	☐	☐	☐

Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους

ΗΓΕΣΙΑ

Προσφορά στην κοινωνία

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
7 Ο οργανισμός αποδεικνύει την επιτυχία του όσον αφορά την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών της κοινωνίας.				
8 Ο οργανισμός καταδεικνύει την κοινωνική ευθύνη του μέσω των δραστηριοτήτων του που συνεισφέρουν στην κοινωνία.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
17 Έχει ο οργανισμός μετρήσιμα αποτελέσματα ώστε να διαπιστωθεί εάν είναι επιτυχής όσον αφορά την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών της κοινωνίας;	☐	☐	☐	☐	
18 Μπορεί ο οργανισμός να επιδείξει τις επιπτώσεις των προγραμμάτων για την κοινωνία;	☐	☐	☐	☐	
19 Εμπλέκεται ο οργανισμός σε δραστηριότητες με βάση την κοινότητα;	☐	☐	☐	☐	

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Δικαιώματα και υποχρεώσεις

	Κριτήρια	FC	PC	NC	Σχόλια από τον ελεγκτή
9	Ο οργανισμός ενημερώνει το εξυπηρετούμενο πρόσωπο (χρήστη) σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του, ιδιαίτερα για την ίση μεταχείριση για λόγους ηλικίας, αναπηρίας, φύλου, φυλής, θρησκείας ή πεποιθήσεων και γενετήσιου προσανατολισμού, πριν την παροχή των υπηρεσιών.				
10	Ο οργανισμός έχει ένα σύστημα διαχείρισης καταγγελιών το οποίο καταγράφει την ανατροφοδότηση σχετικά με τις επιδόσεις του, από τα άτομα που εξυπηρετούνται, τους αγοραστές και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη.				

	Ερωτήσεις	Αιτών Ναι	Αιτών Όχι	Ελεγκτής Ναι	Ελεγκτής Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
20	Είναι το κάθε πρόσωπο που εξυπηρετείται ενημερωμένο σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του;	☐	☐	☐	☐	
21	Έχει ο οργανισμός ένα χάρτη των δικαιωμάτων του προσώπου που εξυπηρετείται;	☐	☐	☐	☐	
22	Έχει η οργάνωση μια διαδικασία καταγγελίας/παραπόνου που να εξασφαλίζει κατάλληλη και αντικειμενική έρευνα;	☐	☐	☐	☐	
23	Διαθέτει ο οργανισμός τεκμηριωμένο σύστημα διαχείρισης καταγγελιών;	☐	☐	☐	☐	
24	Έχουν οι εργαζόμενοι έχουν μια κοινή αντίληψη για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των προσώπων που εξυπηρετούνται;	☐	☐	☐	☐	
25	Δείχνουν ο οργανισμός διαφάνεια στον τομέα της διαχείρισης καταγγελιών: αριθμός των καταγγελιών, το είδος των καταγγελιών και τον τρόπο που οι καταγγελίες έχουν διαχειριστεί;	☐	☐	☐	☐	

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Πολιτική δεοντολογίας

	Κριτήρια	FC	PC	NC	Σχόλια από τον ελεγκτή
11	Ο οργανισμός καθορίζει και τεκμηριώνει την πολιτική του για τη δεοντολογία που σέβεται και διασφαλίζει την αξιοπρέπεια των ατόμων που εξυπηρετούνται, τους προστατεύει από υπερβολικούς κινδύνους και που προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη.				
12	Ο οργανισμός καθορίζει ένα σύνολο αρχών και αξιών που διέπουν τη συμπεριφορά στην παροχή υπηρεσιών που περιέχουν τις πτυχές της εμπιστευτικότητας, της ακρίβειας, της ιδιωτικής ζωής και της ακεραιότητας.				

	Ερωτήσεις	Αιτών Ναι	Αιτών Όχι	Ελεγκτής Ναι	Ελεγκτής Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
26	Έχει ο οργανισμός μια πολιτική σχετικά με τη δεοντολογία, που αντικατοπτρίζει την αξιοπρέπεια των προσώπων που εξυπηρετούνται;	☐	☐	☐	☐	
27	Έχει ο οργανισμός διαδικασίες για την εμπιστευτικότητα;	☐	☐	☐	☐	
28	Διαθέτει ο οργανισμός διαδικασίες για: 1. πρόσβαση, 2. ανταλλαγή και 3. διάδοση των πληροφοριών και της τεκμηρίωσης;	☐	☐	☐	☐	
29	Οι διαδικασίες για την εμπιστευτικότητα και την πρόσβαση σε πληροφορίες, επανεξετάζονται ανά διετία με τους εργαζόμενους και τα πρόσωπα που εξυπηρετούνται;	☐	☐	☐	☐	
30	Ενημερώνονται οι εργαζόμενοι για το σύνολο των αρχών και αξιών που διέπουν τη συμπεριφορά μέσα στον οργανισμό;	☐	☐	☐	☐	

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Ρόλοι και υπευθυνότητες

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
13 Ο οργανισμός καθορίζει τους ρόλους και αρμοδιότητες, εξουσίες και σχέσεις μεταξύ όλου του προσωπικού που διαχειρίζεται, σχεδιάζει, παρέχει, υποστηρίζει και αξιολογεί την παροχή υπηρεσιών στα εξυπηρετούμενα άτομα.				
14 Οι απαιτήσεις για τις αρμοδιότητες που προσδιορίζονται στο ρόλο και τα καθήκοντα του προσωπικού έχουν προσδιοριστεί και αξιολογούνται σε ετήσια βάση.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
31 Ο οργανισμός καθορίζει και τεκμηριώνει τους ρόλους και τις αρμοδιότητες των διαχειριστών (managers);	☐	☐	☐	☐	
32 Ο οργανισμός καθορίζει και τεκμηριώνει τους ρόλους και τις ευθύνες των λειτουργιών που εμπλέκονται άμεσα στο πρόγραμμα παροχής;	☐	☐	☐	☐	
33 Ο οργανισμός προσδιορίζει και αξιολογεί τις απαιτήσεις για την ικανότητα των εργαζομένων σε ετήσια βάση;	☐	☐	☐	☐	

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Συνεργασιά στην παροχή υπηρεσιών

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
15 Ο οργανισμός συνεργάζεται με άλλες οργανώσεις/οργανισμούς για την παροχή των υπηρεσιών.				
16 Ο οργανισμός συνεργάζεται με τα πρόσωπα που εξυπηρετούνται, αγοραστές και άλλους παράγοντες/ενδιαφερόμενους στην ανάπτυξη των υπηρεσιών.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
34 Εμπλέκονται οι παράγοντες στην παροχή υπηρεσιών για τα άτομα που εξυπηρετούνται;	☐	☐	☐	☐	
35 Εμπλέκονται οι παράγοντες στο σχεδιασμό των υπηρεσιών για τα άτομα που εξυπηρετούνται;	☐	☐	☐	☐	
36 Η ανάπτυξη του προγράμματος πραγματοποιείται με άλλους οργανισμούς;	☐	☐	☐	☐	
37 Αξιολογείται κάθε δύο χρόνια η προστιθέμενη αξία της συνεργασίας, στο πλαίσιο της ανάπτυξης του προγράμματος και της παροχής υπηρεσιών;	☐	☐	☐	☐	

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Εμπλοκή των χρηστών/εξυπηρετουμένων

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
17 Ο οργανισμός περιλαμβάνει εξυπηρετούμενο ως ενεργώς συμμετέχων στην παροχή κατεύθυνσης σε όλες τις πτυχές του σχεδιασμού και της αναθεώρησης των υπηρεσιών.				
18 Ο οργανισμός θεσπίζει ετήσια αξιολόγηση της συμμετοχής του εξυπηρετούμενου τόσο σε ατομική και / ή ομαδική βάση.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
38 Υπάρχουν διαδικασίες για τη συμμετοχή του προσώπου που εξυπηρετείται, στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση;	☐	☐	☐	☐	
39 Προωθεί ενεργά ο οργανισμός τη συμμετοχή του προσώπου που εξυπηρετείται, στην κοινότητα;	☐	☐	☐	☐	
40 Το πρόσωπο που εξυπηρετείται συμμετέχει στο σχεδιασμό και την αναθεώρηση της υπηρεσίας;	☐	☐	☐	☐	
41 Διευκολύνει ο οργανισμός τη συμμετοχή του εξυπηρετούμενου με βάση τις ανάγκες του/της;	☐	☐	☐	☐	
42 Είναι τα μέτρα, οι δραστηριότητες και οι διαδικασίες συμμετοχής συμφωνημένα με το πρόσωπο που εξυπηρετείται;	☐	☐	☐	☐	
43 Επανεξετάζει ο οργανισμός τα μέτρα, τις δραστηριότητες και τις διαδικασίες για τη συμμετοχή του προσώπου που εξυπηρετείται σε ετήσια βάση;	☐	☐	☐	☐	

ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΣΜΟΣ

Αναγνωρίζοντας τις απαιτήσεις του χρήστη

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
19 Ο οργανισμός επιλέγει προγράμματα που βασίζονται στην εκτίμηση των αναγκών.				
20 Ο οργανισμός προσφέρει προγράμματα που συμφωνούν με τις προσδιοριζόμενες ανάγκες των πελατών και τους στόχους για το πρόγραμμα.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
44 Έχει προσδιορίσει ο οργανισμός τους παρόντες και πιθανούς εξυπηρετούμενους και τα ενδιαφερόμενα μέρη;	☐	☐	☐	☐	
45 Προσδιορίζει ο οργανισμός τις ανάγκες των σημερινών και των δυνητικών πελατών;	☐	☐	☐	☐	
46 Έχει προσδιορίσει ο οργανισμός τις ανάγκες των φορέων χρηματοδότησης;	☐	☐	☐	☐	
47 Είναι διαθέσιμες στον οργανισμό οι πληροφορίες από μια πρόσφατη (<3 ετών) αξιολόγηση των αναγκών (εκτίμηση των αναγκών των εξυπηρετουμένων και των ενδιαφερομένων);	☐	☐	☐	☐	
48 Έχει προσδιορίσει ο οργανισμός τις απαιτήσεις της αγοράς για νέες υπηρεσίες;	☐	☐	☐	☐	
49 Καθορίζει ο οργανισμός το ποσοστό επιτυχίας των υφιστάμενων υπηρεσιών στην επίτευξη των στόχων και στην ικανοποίηση των εξυπηρετουμένων;	☐	☐	☐	☐	
50 Εκφράζεται η επιτυχία των υπηρεσιών σε: 1. Ποσοστό των στόχων που επιτεύχθηκαν και 2. Ποσοστό ικανοποιημένων εξυπηρετουμένων και ενδιαφερομένων μερών;	☐	☐	☐	☐	

ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΣΜΟΣ

Ατομικός σχεδιασμός

	Κριτήρια	FC	PC	NC	Σχόλια από τον ελεγκτή
21	Ο οργανισμός λειτουργεί επιμέρους διαδικασίες που καθοδηγούνται από τις ανάγκες τόσο των εξυπηρετουμένων όσο και των δυνητικών δικαιούχων.				
22	Ο οργανισμός τεκμηριώνει το σχεδιασμό των υπηρεσιών που βασίζονται στον προσδιορισμό των ατομικών αναγκών και των προσδοκιών των ατόμων που εξυπηρετούνται σε ένα ατομικό σχέδιο/πλάνο.				

	Ερωτήσεις	Αιτών Ναι	Αιτών Όχι	Ελεγκτής Ναι	Ελεγκτής Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
51	Βασίζεται το Ατομικό Σχέδιο στις προσδιορισθείσες ανάγκες του προσώπου που εξυπηρετείται;	☐	☐	☐	☐	
52	Περιλαμβάνει το Ατομικό Σχέδιο (ΑΣ): 1. την επιθυμητή κατάσταση του εξυπηρετούμενου 2. γενικούς στόχους 3. συγκεκριμένους και μετρήσιμους στόχους 4. μεθόδους / τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν και 5. το προσωπικό που εμπλέκεται και τις αρμοδιότητες για την εφαρμογή;	☐	☐	☐	☐	
53	Υπογράφεται το Ατομικό Σχέδιο από τον εξυπηρετούμενο;	☐	☐	☐	☐	
54	Αναθεωρείται το Ατομικό Σχέδιο σε τακτική βάση για την επίτευξη των στόχων;	☐	☐	☐	☐	
55	Έχει ληφθεί υπόψη η ανάδραση του εξυπηρετούμενου στο αναθεωρημένο Ατομικό Σχέδιο;	☐	☐	☐	☐	

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

Περιγραφή διαδικασίας παροχής

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
23 Ο οργανισμός προσδιορίζει, τεκμηριώνει και διατηρεί τις βασικές διαδικασίες για την παροχή υπηρεσιών στα πρόσωπα που εξυπηρετούνται σύμφωνα με το όραμα, την αποστολή και την πολιτική ποιότητας του.				
24 Ο οργανισμός αναθεωρεί την διαδικασία παροχής υπηρεσιών και διατηρεί τον έλεγχο της.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους.
56 Ο οργανισμός προσδιορίζει και τεκμηριώνει τις βασικές μεθόδους και διαδικασίες για τη διαχείριση των υπηρεσιών;	☐	☐	☐	☐	
57 Υπάρχει ένα σύστημα που να διασφαλίζει ότι ο οργανισμός είναι σύμφωνος με τις προδιαγραφές του προγράμματος και του στόχους του ετήσιου σχεδίου;	☐	☐	☐	☐	
58 Υπάρχει ένα σύστημα το οποίο εντοπίζει και διαχειρίζεται την τροποποίηση στον τομέα των υπηρεσιών με βάση την εξέλιξη των αναγκών του εξυπηρετούμενου και των ενδιαφερομένων μερών;	☐	☐	☐	☐	
59 Ο οργανισμός τεκμηριώνει τις τροποποιήσεις στις υπηρεσίες με βάση τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του εξυπηρετούμενου και των ενδιαφερομένων μερών;	☐	☐	☐	☐	
60 Προσπαθεί ο οργανισμός να έχει εσωτερική και / ή εξωτερική έγκριση των τροποποιήσεων αυτών στον τομέα των υπηρεσιών;	☐	☐	☐	☐	
61 Έχουν οι εργαζόμενοι κοινή κατανόηση των βασικών διαδικασιών της οργάνωσης και των ευθυνών τους;	☐	☐	☐	☐	

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

Συνεχιζόμενη παροχή υπηρεσιών

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
25 Ο οργανισμός εξασφαλίζει ότι ο εξυπηρετούμενος μπορεί να έχει πρόσβαση στη συνέχιση παροχής των υπηρεσιών που εκτείνονται από την έγκαιρη παρέμβαση στην υποστήριξη και ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις κατά την πάροδο του χρόνου.				
26 Ο οργανισμός αναπτύσσει μία ομοιογενή συνέχεια των υπηρεσιών και μειώνει τα εμπόδια σε μια πολυεπιστημονική ή πολυ-υπηρεσιακή ρύθμιση.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
62 Έχει ο οργανισμός διαδικασίες που περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο υπάρχει συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών;	☐	☐	☐	☐	
63 Αξιολογεί ο οργανισμός τις βασικές διαδικασίες των υπηρεσιών του περιοδικά για να εξασφαλίσει ότι οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες και προσιτές για την κάλυψη των αναγκών και των συμφερόντων του εξυπηρετούμενου;	☐	☐	☐	☐	
64 Αξιολογεί ο οργανισμός τη συνέχεια των υπηρεσιών σε ετήσια βάση;	☐	☐	☐	☐	
65 Προσδιορίζει και αναφέρει ο οργανισμός τα εμπόδια στην πρόσβαση και στη συνέχεια των υπηρεσιών σε ετήσια βάση;	☐	☐	☐	☐	
66 Προσφέρει ο οργανισμός υπηρεσίες σε μια διεπιστημονική ή / και πολυ-υπηρεσιακή ρύθμιση;	☐	☐	☐	☐	

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ολιστική προσέγγιση

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
27 Ο οργανισμός παρέχει υπηρεσίες από μια ολιστική προσέγγιση που βασίζεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες του εξυπηρετούμενου, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.				
28 Ο οργανισμός προσδιορίζει τις απαιτούμενες ικανότητες, τις δεξιότητες και την υποστήριξη του προσωπικού για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του εξυπηρετούμενου.				

Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	
67 Είναι το Ατομικό Σχέδιο του εξυπηρετούμενου χαρακτηρισμένο από διεπιστημονική προσέγγιση;	☐	☐	☐	☐	
68 Είναι η ποιότητα της ζωής εξειδικευμένα καθορισμένη για κάθε πρόσωπο που λαμβάνει τις υπηρεσίες;	☐	☐	☐	☐	
69 Είναι διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του εξυπηρετούμενου;	☐	☐	☐	☐	
70 Αναφέρεται η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών στον εξυπηρετούμενο που τις λαμβάνει;	☐	☐	☐	☐	
71 Περιλαμβάνει το Ατομικό Σχέδιο στόχους για την ποιότητα της ζωής του εξυπηρετούμενου;	☐	☐	☐	☐	
72 Αξιολογεί ο οργανισμός τις δεξιότητες και ικανότητες για κάθε μέλος του προσωπικού, για την ενίσχυση της ποιότητας της ζωής του εξυπηρετούμενου;	☐	☐	☐	☐	

ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Μέτρηση αποτελεσμάτων

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
29 Ο οργανισμός προσδιορίζει τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων του και παρέχει τυπική περιοδική και ανεξάρτητη επανεξέταση.				
30 Ο οργανισμός προσδιορίζει εντοπίζει και καταγράφει τους στόχους του Ατομικού Σχεδίου και μετρά σε ποιο βαθμό οι στόχοι αυτοί έχουν επιτευχθεί.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
73 Συγκρίνει ο οργανισμός τους στόχους που καθορίζονται στο Ατομικό Σχέδιο για την επίτευξη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών;	☐	☐	☐	☐	
74 Οι επιδόσεις του οργανισμού εγκρίνονται από έναν ανεξάρτητο ελεγκτικό φορέα;	☐	☐	☐	☐	
75 Μετρά ο οργανισμός τις επιδόσεις του σχετικά με τους βασικούς στόχους;	☐	☐	☐	☐	
76 Υπάρχει ετήσια έκθεση σχετικά με την επίδοση του οργανισμού;	☐	☐	☐	☐	
77 Μετρά ο οργανισμός τον αριθμό των εξυπηρετούμενων που επέτυχαν τους στόχους του Ατομικού Σχεδίου;	☐	☐	☐	☐	

ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Μέτρηση αποτελεσμάτων

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
31 Ο οργανισμός αξιολογεί τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων του, προκειμένου να προσδιορίσει τη βέλτιστη αξία για τους αγοραστές και τους χρηματοδότες.				
32 Ο οργανισμός αξιολογεί την ατομική και συλλογική ικανοποίηση των ατόμων που εξυπηρετούνται από εσωτερική και / ή εξωτερική αξιολόγηση.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
78 Μετράει ο οργανισμός την ικανοποίηση των οικονομικά ενδιαφερομένων / εμπλεκομένων μερών;	☐	☐	☐	☐	
79 Είναι περισσότερο από το 60% των ατόμων που εξυπηρετούνται ικανοποιημένοι με τις ληφθείσες υπηρεσίες;	☐	☐	☐	☐	
80 Αναφέρει ο οργανισμός στους χρηματοδοτικούς φορείς του τις επιδόσεις του;	☐	☐	☐	☐	
81 Μετράει ο οργανισμός την ικανοποίηση των εξυπηρετουμένων;	☐	☐	☐	☐	
82 Αναφέρει ο οργανισμός στα ενδιαφερόμενα μέρη, την ικανοποίηση των εξυπηρετουμένων;	☐	☐	☐	☐	

ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

Ετήσιο πλάνο / σχέδιο

Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
33 Η διοίκηση του οργανισμού θέτει σε εφαρμογή και τεκμηριώνει εγγράφως ένα ετήσιο σχέδιο και τη διαδικασία αναθεώρησης.				
34 Το σχέδιο περιλαμβάνει: Ετήσια αποτελέσματα / στόχους, τις δραστηριότητες που θα αναληφθούν για την επίτευξη των ετήσιων στόχων, την παρακολούθηση των επιδόσεων του οργανισμού όσον αφορά την ετήσια επίτευξη των στόχων του και χρονοδιαγράμματα και διαδικασίες για την επανεξέταση και αναθεώρηση.				

Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
83 Πραγματοποιεί ο οργανισμός ετήσιο προγραμματισμό / σχεδιασμό;	☐	☐	☐	☐	
84 Είναι τεκμηριωμένος / καταγεγραμμένος ο ετήσιος σχεδιασμός;	☐	☐	☐	☐	
85 Είναι το ετήσιο σχέδιο εγκεκριμένο από το διοικητικό συμβούλιο;	☐	☐	☐	☐	
86 Έχει η ετήσια διαδικασία σχεδιασμού ένα κυκλικό χαρακτήρα: 1. SMART στόχοι (objectives) 2. προσδιορισμένες βασικές δραστηριότητες 3. τα μετρήσιμα αποτελέσματα και 4. οι σκοποί και οι στόχοι αναθεωρούνται;	☐	☐	☐	☐	
87 Έχουν συμπεριληφθεί και τα 4 βασικά στοιχεία (ερώτηση Νο 86) για τον κυκλικό σχεδιασμό;	☐	☐	☐	☐	
88 Το πεδίο εφαρμογής του σχεδίου ανταποκρίνεται σε διάστημα 12 μηνών;	☐	☐	☐	☐	
89 Είναι το ετήσιο σχέδιο κοινοποιημένο στους εργαζομένους;	☐	☐	☐	☐	

ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

Κύκλος συνεχούς βελτίωσης

Κριτήρια	FC	PC	NC	Σχόλια από τον ελεγκτή
35 Ο οργανισμός έχει μια τυποποιημένη διαδικασία για τη συνεχή βελτίωση βάσει ενός κύκλου βελτίωσης.				
36 Ο οργανισμός προσδιορίζει τους δείκτες απόδοσης για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των δράσεων βελτίωσης.				

Ερωτήσεις	Αιτών Ναι	Αιτών Όχι	Ελεγκτής Ναι	Ελεγκτής Όχι	Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους
90 Χρησιμοποιεί ο οργανισμός μια τυποποιημένη μορφή για τα σχέδια (projects) ποιοτικής βελτίωσης;	☐	☐	☐	☐	
91 Το σύστημα βελτίωσης έχει ένα κυκλικό (PDCA) χαρακτήρα: 1. Προβλεπόμενων δράσεων επίτευξης των στόχων 2. Την υλοποίηση των δράσεων 3. Μέτρησης των αποτελεσμάτων των δράσεων και 4. Εφαρμογής διορθωτικών μέτρων;	☐	☐	☐	☐	
92 Έχει ο οργανισμός τεκμηρίωση δύο μέτρων βελτίωσης / διορθωτικών ενεργειών που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο;	☐	☐	☐	☐	
93 Τεκμηριώνει ο οργανισμός τα αποτελέσματα των σχεδίων (projects) ποιοτικής βελτίωσης;	☐	☐	☐	☐	
94 Καθορίζει ο οργανισμός τους δείκτες για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των δράσεων βελτίωσης;	☐	☐	☐	☐	

ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

Προσόντα και εξέλιξη του προσωπικού

	Κριτήρια	FC	PC	NC	**Σχόλια από τον ελεγκτή**
37	Ο οργανισμός έχει ένα σχέδιο για την κατάρτιση του προσωπικού, την ανάπτυξη και την υποστήριξη που βασίζεται στη συγκέντρωση στοιχείων ανάδρασης (feedback) σε ετήσια βάση και στη δέσμευση για τη μη εισαγωγή διακρίσεων για λόγους ηλικίας, αναπηρίας, φύλου, φυλής, θρησκείας ή πεποιθήσεων και γενετήσιου προσανατολισμού.				
38	Η οργάνωση έχει μια πολιτική στρατολόγησης και διατήρησης προσωπικού που προωθεί την επιλογή του καταρτισμένου προσωπικού βασισμένη στην απαραίτητες γνώση, τις δεξιότητες και τις ειδικότητες.				

Παραθέστε τα απαραίτητα στοιχεία (φόρμες) εφαρμογής τα οποία αναζητούνται κατά την εσωτερική παρακολούθηση ώστε ο ελεγκτής να διαπιστώσει την αποτελεσματική εφαρμογή τους

	Ερωτήσεις	**Αιτών** Ναι	**Αιτών** Όχι	**Ελεγκτής** Ναι	**Ελεγκτής** Όχι	
95	Τεκμηριώνεται η πολιτική του οργανισμού για την πρόσληψη υπαλλήλων;	☐	☐	☐	☐	
96	Τεκμηριώνεται η προσέγγιση για τα προσόντα και την ανάπτυξη των υπαλλήλων;	☐	☐	☐	☐	
97	Περιέχει η τεκμηρίωση: 1. Προσέγγιση της εκπαίδευσης 2. Κατάρτιση και ανάπτυξη του προσωπικού 3. Μέτρα και δραστηριότητες 4. Μέθοδο για να ελέγξει το επιθυμητό αποτέλεσμα και 5. Προδιαγραφές εργασίας για τους υπαλλήλους που συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσίας;	☐	☐	☐	☐	
98	Είναι τεκμηριωμένα τα κριτήρια πρόσληψης και η διαδικασία του οργανισμού;	☐	☐	☐	☐	
99	Αναθεωρεί περιοδικά ο οργανισμός την απόδοση των υπαλλήλων που εμπλέκονται άμεσα στην παροχή υπηρεσιών;	☐	☐	☐	☐	
100	Η ετήσια έκθεση σχετικά με την εκπαίδευση / κατάρτιση του προσωπικού περιλαμβάνει: 1. τον αριθμό των ημερών για την κατάρτιση / εκπαίδευση η οποία συμβάλλει στην ανάπτυξη της τεχνογνωσίας όσον αφορά την υλοποίηση της υπηρεσίας 2. τον αριθμός των FTE ετησίως (του προσωπικού που συμμετέχει άμεσα στην παροχή υπηρεσιών σε εξυπηρετούμενο) και 3. τον αριθμό των υπαλλήλων που συμμετέχουν στην κατάρτιση και εκπαίδευση προδιορισμένα για κάθε επίπεδο εκπαίδευσης / κατάρτισης. (Βασική, προχωρημένη, υψηλού επιπέδου εκπαίδευση / κατάρτιση);	☐	☐	☐	☐	

Λίστα εγγράφων / σχετικού υλικού

(Παρακαλούμε αναφέρετε τα έγγραφα / σχετικό υλικό σε αυτή τη φόρμα αίτησης)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

Γ) Ερωτηματολόγιο δεύτερου σταδίου της έρευνας

Ερωτηματολόγιο

Σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.

Για τη διδακτορική διατριβή με τίτλο

«Αξιολόγηση και Πιστοποίηση Κέντρων Αποκατάστασης Αναπήρων»

Εισαγωγή - Οδηγίες συμπλήρωσης

Στο πλαίσιο μίας μελέτης του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, στην οποία εντάσσεται στην εκπόνηση της διδακτορικής μου διατριβής με θέμα «Αξιολόγηση και πιστοποίηση κέντρων αποκατάστασης αναπήρων», έχει συνταχθεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης τύπου checklist, με σκοπό την μελέτη, του κατά πόσο είναι δυνατή η δημιουργία -όσον αφορά τη διατριβή και μόνο- ενός προτύπου ελληνικού συστήματος βελτίωσης της ποιότητας στην αποκατάσταση. Το ερωτηματολόγιο με την επωνυμία «Σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.», αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο αυτοαξιολόγησης για τον οργανισμό - πάροχο υπηρεσιών αποκατάστασης και το δεύτερο τις απόψεις του παρόχου, όσον αφορά την κατανόηση του ερωτηματολογίου και την χρησιμότητα του.

Παρακαλώ συμπληρώστε με Χ στα γκρι κουτάκια, στη δεξιά στήλη του 1^{ου} και 2^{ου} μέρους του ερωτηματολογίου, εάν η απάντηση σας είναι θετική.

Η μελέτη έχει λάβει άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ν. ΠΑΓΝΗ και έγκριση από την επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας και **τα δεδομένα δεν θα δημοσιοποιηθούν με κανέναν τρόπο και εξυπηρετούν αποκλειστικά και μόνο ερευνητικούς σκοπούς στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής**.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνηση είμαι στη διάθεση σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Στοιχεία παρόχου-οργανισμού*

Επωνυμία:	
Διεύθυνση:	
Τηλέφωνα, fax., email:	
Υπεύθυνος:	
Αντικείμενο παρόχου – εξειδίκευση:	

**Δεν θα δημοσιοποιηθούν, απλά αποτελούν τεκμήριο της διενέργειας της έρευνας , εάν τούτο ζητηθεί από την εξεταστική επιτροπή και μόνο αυτή.*

Μέρος 1ο - Σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση - Σ.ΔΙ.Π.Α.

ΗΓΕΣΙΑ	
1. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης τεκμηριωμένο το όραμα, την αποστολή και τις εταιρικές αξίες;	
2. Οι εργαζόμενοι γνωρίζουν το όραμα, την αποστολή και τις εταιρικές αξίες;	
3. Έχει ο πάροχος υπηρεσιών αποκατάστασης μία τεκμηριωμένη πολιτική ποιότητας;	
4. Γνωρίζουν οι εργαζόμενοι γνωρίζουν την πολιτική ποιότητας του παρόχου αποκατάστασης;	
5. Οι εμπλεκόμενοι φορείς έχουν τη δυνατότητα για ανατροφοδότηση;	
6. Είναι η ανατροφοδότηση τεκμηριωμένη;	
7. Είναι οι πληροφορίες διαθέσιμες;	
8. Οι εξωτερικοί εμπλεκόμενοι γνωρίζουν τα προγράμματα και τις υπηρεσίες που προσφέρονται;	
9. Είναι η διαδικασία του ετήσιου προγραμματισμού τεκμηριωμένη;	

10. Είναι η διαδικασία του ετήσιου προγραμματισμού εφαρμοσμένη και αναθεωρημένη περιοδικά;	
11. Έχει η διαδικασία του ετήσιου προγραμματισμού ένα κυκλικό χαρακτήρα;	
12. Είναι το ετήσιο σχέδιο εγκεκριμένο από το διοικητικό συμβούλιο;	
13. Ο πάροχος αποκατάστασης συλλέγει την ανατροφοδότηση από τους εμπλεκόμενους φορείς στην κοινωνία;	
14. Μπορεί ο πάροχος αποκατάστασης να παρουσιάσει απτά αποτελέσματα στην ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών της κοινωνίας;	
15. Είναι ο πάροχος αποκατάστασης εμπλεκόμενος σε δραστηριότητες βασισμένες στην τοπική κοινωνία;	
16. Μπορεί ο πάροχος αποκατάστασης να παρουσιάσει αποδείξεις από την προστιθέμενη αξία του στην κοινωνία;	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
17. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης τεκμηριωμένη την πολιτική και τα κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού όπως και τις μη διακρίσεις;	
18. Είναι η πρόσληψη προσωπικού και η διατήρηση της πολιτικής του στην επιλογή με βάση τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις αρμοδιότητες;	
19. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης τεκμηριωμένα την πολιτική για την απασχόληση και το νομοθετικό πλαίσιο;	

20. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού και της διοίκησης;	
21. Είναι το σχέδιο για τα προσόντα του προσωπικού, την ανάπτυξη και υποστήριξη του τεκμηριωμένα και αξιολογημένα ετήσια;	
22. Ο πάροχος αποκατάστασης διατηρεί αρχεία για την κατάρτιση του προσωπικού και την αξιολογεί;	
23. Έχουν προσδιοριστεί, καθοριστεί και τεκμηριωθεί οι απαιτήσεις επάρκειας για το προσωπικό:	
24. Επανεξετάζεται περιοδικά η απόδοση των μελών του προσωπικού που εμπλέκεται άμεσα στην παροχή υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους;	
25. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης μια πολιτική και μία διαδικασία για την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση της υπηρεσίας;	
26. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης αρχείο για την ανατροφοδότηση από το προσωπικό και αξιολογεί αυτήν;	
27. Ο πάροχος αποκατάστασης, μετρά, καταγράφει και αναθεωρεί την ικανοποίηση και το κίνητρο του προσωπικού;	
28. Ο πάροχος αποκατάστασης έχει σε εφαρμογή μηχανισμούς για την αναγνώριση του προσωπικού;	
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	

29. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης χάρτη δικαιωμάτων σύμφωνα με τις διεθνείς συμβάσεις για τους εξυπηρετούμενους;	
30. Είναι όλο το προσωπικό και οι εθελοντές ενήμεροι για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των προσώπων που εξυπηρετούνται;	
31. Μπορεί ο πάροχος αποκατάστασης να παρουσιάσει αποδείξεις για την ενημέρωση των ατόμων που εξυπηρετούνται όσον αφορά τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους;	
32. Είναι οι εξυπηρετούμενοι γνώστες των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων τους;	
33. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης τεκμηριωμένο σύστημα διαχείρισης καταγγελιών που εξασφαλίζει κατάλληλη και αντικειμενική έρευνα;	
34. Ο πάροχος αποκατάστασης παρουσιάζει διαφάνεια στα αποτελέσματα στο σύστημα διαχείρισης παραπόνων;	
35. Ο πάροχος αποκατάστασης αποδεικνύει την υποστήριξή του προς την αυτοδιάθεση του ατόμου που εξυπηρετείται;	
36. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί τις επιδόσεις του σχετικά με τον σεβασμό του δικαιώματος στην αυτοδιάθεση με τα πρόσωπα που εξυπηρετούνται, σε ετήσια βάση;	
37. Ο πάροχος αποκατάστασης ενημερώνει τα άτομα που εξυπηρετούνται σχετικά με την πρόσβαση τους σε υποστηρικτές και / ή άτομα που θα τους υποστηρίξουν;	

38. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί τις επιδόσεις του στη διευκόλυνση των ατόμων που εξυπηρετούνται στο να έχουν πρόσβαση σε υποστηρικτές και / ή άτομα που θα τους υποστηρίξουν, σε ετήσια βάση;	
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	
39. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης τεκμηριωμένη την πολιτική της σχετικά με τη δεοντολογία που αντικατοπτρίζει την αξιοπρέπεια των ατόμων που εξυπηρετούνται και την προστασία τους από αδικαιολόγητο κίνδυνο;	
40. Ο πάροχος αποκατάστασης ενημερώνει το προσωπικό (συμπεριλαμβανομένων και των εθελοντών κατά περίπτωση) για την πολιτική σχετικά με τη δεοντολογία και τις αρχές και τις αξίες που διέπουν τη συμπεριφορά στην παροχή υπηρεσιών;	
41. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης πολιτικές και διαδικασίες για την πρόληψη της σωματικής, ψυχικής και οικονομικής εκμετάλλευσης του ατόμου που εξυπηρετείται;	
42. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της πολιτικής του για την πρόληψη της σωματικής, ψυχικής και οικονομικής εκμετάλλευσης του ατόμου που εξυπηρετείται;	
43. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης σχέδιο υγιεινής και ασφάλειας;	
44. Ο πάροχος αποκατάστασης προσδιορίζει τα μέτρα για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας;	

45. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης καθορίσει ένα σύνολο αρχών, αξιών και διαδικασιών (κώδικας δεοντολογίας), για τη διασφάλιση και τους κανόνες που διέπουν τη συμπεριφορά στην παροχή υπηρεσιών;	
46. Είναι το προσωπικό (συμπεριλαμβανομένων και των εθελοντών κατά περίπτωση) γνώστες για το σύνολο των αρχών, αξιών και διαδικασιών που διέπουν τη συμπεριφορά στην παροχή υπηρεσιών;	
47. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης μια πολιτική και διαδικασίες για τη διασφάλιση του απορρήτου, την καταγραφή πληροφοριών και πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα;	
48. Ο πάροχος αποκατάστασης αναθεωρεί την πολιτική και τις διαδικασίες για την εμπιστευτικότητα;	
49. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης καθορίσει και κοινοποιήσει τους ρόλους και τις ευθύνες της διοίκησης;	
50. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης καθορίσει και γνωστοποιήσει τους ρόλους και τις ευθύνες των αρμοδιοτήτων που εμπλέκονται άμεσα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα πρόσωπα που εξυπηρετούνται;	
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ	
51. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης συνεργασίες με κοινωνικούς εταίρους, χρηματοδοτικούς οργανισμούς και οργανώσεις των εξυπηρετουμένων;	

52. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί την προστιθέμενη αξία των συνεργασιών του σε τακτική βάση;	
53. Στην ανάπτυξη των υπηρεσιών, ο πάροχος αποκατάστασης περιλαμβάνει τους εξυπηρετούμενους, τους χρηματοδότες και τους μελλοντικούς εξυπηρετούμενους;	
54. Ο πάροχος αποκατάστασης εμπλέκει σχετικούς εξωτερικούς συνεργάτες στην αξιολόγηση των αναγκών;	
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	
55. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης μια πολιτική και διαδικασίες για την ενεργό συμμετοχή του ατόμου που εξυπηρετείται στην αξιολόγηση και το σχεδιασμό των υπηρεσιών;	
56. Τα άτομα που εξυπηρετούνται συμμετέχουν στην αξιολόγηση των αναγκών, το σχεδιασμό των υπηρεσιών και την αξιολόγηση;	
57. Έχουν τα μέτρα, οι δραστηριότητες και η πολιτική για τη συμμετοχή συμφωνηθεί με τα πρόσωπα που εξυπηρετούνται ή τους εκπροσώπους των ατόμων που εξυπηρετούνται;	
58. Ο πάροχος αποκατάστασης επανεξετάζει τα μέτρα, τις δραστηριότητες και την πολιτική για τη συμμετοχή των ατόμων που εξυπηρετούνται ή τους εκπροσώπους των ατόμων που εξυπηρετούνται σε ετήσια βάση;	

59. Ο πάροχος αποκατάστασης διευκολύνει συστηματικά σε ατομική βάση την ενδυνάμωση των ατόμων που εξυπηρετούνται;	
60. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης επιτύχει απτά αποτελέσματα στην ενίσχυση της ενδυνάμωσης των ατόμων που εξυπηρετούνται;	
61. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης προσδιορίσει τα μέτρα για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ενδυνάμωσης μέσα στον οργανισμό;	
62. Ο πάροχος αποκατάστασης εκπαιδεύει το προσωπικό για να διευκολυνθεί η ενδυνάμωση των ατόμων που εξυπηρετούνται;	
ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΟΤΗΤΑ	
63. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης εντοπίσει τις ανάγκες για τα σημερινά εξυπηρετούμενα άτομα ή αυτά που θα εξυπηρετηθούν;	
64. Ο πάροχος αποκατάστασης προσφέρει τις υπηρεσίες του στην πιο βολική τοποθεσία για το πρόσωπο που εξυπηρετείται εξυπηρετήθηκε, τις οικογένειες και τους φροντιστές;	
65. Έχει ο πάροχος αποκατάστασης εντοπίσει τις ανάγκες των χρηματοδοτών και άλλων εξωτερικών ενδιαφερομένων μερών;	
66. Ο πάροχος αποκατάστασης καθορίζει το ποσοστό επιτυχίας (ων) των υφιστάμενων προγραμμάτων;	
67. Ο πάροχος αποκατάστασης παρέχει υπηρεσίες με βάση τις ανάγκες των ατόμων που εξυπηρετούνται;	

68. Ο πάροχος αποκατάστασης καταγράφει τις διαπιστωμένες ανάγκες και τις προσδοκίες του ατόμου που εξυπηρετείται σε ένα Ατομικό Σχέδιο;	
69. Το Ατομικό Σχέδιο περιέχει όλες τις παραμέτρους σχετικά με την αποκατάσταση του εξυπηρετούμενου;	
70. Συμφωνήθηκε ξεχωριστά κάθε πρόγραμμα από το πρόσωπο που εξυπηρετείται ή τον/την κηδεμόνα του/της;	
ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ	
71. Είναι οι βασικές διαδικασίες του παρόχου αποκατάστασης προσδιορισμένες, τεκμηριωμένες και αναθεωρημένες τακτικά;	
72. Οι βασικές διαδικασίες του παρόχου αποκατάστασης συμμορφώνονται με την αποστολή του οργανισμού, την πολιτική του για την ποιότητα και τις ανάγκες των χρηματοδοτών και άλλων ενδιαφερομένων;	
73. Ο πάροχος αποκατάστασης παρακολουθεί και επανεξετάζει τακτικά την απόδοσή του;	
74. Ο πάροχος αποκατάστασης διενεργεί εσωτερικούς ελέγχους και διατηρεί αρχείο γι’ αυτούς;	
75. Πραγματοποιείται αξιολόγηση σχετικά με τη συνεχή παροχή υπηρεσιών σε ετήσια βάση;	
76. Ο πάροχος αποκατάστασης εφαρμόζει μέτρα για την εξασφάλιση της αδιάλειπτης παροχής υπηρεσιών;	

77. Ο πάροχος αποκατάστασης εντοπίζει και αναφέρει τα εμπόδια στη συνέχεια των προγραμμάτων του και την πρόσβαση σε αυτά;	
78. Ο πάροχος αποκατάστασης λειτουργεί υπηρεσίες που χαρακτηρίζονται από μια διεπιστημονική προσέγγιση όσον αφορά τα πρόσωπα που εξυπηρετούνται και το Ατομικό Σχέδιο τους;	
79. Ο πάροχος αποκατάστασης διασφαλίζει ότι η ποιότητα της ζωής είναι συγκεκριμένη και καθορίζεται από κάθε πρόσωπο και/ή την οικογένεια που λαμβάνει την υπηρεσία;	
80. Είναι η αποτελεσματικότητα των πρωτοβουλιών για την ποιότητας μετρήσιμη και αναφερόμενη;	
81. Ο πάροχος αποκατάστασης προσδιορίζει τις δεξιότητες και τις ικανότητες του προσωπικού για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που εξυπηρετούνται;	
82. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί τις δεξιότητες και τις ικανότητες του προσωπικού για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που εξυπηρετούνται σε ετήσια βάση;	
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	
83. Ο πάροχος αποκατάστασης μετρά την απόδοσή του τακτικά;	

84. Τα αποτελέσματα της επιχείρησης και της απόδοσης αξιολογούνται από ανεξάρτητο εξωτερικό φορέα;	
85. Ο πάροχος αποκατάστασης μετρά τα αποτελέσματα και τα οφέλη του Ατομικού Σχεδίου;	
86. Ο πάροχος αποκατάστασης μετρά τα αποτελέσματα και τα οφέλη σε συλλογική βάση;	
87. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί την προστιθέμενη αξία των αποτελεσμάτων της επιχείρησης για χρηματοδότες και εξυπηρετούμενους;	
88. Ο πάροχος αποκατάστασης αξιολογεί την προστιθέμενη αξία των υπηρεσιών για την ποιότητα ζωής των ατόμων που εξυπηρετούνται;	
89. Ο πάροχος αποκατάστασης μετρά την ικανοποίηση όλων των ενδιαφερόμενων μερών;	
90. Ο πάροχος αποκατάστασης διασφαλίζει την ενδεδειγμένη και αντικειμενική μέτρηση της ικανοποίησης των ενδιαφερομένων;	
91. Είναι η έκθεση για τα αρχεία και τα αποτελέσματα γνωστοποιημένα στους ενδιαφερόμενους σε κατανοητή γλώσσα και μορφή;	
92. Τα αρχεία σχετικά με τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν την προσωπική αντίληψη και την επίτευξη;	
93. Ο πάροχος αποκατάστασης αναφέρει την επίδοση του σε όλους τους εμπλεκόμενους;	

94. Ο πάροχος αποκατάστασης αναφέρει τα αποτελέσματα και τα επιτεύγματα του τακτικά;	
ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ	
95. Ο πάροχος αποκατάστασης εφαρμόζει ένα τεκμηριωμένο σύστημα βελτίωσης, το οποίο χαρακτηρίζεται από ένα κυκλικό τρόπο, κατά PDCA;	
96. Τα αποτελέσματα των σχεδίων για τη βελτίωση της ποιότητας τεκμηριώνονται;	
97. Ο πάροχος αποκατάστασης καθορίζει δείκτες επιδόσεων για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων όλων των σχεδίων για τη βελτίωση;	
98. Ο πάροχος αποκατάστασης καθορίζει στόχους και μετρά τα αποτελέσματα;	
99. Μπορεί ο πάροχος αποκατάστασης να επιδείξει καινοτόμους τρόπους εργασίας και αναδυόμενες ανάγκες των ενδιαφερομένων;	
100. Ο πάροχος αποκατάστασης διαχειρίζεται, παρακολουθεί και καταγράφει καινοτομίες;	
ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ	
101. Ο πάροχος αποκατάστασης λαμβάνει υπόψη του τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα σχετικά με την προσβασιμότητα;	

102. Είναι οι εργαζόμενοι εκπαιδευμένοι ώστε να προσαρμόζουν τεχνικές και διαδικασίες στα Ελληνικά δεδομένα;	
103. Λαμβάνεται υπόψη ο ιδιαίτερος ή μη ρόλος της οικογένειας, όπου υφίσταται;	
104. Καταγράφονται στατιστικά δεδομένα σχετικά με την εντοπιότητα του εξυπηρετούμενου;	
105. Υπάρχει ανταλλαγή γνώσης και πληροφοριών μεταξύ άλλων παρόχων παρόμοιων υπηρεσιών στην Ελλάδα;	
106. Ο πάροχος αποκατάστασης διατηρεί στατιστικά στοιχεία σχετικά με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης, στην τοπική κοινωνία του εξυπηρετούμενου;	
107. Ο πάροχος αποκατάστασης εκπαιδεύει επαγγελματικά ή μη τους εξυπηρετούμενους στις ανάγκες της Ελληνικής αγοράς;	
108. Ο πάροχος αποκατάστασης διατηρεί ένα ελάχιστο και μέγιστο χρονικό περιθώριο αποκατάστασης;	
109. Ενημερώνονται οι εξυπηρετούμενοι για τα δικαιώματα που έχουν και τις υπηρεσίες που μπορούν να λάβουν με το πέρας της αποκατάστασης;	
110. Υπάρχει συνεργασία και ανταλλαγή δεδομένων με άλλους παρόχους χωρών της Ευρώπης με παρόμοια οικονομική κατάσταση;	

Μέρος 2^{ο} - Απόψεις του παρόχου-οργανισμού

1. Πιστεύετε ότι το παρόν ερωτηματολόγιο ήταν χρήσιμο;	
2. Ήταν κατανοητές οι ερωτήσεις και οι όροι που αναφέρονται σε αυτό;	
3. Πιστεύετε ότι ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση συμβάλει θετικά στη βελτίωση της;	
4. Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη δημιουργίας ενός ελληνικού συστήματος διασφάλισης ποιότητας στην αποκατάσταση, βασισμένο στις ελληνικές ιδιαιτερότητες και δεδομένα;	
5. Είναι ο οργανισμός σας ήδη πιστοποιημένος με κάποιο/α σύστημα/τα διασφάλισης ποιότητας;	
6. Άλλα σχόλια (μπορείτε να συνεχίσετε και στην επόμενη σελίδα):	

Ευρετήριο

Assurance, 11, 17, 46, 50, 53, 60, 62, 68, 69, 96, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 121

benchmarking, 24, 37, 51, 58, 88, 91

calibration, 35

CARF, 7, 22, 95

disability, 11, 93, 99, 108, 110

EPR, 42, 44, 53, 85, 109, 111, 116, 119

EQRM, 42, 43, 44, 96, 136

EQUASS, 7, 14, 18, 22, 42, 44, 45, 46, 50, 53, 60, 62, 68, 69, 85, 95, 96, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 121, 123, 130, 136

evaluate, 11, 107, 111, 115, 118

follow up, 35

ISO, 7, 22, 95

JCAHO, 7, 94

PDCA, 22, 81, 172

QASR, 79, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 117, 120, 121, 124

Quality, 11, 22, 42, 44, 45, 53, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 118, 121, 122, 123, 130, 135

rehabilitation, 11, 16, 17, 18, 92, 93, 94, 96, 99, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 118, 119, 120, 122, 123, 136

Αναποτελεσματικότητα, 24, 37

αξιολόγηση, 7, 8, 9, 24, 25, 33, 34, 36, 42, 48, 51, 54, 60, 61, 66, 68, 78, 84, 89, 90, 131, 133, 164, 168, 170

αξιολόγησης, 7, 13, 24, 42, 52, 58, 63, 78, 79, 81, 83, 87, 136

αποδοτικότητα, 30, 37, 57, 81, 87, 88, 90, 134, 174

αποκατάσταση, 4, 12, 14, 15, 26, 28, 29, 35, 37, 39, 42, 52, 53, 54, 55, 58, 63, 69, 71, 78, 84, 85, 87, 89, 90, 91, 132, 134, 136, 159, 160, 161, 169, 175

αποτελεσματικότητα, 9, 22, 30, 32, 57, 87, 88, 89, 90, 134, 166, 171, 174

αυτοαξιολόγησης, 7, 43, 50, 53, 54, 57, 60, 61, 62, 63, 68, 73, 75, 83, 85, 131, 160

βελτίωση της ποιότητας, 8, 21, 22, 79, 171, 173

διεθνές επίπεδο, 26

δομές αποκατάστασης, 8, 10, 13, 14, 27, 42, 57, 60, 65, 67, 69, 70, 72, 81, 83, 130, 133
Ε.Σ.Υ, 28, 82, 92
Ειδικά Κέντρα, 28
Ελλάδα, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 26, 27, 28, 29, 30, 37, 38, 39, 40, 52, 53, 60, 61, 62, 65, 68, 70, 75, 78, 79, 80, 82, 85, 86, 87, 90, 130, 133, 173
Εντοπιότητα, 54, 55, 64, 85
εξειδικευμένα κέντρα, 26
ερωτηματολόγιο, 50, 53, 54, 57, 60, 61, 63, 64, 67, 69, 73, 74, 75, 83, 131, 160, 175
Ευρωπαϊκή Ένωση, 37
καταγραφή δεδομένων, 30
κέντρα αποκατάστασης, 8, 9, 21, 28, 29, 38, 39, 40, 57, 65, 70
Κέντρα Υγείας, 28, 92
Κέντρο Αποκατάστασης, 27, 70, 71, 72
κύκλο διασφάλισης ποιότητας, 22, 33
μάνατζμεντ, 21
νοσοκομεία αποκατάστασης, 26, 28
νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, 28
παροχή υπηρεσιών, 21, 29, 30, 35, 81, 87, 132, 164, 166, 170
πελάτες, 9, 23
πιστοποίηση, 7, 9, 13, 36, 39, 45, 46, 51, 53, 130, 132, 160
προμηθευτές, 9, 23
προσωποκεντρικός, 52
πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 38
Σ.ΔΙ.Π.Α, 10, 14, 52, 54, 58, 63, 159, 160, 161
σπονδυλικής στήλης, 26
Στρατιωτικό Νοσοκομείο, 70, 72
συγκριτική μελέτη, 37, 58, 76, 81, 88, 91
Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας στην Αποκατάσταση, 10, 14, 131
υπηρεσίες υγείας, 9, 22
ΦΕΚ, 29, 82, 92

Γλωσσάριο

1. Αυτοαξιολόγηση = Η εσωτερική αξιολόγηση του παρόχου ή γενικά του ενδιαφερόμενου από τον ίδιο, σε ένα ερωτηματολόγιο, πριν από τη διαδικασία εξωτερικής αξιολόγησης.
2. Κύκλος διασφάλισης ποιότητας (PDCA) = Η κυκλική επανάληψη διαδικασιών που εξασφαλίζει την επιθυμητή ποιότητα.
3. Συγκριτική μελέτη (Benchmarking) = Η ανταλλαγή στοιχείων μεταξύ οργανισμών με σκοπό τη σύγκριση αποτελεσμάτων και την εφαρμογή των καταλληλότερων μεθόδων για τη διασφάλιση της ποιότητας σε συγκεκριμένους τομείς ή και στο σύνολο.
4. Σύστημα διασφάλισης ποιότητας = Το σύστημα εκείνο που με τις προδιαγραφές που θέτει διασφαλίζει την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία του οργανισμού που το εφαρμόζει.