

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
Σ.Ε.Υ.Π. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

Σύγκριση απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης

Σπουδάστριες: Αποστόλα Μίνα
Σκαρλέα Δήμητρα
Χρυσού Μαρία

Επιβλέπων καθηγητής: Αναστάσιος Μερκούρης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 09/05/2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την πρόοδο της ιατρικής και της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια, αλλά και με την πολυπλοκότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας άρχισε να δημιουργείται μια ανησυχία μεταξύ των λειτουργών υγείας που παρέχουν φροντίδα και του κοινού που τη δέχεται, ως προς την εξασφάλιση της ποιότητας της. Η ανησυχία αυτή εντείνεται περισσότερο στις μέρες μας με την τρομερή αύξηση των δαπανών υγείας αλλά και την καταστρατήγηση νόμων και ηθικής και άνομη εκμετάλλευση της υγείας, ακόμα και της ακεραιότητας του ανθρώπου. Επίσης η δυσαρέσκεια του κοινού από την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας ή και συμπεριφοράς των λειτουργών της, αποτέλεσε παράγοντα που προώθησε στη δημιουργία κίνησης για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης σε σχέση με τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες, ποια είναι η αντίληψη των νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, να γίνει σύγκριση μεταξύ των απόψεων και διερεύνηση αν υπάρχει συσχέτιση με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή συμπερασμάτων χρήσιμων για τη βελτίωση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η συστηματική αξιολόγηση μπορεί να οδηγήσει στην εξασφάλιση υψηλότερης φροντίδας υγείας.

Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην εκφράσουμε τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μας στον επιβλέπων την πτυχιακή αυτή εργασία, καθηγητή κ^ο Αναστάσιο Μερκούρη και κ^α Αρετή Σταυροπούλου, οι οποίοι μας έδωσαν το έναυσμα για την αναζήτηση του παρόντος θέματος και την αμέριστη συμπαράσταση για την εκπόνησή της. Επίσης μας εντρυφήσαν στις νοσηλευτικές ανησυχίες για τη διεύρυνση των οριζόντων μας ώστε να εντείνουμε τις προσπάθειες μας για τη βελτίωση των νοσηλευτικών μας γνώσεων, να συνεισφέρουμε και να στηρίξουμε κατά το δυνατό τη νοσηλευτική υπόσταση.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1 Θεωρητικό υπόβαθρο- διεθνείς οργανισμοί και κανονισμοί για τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας	6
2.2 Ορισμός της ποιότητας στην υγεία	18
2.3 Οι υπηρεσίες υγείας	19
2.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	20
2.5 Μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	23
2.6 Δείκτες ποιότητας φροντίδας υγείας	24
2.7 Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας	26
3. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1 Παροχή υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ	28
3.2 Παροχή υπηρεσιών υγείας στον Καναδά	34
3.3 Παροχή υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία	36
3.4 Παροχή υπηρεσιών υγείας στη Γερμανία	37
3.5 Παροχή υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο	41
3.6 Παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ολλανδία	48
3.7 Κατεύθυνση συστημάτων υγείας	53
3.8 Πορεία προς το μέλλον: Καναδάς, Ευρώπη, ΗΠΑ	56
4. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	
4.1 Ποιότητα στις ελληνικές υπηρεσίες υγείας πριν το νόμο 2889/01	59
4.2 Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στο νόμο 2889/01 και τα βήματα προόδου που συντελέστηκαν	61
4.3 Τα κυριότερα προβλήματα ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία	64
4.4 Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	68
5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	
5.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ικανοποίησης	70
5.2 Χρησιμότητα της ικανοποίησης	71
5.3 Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών	73
5.4 Νοσηλευτική και μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	74

6.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	77
----------------------------------	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περίληψη	83
Σκοπός της έρευνας	84
Υλικό –Μέθοδος	84
Αποτελέσματα	86
Σχολιασμός αποτελεσμάτων	114
Περιορισμοί της έρευνας	118
Συμπεράσματα	118

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγια	122
----------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Βιβλιογραφία	131
--------------------	-----

1.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διασφάλιση της ποιότητας, επέκταση του ποιοτικού ελέγχου, ήταν το θεμέλιο του κινήματος της ποιότητας στο χώρο της υγείας μέχρι τις αρχές του '90 στην Ευρώπη και την Αμερική. Επικεντρώνεται στον προσδιορισμό και την παρακολούθηση δεικτών που αντικατοπτρίζουν τα πρότυπα της περίθαλψης (Wolper 2001).

Οι αλλαγές στο χώρο της αγοράς φέρνουν στην επιφάνεια προβληματισμούς αναφορικά με το υψηλό κόστος, που αντιστοιχεί στον τομέα της υγείας και τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού (Smith 1992), των μικρών επιχειρήσεων (Edwards 1992) και του νομοθετικού σώματος (Peterson 1992), απέναντι στο κόστος υγείας και τα απορρέοντα οφέλη. Δηλ. το ότι δόθηκε έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ήταν μια προσπάθεια για την έξοδο από την κρίση των σημερινών συστημάτων υγείας που χαρακτηρίζονται από το διαρκώς αυξανόμενο κόστος και την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Στις ΗΠΑ έχουν εκπονηθεί μακρόχρονα προγράμματα και πρότυπα που διασφαλίζουν την ποιοτική περίθαλψη των ασθενών. Συστάθηκαν οργανισμοί πιστοποίησης της ποιότητας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-1951) και επιτροπές διασφάλισης της ποιότητας (National Committee on Quality Assurance) σε όλα τα επίπεδα της περίθαλψης. Τα νοσοκομεία, οι ψυχιατρικές μονάδες, οι οργανισμοί μακρόχρονης περίθαλψης, τα προγράμματα απεξάρτησης, οι παροχείς κατ'οίκον περίθαλψης, τα κέντρα περιπατητικής περίθαλψης και τα εργαστήρια επιθεωρούνται κάθε τρία χρόνια για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Η ποιότητα πιστοποιείται, είναι απαραίτητη για την οικονομική επιβίωση ενός νοσοκομείου και αναγνωρίζεται η σπουδαιότητα των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη αποτελέσματος της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Holzemer 1990).

Επίσης στη Μεγάλη Βρετανία έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ικανοποίηση των ασθενών (Smith 1992) το σύστημα Υγείας έχει τις ρίζες του στους νόμους για τη βοήθεια των φτωχών, που εφαρμόστηκαν από το 1600 και τις εταιρίες αλληλοβοήθειας οι οποίες άνθισαν κατά την εποχή του 1840, παρά το γεγονός ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), επισήμως εφαρμόστηκε το 1948. Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα, αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μειωμένο χρόνο νοσηλείας και, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, θεωρείται όχι μόνο προϋπόθεση για τη θεραπευτική αγωγή αλλά εξισώνετε με την αυτοθεραπεία (Pascoe 1983, Strasen 1988).

Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντικός δείκτης για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κάθε συστήματος και ιδιαίτερα για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας ώστε να αξιοποιούνται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πόροι για την υγεία τόσο για αυτούς που τους προσφέρουν όσο και για αυτούς που τους λαμβάνουν.

2.Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Θεωρητικό υπόβαθρο

Ποιοτικός έλεγχος, διασφάλιση της ποιότητας, συνεχής ποιοτική βελτίωση, κλινικές οδηγίες, επανασχεδιασμός των διαδικασιών, διαχείριση ολικής ποιότητας κτλ είναι πληθώρα όρων η οποία αντικατοπτρίζει το πλήθος των προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται για να διασφαλιστεί ότι ένας υγειονομικός οργανισμός παρέχει περίθαλψη υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Όμως ο τομέας της υγείας καταπιάνεται με αυτά τα ζητήματα τα τελευταία 25 χρόνια. Καθώς η υγεία είναι ένας τομέας υπηρεσιών που πρέπει να αντιμετωπίσει πολύ συγκεκριμένα θέματα, το κίνημα της ποιότητας έχει εξελιχθεί πολύ διαφορετικά από ότι στη βιομηχανία.

Στην ποιοτική διαδικασία στον τομέα της υγείας, πολλοί άνθρωποι έχουν συνεισφέρει. Για την κατανόηση των θεμελίων και της προόδου της ποιότητας είναι αναγκαία η αναγνώριση των κυριότερων ανθρώπων και των ιδεών που προσέφεραν, όπως:

Ernest Godman

Ο Ernest Godman (Wolper 2001) ήταν χειρουργός, απόφοιτος της ιατρικής σχολής του Harvard και εργάστηκε στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης για 15 χρόνια, μέχρι που οι ιδέες του προκάλεσαν τέτοιες διαφωνίες στα πλαίσια της ιατρικής κοινότητας της Βοστώνης που τον οδήγησαν σε παραίτηση. Παρ' όλα αυτά δεν υπαναχώρησε από τις θέσεις του, τις οποίες θεωρούσε απλώς ως «την κοινή λογική που υπαγορεύει ότι κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρακολουθεί κάθε ασθενή για αρκετό χρονικό διάστημα, ώστε να προσδιορίζεται αν η αγωγή ήταν επιτυχής ή όχι και μετά να τίθεται το ερώτημα «αν όχι, γιατί όχι;» με σκοπό την αποφυγή παρόμοιας αποτυχίας στο μέλλον.» Ο Godman παρακολουθούσε και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της κλινικής περίθαλψης που παρείχαν οι γιατροί και το νοσοκομείο. Όπως και όσοι ακολουθούν το παρόν μοντέλο διασφάλισης της ποιότητας με ποιοτική εκτίμηση, εξέταζε δείκτες (1) για να προσδιορίσει αν τα προβλήματα σχετίζονταν με τον ασθενή, το σύστημα ή το γιατρό, (2) για να εκτιμήσει τη συχνότητα κάθε προβλήματος και (3) για να αξιολογήσει και να διορθώσει τις μεταβλητές, ώστε να μην επαναλαμβάνονται προβλήματα που μπορούν να προληφθούν.

Κάποιοι εκτός της ιατρικής κοινότητας της Βοστώνης ασπάστηκαν τις ιδέες του Godman. Ο συνάδελφος του Franklin Martin πρότεινε το «σύστημα τελικού αποτελέσματος» του Godman στο νεοσύστατο Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών (American College of Surgeons - ACS), το οποίο αποτέλεσε τη βάση για τα ελάχιστα

νοσοκομειακά πρότυπα που συνέταξε το ACS. Τριάντα οκτώ χρόνια αργότερα, το ACS το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών, η Ένωση Αμερικανικών Νοσοκομείων, η Αμερικανική Ιατρική Ένωση και η Καναδική Ιατρική Ένωση συγχωνεύτηκαν και δημιούργησαν την Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAH), ένα μη κερδοσκοπικό οργανισμό για την αξιολόγηση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης.

W. Edwards Deming

Αντίθετα με τον Godman, η εργασία του W. Edwards Deming δεν ήταν στον τομέα της υγείας (Wolper 2001). Παρ' όλα αυτά, οι διδαχές του επηρέασαν ουσιαστικά την ανάπτυξη ποιοτικών πρακτικών στην υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο Deming, που συχνά αποκαλείται ο θεμελιωτής του κινήματος της ποιότητας, ήταν στατιστικός από τον οποίο ζήτησαν οι Ιάπωνες να τους βοηθήσει να αλλάξουν την εργασιακή διαδικασία στην Ιαπωνία μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο σκοπός τους ήταν να αναπτύξουν ποιοτικά προϊόντα ώστε να μεταστρέψουν την άποψη ότι η Ιαπωνία ήταν προμηθευτής φθηνών και χαμηλής ποιότητας εμπορευμάτων. Ο Deming ανέπτυξε ένα σύστημα διαχείρισης που ενθάρρυνε τη συμμετοχή των εργαζομένων, βασιζόταν στα δεδομένα και στην εκπαίδευση και ανέλυε την απόδοση του συστήματος και τα προβλήματα για να προτείνει αλλαγές. Οι προτάσεις του συνοψίστηκαν στα 14 σημεία, τα οποία χρησιμοποίησε ως τη βάση για τη διδασκαλία και τη φιλοσοφία του. Τα 14 σημεία περιλαμβάνουν οδηγίες όπως:

- ▲ Δημιουργήστε συνεχή εστίαση στη βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας.
- ▲ Βελτιώνετε συνεχώς και εις το διηνεκές το σύστημα παραγωγής και υπηρεσιών.
- ▲ Εξαλείψτε το φόβο.
- ▲ Αντικαταστήστε τη διοίκηση με διαχείριση ανά στόχο.

Ο Deming είχε πλήθος οπαδών των μεθόδων του για ποιοτικό έλεγχο και εργασιακή συμπεριφορά και πολλές από τις μετέπειτα διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας ενσωμάτωναν τη φιλοσοφία του. Όλοι οι ειδικοί σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας αναγνωρίζουν τα οφέλη που προσέφερε η δουλειά του Deming στη διασφάλιση της ποιότητας στην κατασκευαστική βιομηχανία. Παρ' ότι ο Deming πέθανε το 1993, οι υποστηρικτές του ακόμα διδάσκουν τις ιδέες του.

Joseph M. Juran

Ένας άλλος θεμελιωτής του κινήματος της ποιότητας, ο Joseph M. Juran (Wolper 2001) εργάστηκε επίσης στη βιομηχανία παρά στην υγεία. Ο Juran εξέλιξε τον ποιοτικό έλεγχο και τις στατιστικές τεχνικές σε μια πιο ολοκληρωμένη διαδικασία της διαχείρισης ολικής ποιότητας. Όπως και στην περίπτωση του Deming, οι γνώσεις του στην ανάλυση διαδικασιών και δεδομένων (μέσω των σπουδών του ως μηχανικός και δικηγόρος) αποτέλεσαν τα θεμέλια των διαχειριστικών τεχνικών που διεκήρυττε. Ο Juran εργάστηκε επί μακρόν σαν σύμβουλος, διδάσκαλος, συγγραφέας και διευθυντής του Ινστιτούτου Juran μέχρι το 1987. Το 1994, αποσύρθηκε από όλες τις δραστηριότητες εκτός από τη συγγραφή.

Ο Juran έγραψε την πρώτη έκδοση του Quality Control Handbook το 1951 και τώρα, στην τέταρτη έκδοση του, συνεχίζει να αποτελεί εργαλείο για τους διαχειριστές ποιότητας σήμερα. Το επόμενο βιβλίο ορόσημο ήταν το Managerial Breakthrough, που εκδόθηκε το 1964 και αναθεωρήθηκε το 1995. Στα δυο βιβλία παρουσιάζονται πολλές αρχές της διαχείρισης της ποιότητας. Για παράδειγμα, ο Juran ανέπτυξε την αρχή Pareto, σύμφωνα με την οποία «λίγοι ζωτικής σημασίας» είναι υπεύθυνοι για τις περισσότερες (επιλέξτε μία) παραμέτρους του κόστους, τα περισσότερα λάθη, τις περισσότερες ανάγκες των πελατών, τα περισσότερα χαρακτηριστικά των διαδικασιών, κ.λπ. Προσδιορίζοντας αυτούς τους λίγους ζωτικής σημασίας, οι πόροι για ποιοτική βελτίωση μπορούν να κατευθυνθούν εκεί όπου θα έχουν το μεγαλύτερο αποτέλεσμα.

Επίσης, ανέπτυξε την τριλογία του Juran για τον ποιοτικό σχεδιασμό, τον ποιοτικό έλεγχο και την ποιοτική βελτίωση. Ο ποιοτικός σχεδιασμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των πελατών και των αναγκών τους καθώς και την ανταπόκριση του οργανισμού. Ο ποιοτικός έλεγχος είναι μια ατέρμονη ανακύκλωση σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης και τη σύγκριση της με τους στόχους. Η ποιοτική βελτίωση, σύμφωνα με την άποψη του Juran, είναι μια αλληλουχία γεγονότων που περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του προβλήματος, τη διάγνωση των αιτιών, την ανεύρεση διορθωτικών ενεργειών και τις αλλαγές σε λειτουργικό επίπεδο.

Πολλές από τις αρχές που είτε διατυπώθηκαν είτε προωθήθηκαν από το Juran αποτελούν ακόμα και σήμερα μέρος των προσπαθειών των υγειονομικών οργανισμών για βελτίωση της ποιότητας. Τα στατιστικά γραφήματα, τα διαγράμματα αιτίων-και-αποτελεσμάτων, οι κύκλοι ποιότητας, η ανάλυση Pareto, τα γραφήματα ελέγχου και ο σχεδιασμός βήμα-βήμα περιγράφονται όλα στο Quality Control Handbook του Juran και αναφέρονται στα εγχειρίδια που εκδίδει η Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης Υγειονομικών

Οργανισμών (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), ο μεγαλύτερος οργανισμός πιστοποίησης του τομέα της υγείας. Οι μέθοδοι του Juran έχουν προσφέρει καλές υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, εστιάζοντας στις αναλυτικές, έγκυρες και αξιόπιστες μεθόδους εκτίμησης των διαδικασιών.

Avedis Donabedian

Ο Avedis Donabedian (Wolper 2001), καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας σε σχέση με το χώρο της υγείας. Όπως και ο Juran, ο Donabedian εστίασε στη διαχείριση ολικής ποιότητας αλλά η πρωταρχική μέθοδος του ήταν ο διαχωρισμός της ποιότητας της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα. Η δομή, συμφωνά με τον Donabedian, περιλαμβάνει τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους καθώς και την οργάνωση του ιδρύματος. Διαδικασία είναι το σύνολο των ενεργειών του ασθενούς και του γιατρού για τη διασφάλιση της παροχής της περίθαλψης. Αποτέλεσμα είναι η βελτίωση, ή όχι, της υγείας του ασθενούς μετά από την εφαρμογή της αγωγής.

Μία από τις κυριότερες διαφορές στην προσέγγιση του Donabedian οφείλεται στο γεγονός ότι είναι γιατρός. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι διαδικασίες που ανέπτυξε για βελτίωση της ποιότητας να λαμβάνουν υπ' όψιν τη δυσκολία τυποποίησης της περίθαλψης εξ αιτίας των αποκλίσεων όχι μόνο στον πληθυσμό των ασθενών αλλά και σε αυτόν των προμηθευτών της περίθαλψης. Αντίθετα με την κατασκευή γραναζιών και αυτοκινήτου, η παροχή περίθαλψης σε έναν ασθενή έχει εγγενείς αποκλίσεις. Ο Donabedian συνέταξε κριτήρια, ή καλύτερα πρακτικές, ώστε να ελαχιστοποιήσει την επιρροή αυτών των αποκλίσεων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα της περίθαλψης. Αναγνώρισε ότι διαφορετικές κλινικές ενέργειες μπορεί να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα και ότι ο ρόλος του αναλυτή ποιότητας της περίθαλψης είναι να βρίσκει τις πιο αποτελεσματικές, αποδεκτές και νόμιμες διαδικασίες για να επιτυγχάνει το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Παρ' ότι ο Donabedian δε διατύπωσε συγκεκριμένες πρακτικές για να χρησιμοποιηθεί το μοντέλο δομή-διαδικασία-αποτέλεσμα, έγινε πολύ δημοφιλής στο χώρο της υγείας εξ αιτίας των γνώσεων που είχε σχετικά με την παροχή περίθαλψης από υγειονομικούς οργανισμούς.

Donald Berwick

Άλλος ένας ιατρός που έκανε παράλληλη καριέρα στη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι ο Donald Berwick (Wolper 2001). Παιδίατρος και μέλος του διδακτικού προσωπικού της Ιατρικής Σχολής και της Σχολής Δημόσιας Υγείας του

Harvard για αρκετά χρόνια, ο Berwick είναι σήμερα πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος (CEO) του The Institute for Healthcare Improvement. Ήταν επικεφαλής του National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care και σήμερα είναι μέλος της Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in Health Care Industry.

Όπως και ο Donabedian, ο Berwick εστίασε το ενδιαφέρον του στην εφαρμογή γνωστών μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ένα από τα πεδία των ενδιαφερόντων του είναι οι οργανωτικές λύσεις για βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Θεωρεί ότι η αποστολή του The Institute for Healthcare Improvement είναι «να επιταχύνει τη βελτίωση των συστημάτων υγείας». Έχει προτείνει ότι τα ιδρύματα πρέπει να θέτουν σαφείς στόχους, να μετρούν την πρόοδο τους και να χρησιμοποιούν πολλαπλούς πόρους για να ορίζουν τις βέλτιστες πρακτικές.

Καθώς είναι ένας από τους ιδρυτές του National Demonstration Project, ο Berwick έχει συνεργαστεί με αρκετά υγειονομικά ιδρύματα για την πραγματοποίηση διαφόρων πειραμάτων ποιότητας και παρατήρησε ότι οι προσπάθειες για ποιοτική βελτίωση εφαρμόζονται πιο εύκολα στο επιχειρησιακό και οργανωτικό μέρος της περίθαλψης από ό,τι στο κλινικό. Πολλοί διαχειριστές ποιότητας και ιατροί συμμερίζονται αυτή την άποψη. Το ενδιαφέρον του Berwick στην εκτίμηση της ποιότητας εστιάζεται στην ανταπόκριση του ασθενούς/καταναλωτή στις προσπάθειες που κάνει ο υγειονομικός οργανισμός για βελτίωση της ποιότητας, ανταπόκριση που σήμερα είναι το επίκεντρο της εκτίμησης της ποιότητας σε πολλά ιδρύματα.

John Wennberg

Παρ' ότι η δουλειά του John Wennberg (Wolper 2001) δεν είναι τόσο ευρεία και πλήρης όσο αυτή κάποιων από τους προαναφερθέντες, έχει επηρεάσει σημαντικά το κίνημα της ποιότητας. Ο Wennberg ειδικεύεται στην ανάλυση μικρών περιοχών, μια στατιστική μέθοδο προσδιορισμού των τάσεων πρακτικής και χρήσης μέσω της αξιολόγησης των ενεργειών σε μικρές γεωγραφικές περιοχές. Όταν οι πληθυσμοί των ασθενών είναι ελεγχόμενοι ως προς κάποιες μεταβλητές, οι συγκρίσεις των ενεργειών σε μικρές περιοχές μπορούν να αποκαλύψουν διαφορές στη χρήση και στην παροχή που δεν οφείλονται στους ασθενείς. Η υποτιθέμενη αιτία της διαφοράς καθίσταται τότε χαρακτηριστικό του ιατρού ή του νοσοκομείου. Στην πραγματικότητα, πολλοί ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει την ανάλυση μικρών περιοχών για να αποδείξουν ότι ο τρόπος παροχής και το είδος της κλινικής πρακτικής προκαλούν το μεγαλύτερο μέρος των αποκλίσεων στην πρακτική και των διαφορών στη χρήση. Αυτή η θεωρία είναι το θεμέλιο

της χρήσης κλινικών εφαρμογών και κατευθυντηρίων οδηγιών άσκησης της ιατρικής πράξης.

Σε γενικές γραμμές πολλοί άλλοι έχουν συνεισφέρει στο κίνημα της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ο Robert Brook στη RAND Corporation, ο Dennis O' Leary στη Joint Commission, ο Paul Cleary με την εργασία του σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση των ασθενών και εκατοντάδες άλλοι έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση και τη διευκρίνιση της διαδικασίας ποιοτικής βελτίωσης. Το αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών είναι ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας απολαμβάνει σημαντικής λαϊκής και οικονομικής υποστήριξης.

Διεθνείς οργανισμοί και κανονισμοί για την διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

(Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης Υγειονομικών Οργανισμών)

Η Joint Commission είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 1951 με σκοπό την εκτίμηση της συμμόρφωσης με τα πρότυπα που διασφαλίζουν την ποιοτική περίθαλψη των ασθενών. Εξ αιτίας μιας ρύθμισης του νόμου Medicare Act του 1965, τα πιστοποιημένα από την Joint Commission νοσοκομεία δικαιούνται αποζημιώσεων από την ομοσπονδιακή και τις πολιτειακές κυβερνήσεις. Η πιστοποίηση είναι επίσης αναγκαία για τη λήψη αποζημίωσης για Μεταπτυχιακά Προγράμματα Ιατρικής Εκπαίδευσης. Επομένως, η πιστοποίηση είναι απαραίτητη για την οικονομική επιβίωση ενός νοσοκομείου. Τα νοσοκομεία, οι ψυχιατρικές μονάδες, οι οργανισμοί μακροχρόνιας περίθαλψης, τα προγράμματα απεξάρτησης από το οινόπνευμα και τις ναρκωτικές ουσίες, οι παροχείς κατ' οίκον περίθαλψης, τα κέντρα περιπατητικής περίθαλψης και τα εργαστήρια επιθεωρούνται κάθε 3 χρόνια.

Για πολλούς στο χώρο της υγείας, οι λέξεις Joint Commission είναι συνώνυμες της ποιότητας. Στην πραγματικότητα, πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας δεν αντιλαμβάνονται ότι η μέτρηση και η αξιολόγηση της ποιότητας υπάρχει και εκτός της αιγίδας της Joint Commission. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις προσπάθειες που καταβάλλουν πολλά ιδρύματα για να προετοιμαστούν για την επιθεώρηση της Joint Commission. Κάποια ιδρύματα δαπανούν χιλιάδες ή και εκατομμύρια δολάρια για την προετοιμασία

για τις περιοδικές αξιολογήσεις πιστοποίησης, γεγονός που υποδεικνύει έλλειψη κατανόησης του κινήματος της ποιότητας στη βιομηχανία και στην υγεία. Οι εκτιμήσεις της ποιότητας πρέπει να είναι ενσωματωμένες στην καθημερινή νοσοτροπία ενός υγειονομικού οργανισμού· δεν πρέπει να είναι γεγονότα που απαιτούν ειδική εκπαίδευση και επιμόρφωση. Αναγνωρίζοντας αυτό το πρόβλημα, το 1993 η Joint Commission προσέθεσε τυχαίες, απροειδοποίητες επιθεωρήσεις στον τριετή κύκλο πιστοποίησης.

Η Joint Commission έχει επιχειρήσει πολλές φορές να αλλάξει αυτή την αντίληψη της αξιολόγησης της ποιότητας από έκτακτο γεγονός που χρειάζεται προετοιμασία σε συνεχή δραστηριότητα ενός οργανισμού, όμως η ιστορία αλλάζει δύσκολα. Τα πρώτα πρότυπα έθεταν τα ελάχιστα επίπεδα περίθαλψης που έπρεπε να παρέχουν τα νοσοκομεία. Αργότερα, τα πρότυπα αυτά έγιναν στόχοι βέλτιστης ποιότητας, τους οποίους έπρεπε να επιτυγχάνουν τα νοσοκομεία. Για τους προμηθευτές εκείνους που δε συμμορφώνονταν με τα πρότυπα, υπήρχαν ποινές, όπως η κατάσταση συνεχούς παρακολούθησης και η απόσυρση της πιστοποίησης.

Στα τέλη του '80, η Joint Commission ξεκίνησε μια διαφορετική προσπάθεια, με την ανάπτυξη του συστήματος δεικτών μέτρησης. Οι δείκτες εγκαινίασαν την επικέντρωση του ενδιαφέροντος στα αποτελέσματα της κλινικής περίθαλψης παρά στα πρότυπα της δομής των τμημάτων και των διαδικασιών του νοσοκομείου. Όμως, η εξέλιξη είναι αργή. Μόνο μετά το 1998, απαιτούσε η Joint Commission από τα νοσοκομεία να υποβάλουν ενδονοσοκομειακές μετρήσεις αποτελεσμάτων, όπως το ποσοστό θνησιμότητας και μετεγχειρητικών λοιμώξεων. Η υποβολή τέτοιων μετρήσεων έχει δημιουργήσει αντεκλήσεις στο χώρο της υγείας.

Το ORYX, όπως ονομάζεται αυτό το σύστημα μέτρησης των αποτελεσμάτων, απαιτεί την υποβολή, κάθε τρίμηνο, των στοιχείων σε έναν ενδιάμεσο οργανισμό, ο οποίος αποφασίζει πώς θα μετρηθούν τα αποτελέσματα, συλλέγει τα στοιχεία, τα συγκρίνει με αυτά από άλλα ιδρύματα και τα υποβάλλει στη Joint Commission. Τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη μαζική υποβολή στοιχείων, όπως η διαστρωμάτωση των νοσοκομείων, η προσαρμογή ανά σοβαρότητα περιστατικού και οι μη συνεπείς ορισμοί διαφόρων παραμέτρων, είναι επίσης εμφανή και στο ORYX. Για παράδειγμα, η θνησιμότητα μπορεί να οριστεί ως θάνατος μέσα σε 24 ώρες, σε 48 ώρες, σε 72 ώρες, σε 7 ημέρες ή σε 30 ημέρες, ανάλογα με τον ενδιάμεσο οργανισμό. Επειδή οι ορισμοί τίθενται από τον ενδιάμεσο οργανισμό, οι εκτεταμένες συγκρίσεις μεταξύ των υγειονομικών ιδρυμάτων περιλαμβάνουν εγγενή σφάλματα. Παρά τις δυσκολίες, πολλοί ιατροί συμφωνούν με τη χρήση μετρήσεων αποτελεσμάτων για την εκτίμηση της ποιότητας.

Παράλληλα με την κίνηση για μέτρηση των αποτελεσμάτων, υπάρχει και μια μετακίνηση από τη διασφάλιση της ποιότητας στη βελτίωση της απόδοσης. Η πρωταρχική διαφορά σε αυτές τις τεχνικές είναι ότι η μία, η διασφάλιση της ποιότητας, σχετίζεται με την αναδρομική αναθεώρηση των δεικτών συμμόρφωσης με τα πρότυπα, ενώ η άλλη, η βελτίωση της απόδοσης, περιλαμβάνει συνεχή επαναξιολόγηση των διαδικασιών με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας στο μέλλον. Η Joint Commission άρχισε να δίνει έμφαση στη βελτίωση της απόδοσης στις αρχές του '90 και, για να ενισχύσει αυτή την προσπάθεια, άλλαξε τα πρότυπα ώστε να αντικατοπτρίζουν λειτουργικά παρά δομικά προγράμματα.

Όπως προαναφέρθηκε, η Joint Commission επιθεωρεί και πιστοποιεί πολλούς υγειονομικούς οργανισμούς. Η πιστοποίηση των οργανισμών κατ' οίκον περίθαλψης είναι, αυτή τη στιγμή, το μεγαλύτερο σε όγκο πρόγραμμα της Joint Commission και, όπως στα νοσοκομεία, η πιστοποίηση σημαίνει αποζημίωση από το δημόσιο (Medicare). Όμως, υπάρχουν και άλλοι οργανισμοί πιστοποίησης - οι διευθύνσεις υγείας στις διάφορες πολιτείες, τα Clinical Laboratory Improvement Amendments του 1988 (CLIA) και η National Committee on Quality Assurance.

National Committee on Quality Assurance

(Εθνική Επιτροπή Διασφάλισης της Ποιότητας)

Όπως και η Joint Commission, η National Committee on Quality Assurance (NCQA) είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που παρέχει πιστοποίηση αλλά ασχολείται με άλλες ομάδες προμηθευτών περίθαλψης, όπως οι προμηθευτές περίθαλψης στα πλαίσια ασφαλιστηρίων συμβολαίων. Οι επιθεωρήσεις πιστοποίησης ξεκίνησαν το 1991. Παρ' ότι η μέτρηση των δεικτών είναι το πιο γνωστό τμήμα των επιθεωρήσεων, η NCQA εξετάζει επίσης τα προσόντα των ιατρών, τα δικαιώματα και τις ευθύνες τους, τη χρήση και την καταγραφή των ιατρικών αρχείων. Οι πληροφορίες σχετικά με την πιστοποίηση διατίθενται στους εργοδότες για να τους βοηθήσουν στην επιλογή ασφαλιστικών προγραμμάτων νοσηλείας για τους υπαλλήλους τους καθώς και στους καταναλωτές, για να τους βοηθήσουν στην αξιολόγηση των συμβολαίων που ήδη έχουν. Αυτή τη στιγμή, η NCQA αξιολογεί πάνω από 300 ασφαλιστικά προγράμματα νοσηλείας που καλύπτουν περισσότερους από 37 εκατομμύρια ασφαλισμένους.

Όπως και η Joint Commission, η NCQA έχει επικεντρώσει τις προσπάθειες της στη δημιουργία μετρήσεων απόδοσης που θα αντικατοπτρίζουν τα πρότυπα περίθαλψης και τα αποτελέσματα που πρέπει να επιτυγχάνονται. Οι μετρήσεις αυτές εκδίδονται στο Health

Plan Employer Data and Information Set, ή αλλιώς HEDIS. Η έκδοση 3.0, που εκδόθηκε στις αρχές του 1998, περιέχει 71 μετρήσεις απόδοσης που καλύπτουν τομείς όπως η χρήση προληπτικών υπηρεσιών (π.χ. τεστ Παπ για ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, οφθαλμολογικές εξετάσεις σε διαβητικούς), μετρήσεις αποτελεσματικότητας (π.χ. της χρήσης των συνιστώμενων φαρμάκων για μείωση του ποσοστού επιπλοκών σε άτομα που έχουν υποστεί καρδιακή προσβολή, της συχνότητας των συμβουλευτικών επισκέψεων για διακοπή του καπνίσματος), μετρήσεις πρόσβασης (π.χ. ο απαιτούμενος χρόνος για τον προγραμματισμό μιας επίσκεψης σε έναν ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η ικανότητα απόκτησης παραπεμπτικού σε ειδικό) και οργανωτικές πληροφορίες, όπως η οικονομική ευστάθεια του προγράμματος και ο αριθμός ακυρώσεων συμβολαίων.

Παρ' ότι η NCQA καλύπτει περίπου τα τρία τέταρτα των ασφαλισμένων με ασφαλιστήρια συμβόλαια νοσηλείας, τα συμβόλαια αυτά δεν καλύπτουν περισσότερο από το 20 τοις εκατό όλων των ασφαλισμένων σε πολλές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών. Οι προσπάθειες της NCQA, παρ' ότι αξιόλογες, είναι περιορισμένου εύρους.

Health Care Financing Administration

(Διαχείριση της Χρηματοδότησης της Περίθαλψης)

Η Health Care Financing Administration (HCFA) είναι τμήμα του υπουργείου υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών των ΗΠΑ, το οποίο διαχειρίζεται τα προγράμματα των δημόσιων ασφαλιστικών φορέων και ελέγχει όλες τις μη ερευνητικές εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται σε ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες. Όπως προαναφέρθηκε, οι υγειονομικοί οργανισμοί πρέπει να είναι πιστοποιημένοι για να λαμβάνουν αποζημιώσεις από την HCFA. Η HCFA ελέγχει τις χρηματικές αποζημιώσεις για ένα μεγάλο μέρος των ασθενών στις Ηνωμένες Πολιτείες (από 90 έως 100 τοις εκατό των ασθενών σε κάποια νοσοκομεία). Επομένως, η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, η πρόσβαση στην περίθαλψη αυτή και το κόστος της είναι θέματα μεγάλης σημασίας για την HCFA. Οι ομότιμοι οργανισμοί αναθεώρησης, που είναι ομάδες προμηθευτών υπηρεσιών υγείας σε κάθε περιοχή, οι οποίες έχουν συμβληθεί με την HCFA για να παρακολουθούν τη χρήση και την ποιότητα της περίθαλψης, αξιολογούν κάποιες πτυχές της περίθαλψης

National Practitioner Data Bank

(Εθνική Τράπεζα Δεδομένων Ιατρών)

Παρ' ότι η National Practitioner Data Bank (Data Bank) δεν είναι στην πραγματικότητα ρυθμιστικός οργανισμός, ελέγχει τις μετακινήσεις των γιατρών, που έχουν υποπέσει σε σφάλματα, από πολιτεία σε πολιτεία. Αυτό το κεντρικό αρχείο είναι αποτέλεσμα του νόμου National Health Care Quality Improvement Act του 1986. Παρ' ότι ο νόμος επικεντρώνεται στον περιορισμό των ευθυνών για τη διαδικασία διασφάλισης της ποιότητας μέσα στους υγειονομικούς οργανισμούς, ένα δεύτερο τμήμα του νόμου απαιτεί από διάφορους φορείς να αναφέρουν την πλημμελή άσκηση της ιατρικής σε αυτό το κεντρικό αρχείο

Εκτός από τη συλλογή πληροφοριών, η Data Bank παρέχει πληροφορίες στους υγειονομικούς οργανισμούς. Η αναζήτηση πληροφοριών μπορεί να είναι υποχρεωτική ή εθελοντική. Τα νοσοκομεία πρέπει να ανατρέξουν στη Data Bank όταν ένας γιατρός ζητά νέα ή ανανεώνει τα προνόμια του και τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια που ο γιατρός είναι μέλος του προσωπικού. Οι εθελοντικές αναζητήσεις περιλαμβάνουν διαπιστευτήρια από άλλους υγειονομικούς οργανισμούς (π.χ. φορείς κατ' οίκον περίθαλψης), αναζητήσεις από ιατρούς για τους ίδιους, αναζητήσεις από πολιτειακά συμβούλια χορήγησης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος και, σε πολύ λίγες περιπτώσεις, αναζητήσεις από δικηγόρους. Οι ασθενείς και το κοινό δε μπορούν να ζητήσουν πληροφορίες.

Η Data Bank είναι πολύ επιτυχημένη σε μερικά θέματα και λιγότερο σε άλλα. Ως πηγή πληροφοριών για τα νοσοκομεία, είναι πολύ χρήσιμη.

Υπουργεία Υγείας

Κάθε πολιτεία και πολλές κομητείες και δήμοι στις ΗΠΑ έχουν υπουργεία και διευθύνσεις υγείας που ασχολούνται με την παρακολούθηση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης μέσα στα όρια της δικαιοδοσίας τους. Η έκταση των κανονισμών και η εκτίμηση της ποιότητας ποικίλουν υπερβολικά από περιοχή σε περιοχή. Τα περισσότερα υπουργεία υγείας συστάθηκαν ως ορμητήρια πρωτοβουλιών για τη δημόσια υγεία, όπως ο έλεγχος των μολύνσεων (π.χ. φυματίωση), οι εμβολιασμοί κατά προλαμβανόμενων ασθενειών (π.χ. πολιομυελίτιδα, ηπατίτιδα), οι προληπτικές εξετάσεις για τη διάγνωση των ασθενειών στα πρώτα, ιάσιμα στάδια τους (π.χ. διαβήτη, υπέρταση) και η φιλανθρωπική περίθαλψη για τους απόρους. Όμως, σε μερικές πολιτείες και δήμους,

τα υπουργεία και οι διευθύνσεις υγείας επιθεωρούν τα νοσοκομεία ώστε να διασφαλίζεται η συμμόρφωση με τους πολιτειακούς και τους τοπικούς κανονισμούς, οι οποίοι μπορεί να είναι πολύ πιο λεπτομερείς από τους ομοσπονδιακούς. Αλλού, το υπουργείο υγείας ζητά από τους υγειονομικούς οργανισμούς να δημοσιεύουν στοιχεία, ώστε το καταναλωτικό κοινό να μπορεί να συγκρίνει και να εκτιμά τα αποτελέσματα των νοσοκομείων. Το θέμα και το περιεχόμενο αυτών των δημοσιεύσεων ποικίλει ουσιαστικά από πολιτεία σε πολιτεία. Σε πολλές πολιτείες, οι επιθεωρήσεις της Joint Commission έχουν αντικαταστήσει τις πολιτειακές και η πιστοποίηση από τη Joint Commission αρκεί για πολιτειακή πιστοποίηση.

Food and Drug Administration (Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων)

Η δικαιοδοσία της Food and Drug Administration (FDA) περιλαμβάνει την επίβλεψη όλων των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών. Έτσι, βρίσκεται στο επίκεντρο της ποιότητας της περίθαλψης. Η FDA έχει πολύ αυστηρούς κανονισμούς, πιθανόν τους αυστηρότερους του κόσμου, ακόμα και για να φτάσει απλώς ένα προϊόν στη φάση της δοκιμής σε ανθρώπους. Στη συνέχεια, οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να διεξάγουν εκτεταμένες δοκιμές σε ανθρώπους για να εγκριθεί το προϊόν από την (FDA), μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 10 χρόνια. Η (FDA) έχει επίσης τη δικαιοδοσία να ανακαλεί παρτίδες προϊόντων, να ρυθμίζει τις ετικέτες, τη διαφήμιση και τη διανομή πληροφοριών για όλα τα ιατρικά προϊόντα, να αποσύρει προϊόντα από την αγορά αν αποδειχθεί ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις σε κάποιο τμήμα του πληθυσμού (όσο πιο σοβαρή η επίπτωση τόσο πιο μικρό τμήμα πληθυσμού χρειάζεται για να αποφασιστεί η απόσυρση), να εγκρίνει όλες τις ιατρικές συσκευές και να επιβάλει κυρώσεις, ώστε να διασφαλίζεται η συμμόρφωση με όλους τους κανονισμούς. Απαιτεί από τους υγειονομικούς οργανισμούς να αναφέρουν κάθε αρνητική επίπτωση φαρμάκου και όλα τα προβλήματα με τις ιατρικές συσκευές (π.χ. κακή λειτουργία βηματοδοτών).

Occupational Safety and Health Administration (Διεύθυνση Εργασιακής Ασφάλειας και Υγείας)

Παρ' ότι τα νοσοκομεία, συνήθως, θεωρούν την ασφάλεια των ασθενών και των επισκεπτών τους ως μέρος της βελτίωσης της ποιότητας, πολύ πιο σπάνια αντιλαμβάνονται την ασφάλεια των εργαζομένων ως ζήτημα ποιότητας. Η *Occupational Safety and Health*

Administration (OSHA) έχει εκδώσει πολλά φυλλάδια που αναφέρονται στην ασφάλεια των εργαζομένων σε υγειονομικούς οργανισμούς. Οι προφυλάξεις ενάντια στις ασθένειες που μεταδίδονται μέσω του αίματος για όσους εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης και σε οδοντιατρεία είναι συνηθισμένο θέμα στη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης. Η *OSHA* εξέπληξε πολλούς υγειονομικούς οργανισμούς εκδίδοντας τον Οδηγό για Μείωση της Εργασιακής Βίας ενάντια σε Υγειονομικούς και Κοινωνικούς Λειτουργούς, θέμα που επιλέχθηκε γιατί ο αριθμός των περιστατικών εργασιακής βίας σε υγειονομικούς οργανισμούς είναι από τους υψηλότερους σε σχέση με όλους τους τόπους εργασίας που μετρήθηκαν. Η βία προκαλείται από λογομαχίες με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους παρά μεταξύ των εργαζομένων ή μεταξύ των οικογενειών των εργαζομένων.

Η *OSHA* είναι υπεύθυνη για τον κατάλογο ασφαλείας υλικών που απαιτείται από αυτήν και τη Joint Commission να είναι άμεσα διαθέσιμος στους εργαζόμενους του τομέα της υγείας. Ο κατάλογος ασφαλείας υλικών αναγράφει όλες τις τοξικές ουσίες στις οποίες μπορεί να εκτεθεί ένας εργαζόμενος. Στους υγειονομικούς οργανισμούς, ο κατάλογος αυτός, μπορεί να περιλαμβάνει φάρμακα χημειοθεραπείας, βακτηριοκτόνα και διαλυτικά καθαρισμού. Η *OSHA* δεν έχει δικαιοδοσία στην ασφάλεια των ασθενών και των επισκεπτών.

Nuclear Regulatory Commission ***(Ρυθμιστική Επιτροπή Πυρηνικών)***

Η ποιότητα σε έναν υγειονομικό οργανισμό είναι πολύ μικρό τμήμα του ρόλου της Nuclear Regulatory Commission (NRC). Παρ' όλα αυτά, οι υγειονομικοί οργανισμοί που χρησιμοποιούν οποιοδήποτε ραδιενεργό υλικό πρέπει να λογοδοτούν στη NRC (Wolper 2001). Οι διαγνωστικές εξετάσεις συχνά περιλαμβάνουν τη χρήση ραδιενεργών υλικών και τα αρχεία που αναφέρονται στην αγορά, στην αποθήκευση, στη δοσολογία και στην απόρριψη τους πρέπει να είναι διαθέσιμα για επιθεώρηση. Η NRC είναι επίσης υπεύθυνη για τη διασφάλιση ότι οι εργαζόμενοι της υγείας εκτίθενται στην ελάχιστη δυνατή ποσότητα ραδιενέργειας, ότι όλοι οι εργαζόμενοι με ραδιενεργά υλικά φορούν κατάλληλα σήματα και ότι τα σήματα αυτά ελέγχονται μηνιαίως. Είναι ευθύνη του εργοδοτικού οργανισμού να εξασφαλίζει ότι οι εργαζόμενοι δεν εκτίθενται σε επίπεδα ραδιενέργειας που ξεπερνούν το ανώτατο επιτρεπτό από την NRC, να έχει επιτροπή ασφαλούς

ακτινοβολίας, να παρακολουθεί και να ελέγχει την έκθεση των ασθενών και να παρέχει προστασία μολύβδου για όλα τα ευάλωτα μέρη του σώματος.

Διαφαίνεται λοιπόν πόσο σημαντική είναι η διασφάλιση της ποιότητας στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας και πόσο σημαντική κρίνεται η ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Οι οργανισμοί που χρησιμοποιούν τεχνικές Συνεχής Βελτίωσης Ποιότητας πραγματοποιούν συνεχή μελλοντική εκτίμηση των διαδικασιών, συνεχή αξιολόγηση ώστε να προσδιοριστεί το αν οι διαδικασίες έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και ενημέρωση των ατόμων που εμπλέκονται στις διαδικασίες, ώστε να μπορούν να κάνουν τις απαραίτητες βελτιώσεις .

2.2 Ο ορισμός της Ποιότητας στην Υγεία

Ο ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει δυσκολίες που οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Οι ορισμοί που έχουν προταθεί είναι πολλοί και εξαρτώνται σε κάποιο βαθμό από αυτόν που τους εξηγεί.

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο Avedis Donabedian, ο οποίος προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους που επιδρούν καθοριστικά τον ορισμό της. «Ποιότητα είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Μερκούρης 1996).

Στο χώρο της υγείας η επιβίωση είναι κυρίαρχη ανάγκη αυτοϋπαρξης του όποιου συστήματος υγείας, σε σχέση τόσο με τον άμεσο ανταγωνισμό άλλων συστημάτων όσο κυρίως με την υποχρέωση ικανοποίησης του πελάτη – ασθενούς.

Έτσι λοιπόν ορίζεται η παρακάτω έννοια της ποιότητας: «Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η ευαισθησία και η ανταπόκριση στη ζητούμενη μεταχείριση λόγω των συνθηκών που δημιουργεί η κατάσταση της ασθένειας και η ικανοποίηση του ασθενούς σε όλα τα επίπεδα διαδικασιών».

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι η ποιότητα είναι βασισμένη στον ασθενή. Ως γνωστόν, ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει ή να έρθει σε άμεση επαφή με υπεύθυνους της ποιότητας της νοσηλευτικής μονάδος, όπου νοσηλεύεται. Ο ασθενής ζητάει λοιπόν:

- ▲ φροντίδα, για την επαναφορά σε αποδεκτό επίπεδο υγείας,
- ▲ επικοινωνία, πληροφόρηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος του,
- ▲ ένδειξη ενδιαφέροντος για την επίλυση των υφισταμένων προβλημάτων.

Στις τρεις αυτές γενικές κατηγορίες ο ασθενής έχει την ικανότητα να βαθμολογεί υποκειμενικά το επίπεδο της ικανοποίησης που λαμβάνει. Αντίστοιχα, για να υπάρξει ανταπόκριση στις απαιτήσεις του ασθενούς από πλευράς της νοσηλευτικής μονάδας πρέπει να υπάρχει:

- επαρκές και επιστημονικά εκπαιδευμένο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό),
- κατάλληλος εξοπλισμός βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία είναι απαραίτητη για την ειδίκευση της νοσηλευτικής μονάδας,
- κατάλληλος ξενοδοχειακός εξοπλισμός - διατροφής,
- υψηλό επίπεδο καθαριότητας,
- διασφάλιση υψηλού επιπέδου επικοινωνίας.

Αν λοιπόν η ποιότητα αποτελεί σήμερα το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς, για όλα τα αγαθά και υπηρεσίες που μπορεί να διατίθενται στην αγορά, τότε πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει αυτή η ποιότητα στις υπηρεσίες, οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του ανθρώπου, όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας.

2.3 Οι Υπηρεσίες Υγείας

Ο όρος «Υπηρεσίες Υγείας» περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών με τις οποίες παρέχονται ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες (προληπτικές και θεραπευτικές), καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Ο όρος είναι σύνθετος και εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας, όσο και την έννοια της περίθαλψης. Συγκεκριμένα, η περίθαλψη αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα που ήδη έχουν εκδηλώσει συμπτώματα, ενώ η φροντίδα αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού.

Ο όρος αναφέρεται, επίσης και στο σχηματικό διαχωρισμό των υπηρεσιών σε εξωνοσοκομειακές (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) και νοσοκομειακές, που περιλαμβάνουν τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη (Μάντη 2000).

Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ο τομέας εκείνος που έχει προσελκύσει κατεξοχήν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, της πολιτείας, των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ασθενών. Οι λόγοι στους οποίους αποδίδεται το ιδιαίτερο – σε σχέση με άλλους τομείς – ενδιαφέρον για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία είναι οι εξής (Θεοδώρου 1999) :

- Το νοσοκομείο ήταν και παραμένει το κέντρο βάρους κάθε υγειονομικού συστήματος.
- Στα νοσοκομεία προσφεύγουν οι περισσότεροι ασθενείς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους.
- Η ποιότητα στα νοσοκομεία είναι ευκολότερα μετρήσιμη, αφού τα αποτελέσματα (θετικά ή αρνητικά) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι άμεσα και εμφανή.
- Οι δαπάνες που απορροφά η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι πολύ υψηλότερες από ότι σε οποιονδήποτε άλλο τομέα ενός συστήματος υγείας.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί, σήμερα, παγκοσμίως, το μεγαλύτερο τομέα κάθε συστήματος υγείας, ενώ οι δαπάνες που διατίθενται γι' αυτή (δημόσια και ιδιωτική) στις ανεπτυγμένες χώρες, προσεγγίζουν το 60% περίπου των συνολικών δαπανών για την υγεία.

2.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας (Παπανικολάου 2005) και διαμορφώνουν το αποτέλεσμα της ποιοτικής απόδοσης κυρίως της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι:

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Η αντίληψη ότι οι επαγγελματίες υγείας διαμορφώνουν το περιβάλλον ποιότητας στην υγεία έχει αναστραφεί. Ο προσανατολισμός της πολιτικής διαμόρφωσης της ποιότητας στα νοσοκομεία

περιλαμβάνει σήμερα τις ανάγκες και απαιτήσεις του ασθενούς, τη συνέχεια στη φροντίδα του, και τη συναίνεση του. Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζομένων και συμβάλλει στην αναγνώριση των προσπαθειών που καταβάλλονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί βασικό εργαλείο προσδιορισμού της ποιοτικής ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και ένα δείκτη ότι οι διαδικασίες που εφαρμόζονται ανταποκρίνονται στις βασικές προσδοκίες του πολίτη.

Η οργανωτική δομή, η οποία συνδέεται με το νομικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων. Ο τρόπος οργάνωσης της διοίκησης, ο συντονισμός των λειτουργιών, η επάρκεια του προσωπικού, η σύνθεση των επιμέρους λειτουργιών και οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού καθορίζουν το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ακαταλληλότητα του οργανωτικού πλαισίου δημιουργεί δυσμενείς συνθήκες για την ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας στην περίθαλψη.

Η διοίκηση των οργανισμών αποτελεί σημαντικό παράγοντα καθορισμού της ποιότητας, γιατί ο ρόλος της συνδέεται με την αποτελεσματικότητα λειτουργίας του οργανισμού και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι τα πρόσωπα που διοικούν έναν οργανισμό πρέπει να διαθέτουν υψηλές διοικητικές ικανότητες και δεξιότητες και να αναγνωρίζουν την ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ξενοδοχειακή υποδομή και ο σχεδιασμός των χώρων αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει ιδιαίτερα σημαντικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο τρόπος με το οποίο έχουν σχεδιαστεί οι λειτουργικοί χώροι του νοσοκομείου, ο εξοπλισμός και η ξενοδοχειακή υποδομή έχουν σαν αποτέλεσμα:

- Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών του νοσοκομείου να πραγματοποιούνται πιο εύκολα και πιο οργανωτικά.
- Η επικοινωνία των χώρων και των επαγγελματιών μεταξύ τους να γίνεται γρήγορα και με ασφάλεια, γεγονός που βελτιώνει το χρόνο και τον τρόπο απόδοσης.
- Η διακίνηση μέσα στο χώρο να γίνεται με ταχύτητα και ευκολία.
- Να διασφαλίζεται η υγιεινή και η ασφάλεια των ασθενών, του προσωπικού και των εγκαταστάσεων.
- Η σήμανση και η ανάρτηση πινακίδων κατεύθυνσης να διευκολύνουν την κίνηση των ασθενών και των επισκεπτών.

Ο σωστός επομένως σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων των Υπηρεσιών Υγείας και ο επαρκής εξοπλισμός διαμορφώνουν λειτουργικό και ευχάριστο περιβάλλον υποδοχής και περίθαλψης του ασθενούς.

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν χαρακτηριστικό δείκτη διαμόρφωσης της ποιότητας στην περίθαλψη. Οφείλονται σε μικροοργανισμούς, οι οποίοι μεταφέρονται από τους ασθενείς και το προσωπικό και αποτελούν κίνδυνο μόλυνσης των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Οι επιπτώσεις των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι :

Η αύξηση της νοσηρότητας

Η αύξηση του χρόνου νοσηλείας

Η αύξηση της θνησιμότητας

Η αύξηση του κόστους νοσηλείας από την παρατεταμένη νοσηλεία των ασθενών και τη χορήγηση επιπρόσθετων φαρμάκων

Η απομάκρυνση του ασθενούς από το παραγωγικό και οικογενειακό περιβάλλον, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική του κατάσταση.

Η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών αποτελούν σημαντικό παράγοντα καθορισμού της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Η φιλική συμπεριφορά στην υποδοχή, η επάρκεια στην ενημέρωση και πληροφόρηση, η αμεσότητα στην εξυπηρέτηση και η αξιοπιστία στις διαδικασίες καθοδήγησης των ασθενών δημιουργούν συνθήκες ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

Η καθαριότητα και ο έλεγχος τροφίμων αποτελούν παράγοντες υγιεινής και αισθητικής αγωγής, οι οποίοι καθορίζουν αντίστοιχα την ποιοτική ξενοδοχειακή εξυπηρέτηση του ασθενούς.

Η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών σε συνθήκες οργανωτικού και λειτουργικού περιβάλλοντος συμβάλλει στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η λειτουργία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών με βασικό στόχο την εξυπηρέτηση του ασθενούς και την κάλυψη της ζήτησης κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας, έχει αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας και της αξιοπιστίας των υπηρεσιών επείγουσας περίθαλψης.

Η διαθεσιμότητα των κλινών αποτελεί ποιοτικό παράγοντα περίθαλψης, γιατί εξασφαλίζει στον ασθενή αξιοπρεπή διαμονή και νοσηλεία και συμβάλλει στην αποσυμφόρηση χώρων και ενεργειών.

Συνοπτικά, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εκτιμάται με βάση την ετοιμότητα της παροχής τους, την καταλληλότητα και αξιοπιστία τους, τη δυνατότητα πρόσβασης σε

αυτές, τη φιλικότητα στην παροχή τους και την επαρκή υποστήριξη του ασθενούς. Καθοριστικοί παράγοντες είναι : η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, η δημόσια αναγνώριση (φήμη) της μονάδας και των εργαζομένων της (γιατρών), η μειωμένη γραφειοκρατία, η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας, η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, η ξενοδοχειακή υποδομή και το πολιτισμένο περιβάλλον (Σιγάλας 1999, Μάντη 2000).

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, επισημαίνει 10 καθοριστικούς παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας : καταλληλότητα (appropriateness), συνέχεια (continuity), διαθεσιμότητα (availability), αποτελεσματικότητα (effectiveness), δραστηκότητα (efficacy), αποδοτικότητα (efficiency), ασφάλεια (safety), σεβασμός (respect), φροντίδα (caring), και επικαιρότητα (timeliness), (JCAHO 2000).

2.5 Μέτρηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Αν δεχτούμε ότι ποιότητα φροντίδας είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση της ποιότητας. Στην πρακτική όμως η μέτρηση της ποιότητας δεν επικεντρώνεται στην ίδια τη φροντίδα αλλά στα επιμέρους στοιχεία που τη διαμορφώνουν. Η μέτρηση προϋποθέτει ένα μοντέλο που θα μας χρησιμεύσει για :

- Προσδιορισμό των στοιχείων, τα οποία διαμορφώνουν το επίπεδο της ποιότητας,
- Δεδομένα, πρότυπα και κριτήρια στα οποία θα βασιστούν οι μετρήσεις,
- Εργαλεία και τεχνικές μέτρησης.

Σύμφωνα με τον Palmer (1991), μέτρηση είναι : «Η απόδοση μίας ποσότητας σε μία ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια». Η αξία της μέτρησης έγκειται στο ότι επιτρέπει παρατηρήσεις μεταξύ φαινομένων τα οποία επιδρούν στα γεγονότα από διαφορετικό τόπο και σε διάφορες χρονικές περιόδους. Η ποιότητα της φροντίδας μετριέται μέσω της σύγκρισης στοιχείων το οποία αφορούν ασθενείς και τις φροντίδες τις οποίες έλαβαν, προς συγκεκριμένα πρότυπα. Εάν αυτή η μέτρηση παρουσιάσει προβλήματα τότε χρειάζεται τις αναγκαίες επεμβάσεις για τη βελτίωση και μια νέα μέτρηση θα μας επιτρέψει να διαπιστώσουμε την επιτυχία ή όχι αυτής της επέμβασης. Έτσι λοιπόν η μέτρηση προϋποθέτει :

- Δεδομένα (data)
- Πρότυπα (standards)
- Κριτήρια (criteria)

Πρότυπο είναι ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από ένα κανόνα ή κριτήριο. Κριτήρια είναι προκαθορισμένα στοιχεία, συστατικά της ποιότητας προς τα οποία μπορούμε να συγκρίνουμε διάφορες όψεις της ποιότητας μίας ιατρικής υπηρεσίας.

Οι τεχνικές και τα εργαλεία μέτρησης :

Μετρήσεις υποδομής : Η μέτρηση υποδομής αξιολογεί το προϊόν μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που υπεισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία.

Μετρήσεις διαδικασίας : Η βελτίωση της ποιότητας προϋποθέτει την επανεκτίμηση της τρέχουσας διαδικασίας έτσι ώστε να μην παραβλεφθεί κανένας παράγοντας που σχετίζεται με τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Η σημασία της μέτρησης της διαδικασίας είναι ακόμη μεγαλύτερη διότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο προσέγγισης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους γιατρούς.

Μετρήσεις έκβασης : Αφού στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, η μέτρηση της έκβασης αποτελεί τον καλύτερο δείκτη μέτρησης της ποιότητας.

2.6 Δείκτες ποιότητας φροντίδας υγείας

Σήμερα καταβάλλεται προσπάθεια τεκμηρίωσης της όλης νοσοκομειακής λειτουργίας σε οικονομοτεχνική βάση, είτε επειδή τα όποια εικονιζόμενα στοιχεία είναι προσεγγίσιμα στα στελέχη της, είτε επειδή απεικονίζουν και το τελικό αποτέλεσμα που επιδιώκεται, π.χ. μείωση του κόστους, με δεδομένη την ύπαρξη περιορισμένων πηγών.

Έτσι χρησιμοποιούμε απολογιστικά κυρίως οικονομικά στοιχεία και γενικά δείκτες απεικόνισης της λειτουργικότητας της μονάδας, π.χ. μέση διάρκεια νοσηλείας, πληρότητα κ.ά. Η διαδικασία λήψεως αποφάσεων στηρίζεται σε δείκτες (Κυριόπουλος 2003) όπως, κόστος ανά ασθενή, κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, κόστος φαρμάκων ανά ασθενή και ακόμα σε χρηματοοικονομικούς δείκτες παγιοποίησης, ρευστότητας κ.ά. Είναι βέβαιο όμως ότι η όποια βελτίωση των εν λόγω δεικτών απαιτεί και ευρύτερη μελέτη των

δεδομένων που τη συνθέτουν στη βάση τους, δηλαδή στο σημείο εκείνο της παραγωγικής διαδικασίας που δημιουργείται όπως ακριβώς και στον υπόλοιπο παραγωγικό χώρο.

Με δεδομένη την επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη ότι δείκτες υπάρχουν τόσοι όσοι θα ήθελε κάποιος να έχει και για να έχουμε πληρέστερη εικόνα της νοσοκομειακής μονάδας, οι δείκτες θα πρέπει να αναπτύσσονται σε ορισμένο πλαίσιο:

- ~ Να σχετίζονται με τη νοσοκομειακή μονάδα συνολικά
- ~ Να σχετίζονται με τη διαχείριση ενός κλινικού τμήματος ειδικότερα
- ~ Να σχετίζονται με τον ασθενή
- ~ Να εξαρτώνται από το γιατρό - χρήστη
- ~ Να εξαρτώνται από το νοσηλευτή - χρήστη
- ~ Να εξαρτώνται από το διοικητικό - χρήστη

Προκείμενου λοιπόν να μετρήσουμε το βαθμό λειτουργικότητας ή δυσλειτουργικότητας μίας νοσοκομειακής μονάδας, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ως κεντρική ιδέα την οργανωτική δομή της και να προτείνουμε τις παρακάτω ομάδες δεικτών :

Δείκτης υπερκάλυψης κλινών : Μέσος αριθμός νοσηλείας σε κλίνη εκτός θαλάμου. Όσο ο δείκτης αυξάνει, η γενική εικόνα ποιότητας της νοσοκομειακής μονάδας, γίνεται αρνητικότερη.

Δείκτης μη καταλληλότητας : Μέσος όρος νοσηλείας ασθενούς σε ιατρικό τμήμα στο οποίο δεν ανήκει, όπως π.χ. παθολογικός ασθενής σε χειρουργικό τμήμα, λόγω υπερκάλυψης των παθολογικών κλινών.

Δείκτης αποδοτικότητας νοσηλευτικής μονάδας : Μέσος όρος πραγματοποίησης ιατρικών οδηγιών (π.χ. αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων) από το χρονικό σημείο που ζητούνται από τον ιατρό.

Δείκτης προσβασιμότητας : Πόσο καλά ένα νοσοκομείο μπορεί να ανταποκριθεί στη ζήτηση και φυσικά εάν οι πηγές κόστους είναι επαρκείς και αν οι δραστηριότητες του νοσοκομείου κατανέμονται ορθολογικά .

Δείκτης εξιτηρίων : Κατανομή διαγνώσεων μέσω εξιτηρίων πορισμάτων. Π.χ. κατά πόσο τοις εκατό οι ασθενείς ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου είναι πράγματι καρκινοπαθείς σε σχέση με την αρχική διάγνωση - εισαγωγή τους.

Δείκτης καθορισμού εισαγωγής : Σε ποιο βαθμό πραγματοποιείται από το τμήμα ο προκαθορισμένος χρόνος εισαγωγής.

Δείκτης κατάλληλης παραμονής : Εάν ο μέσος ορός παραμονής ενός ασθενούς στο νοσοκομείο ανταποκρίνεται στον αντίστοιχο επιστημονικά αποδεκτό για το συγκεκριμένο νόσημα.

Δείκτης μέσης διάρκειας νοσηλείας

Δείκτης ιατρικών δραστηριοτήτων : ο μέσος χρόνος που παρεμβάλλεται από την εισαγωγή του ασθενούς μέχρι την ιατρική παρέμβαση.

Δείκτης ροής ασθενών: Αναφέρεται στη μεταφορά των ασθενών μεταξύ των τμημάτων κατόπιν ιατρικής εντολής.

Δείκτης ποιότητας κλινικού φακέλου (δείκτης πληρότητας, δείκτης διαδικασίας αποφάσεων, δείκτης εξιτηρίου).

Δείκτης ιατρικής αποδοτικότητας : Αφορά τους κανόνες και τις ιατρικές προτεραιότητες και την κλινική σοβαρότητα της ιατρικής πράξης.

Η αναλυτική προσέγγιση των δεικτών τεκμηριώνει:

-Την ύπαρξη τριών βασικών παραγόντων που τους συνθέτουν: την ιατρική-νοσηλευτική διεργασία, την διοικητική διεργασία και την τεχνολογία.

-Τη δυνατότητα ανάπτυξης διοικητικών διαδικασιών λειτουργικότητας.

-Ότι η αποσπασματική όμως ικανοποίηση των εν λόγω δεικτών είναι σίγουρο ότι δεν ικανοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους, διότι η ικανοποίηση του ενός θα μπορούσε να είναι εις βάρος του άλλου και αυτό είναι δύσκολο.

Βέβαια, σύμφωνα με την παραπάνω οπτική θεώρηση και παρατηρώντας τους δείκτες, προσεγγίζουμε την έννοια των κριτηρίων πάνω στα οποία θα μπορούσαν να αναπτυχθούν αποτελεσματικά πρότυπα.

2.7 Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας

Κτιριολογική και ξενοδοχειακή αναβάθμιση των νοσοκομείων : αντικατάσταση πεπαλαιωμένου εξοπλισμού, ευπρεπισμός εξωτερικών και εσωτερικών χώρων, βελτίωση των θαλάμων νοσηλείας και της διατροφής, απαγόρευση αυθαίρετων και απρογραμματίστων επεμβάσεων στις κτιριακές εγκαταστάσεις.

Ανακατανομή κλινών μεταξύ τμημάτων και δημιουργία μονάδων για τις οποίες υπάρχει έλλειψη (Μ.Ε.Θ., Μ.Α.Φ., φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης).

Επέκταση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων (απογευματινά ιατρεία), ώστε να μειωθούν οι λίστες αναμονής και να αξιοποιηθεί αποδοτικότερα το προσωπικό και ο εξοπλισμός.

Ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, όπως τα «νοσοκομεία ημέρας» (one day clinics), οι μονάδες βραχείας νοσηλείας (short stay units), τα «νοσοκομεία του Σαββατοκύριακου» (weekends clinics), κ.α.

Πλήρης αυτονόμηση των Τ.Ε.Π., στελέχωση τους με εξειδικευμένο προσωπικό και εργαστηριακή υποστήριξή τους.

Βελτίωση της γενικής εφημερίας, με τη συμμετοχή ακόμα περισσότερων νοσοκομείων καθημερινά (Τούντας 2002).

Συγκρότηση νέων τμημάτων στα νοσοκομεία (π.χ. ξενοδοχειακής υποδομής, εκπαίδευσης, ποιοτικού ελέγχου), με ταυτόχρονη θεσμική, διοικητική και οικονομική αναδιοργάνωσή τους (π.χ. σφαιρικοί προϋπολογισμοί, σύγχρονο οργανόγραμμα, καθηκοντολόγιο, περιγραφή θέσεων εργασίας, αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας εργασίας (Δικαίος 1999). Από πολλούς μελετητές προτείνεται και η μεταβολή της νομικής μορφής των δημόσιων νοσοκομείων από Ν.Π.Δ.Δ. σε Ν.Π.Ι.Δ. ή σε ανώνυμες εταιρείες υπό κρατική ιδιοκτησία.

Ανάπτυξη πιλοτικών προγραμμάτων «Διοίκησης Ολικής Ποιότητας» στα δημόσια νοσοκομεία, βασιζόμενα στα βραβεία ποιότητας (Κωσταγιόλας 2004).

Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων : στελέχωση των υπηρεσιών, κάλυψη κενών – ιδιαίτερα σε νοσηλευτικό προσωπικό – συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού και αξιολόγησή του. Ενίσχυση των λειτουργιών «Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού» στον τομέα της υγείας και υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συμπεριφοράς και ποιότητας (Πολύζος 2000).

Εφαρμογή ολοκληρωμένων πληροφοριακών προγραμμάτων στο νοσοκομείο, όπως το ηλεκτρονικό εισιτήριο – εξιτήριο και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και εφαρμογή στατιστικών μεθόδων και τεχνικών ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας. Καθιέρωση και χρήση αξιόπιστων δεδομένων για την ανάλυση και αξιολόγηση της ποιότητας (π.χ. ποσοστά θνησιμότητας και επανεισαγωγών, διάρκεια νοσηλείας, αριθμός νοσοκομειακών λοιμώξεων, μέσος χρόνος αναμονής για εξετάσεις, πληρότητα κλινικών κ.α.).

Ανάπτυξη ολοκληρωμένου συστήματος διαχείρισης των ασθενών και επισκεπτών του νοσοκομείου : λειτουργία γραφείων υποδοχής και επικοινωνίας, ηλεκτρονική διεύθυνση στο internet, ενημέρωση ασθενών και συγγενών σε συγκεκριμένους χώρους και χρόνους, τήρηση επισκεπτηρίου, αυστηρή απαγόρευση του καπνίσματος, σαφή πληροφοριακά

έντυπα για τις διαθέσιμες υπηρεσίες (ακόμα και ξενόγλωσσα, επαρκής σηματοδότηση, εύκολες και απλές διαδικασίες για την υποδοχή αιτημάτων – συστάσεων για τη βελτίωση των υπηρεσιών ή και παραπόνων (π.χ. ερωτηματολόγια για την ικανοποίηση των ασθενών – επισκεπτών).

Εφαρμογή ορθής πολιτικής όσον αφορά τη χρήση των αντιβιοτικών στο νοσοκομείο, θέσπιση και αυστηρή τήρηση κανόνων υγιεινής στο προσωπικό και στους ασθενείς και εφαρμογή προγραμμάτων υγιεινής και ασφάλειας για τους εργαζόμενους.

3. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στις Η.Π.Α.

Η δεκαετία του 1990 ήταν μια περίοδος αναταράξεων για το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (Wolper 2001). Οι κυβερνητικές προτάσεις μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας της χώρας συναντούσαν αντιστάσεις, η χρηματοδοτική και οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας διαφοροποιήθηκε λόγω αλλαγών σε κάποιους μηχανισμούς λειτουργίας της αγοράς. Η κατευθυνόμενη φροντίδα, με την έμφαση που δόθηκε στις διαδικασίες προοπτικής χρηματοδότησης, έχει αντικαταστήσει το σύστημα της πληρωμής κατά πράξη, και η ανάπτυξη ολοκληρωμένων-οργανωμένων-δικτύων και συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας θέτει υπό αμφισβήτηση την κατάτμηση, στο επίπεδο της αγοράς, των υπηρεσιών υγείας οι οποίες προσφέρονται από τον ιατρό, το νοσοκομείο και άλλους φορείς.

Αυτές οι αλλαγές στο χώρο της αγοράς φέρνουν στην επιφάνεια προβληματισμούς αναφορικά με το υψηλό ποσοστό του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος (ΑΕΠ) - 13,6% - που αντιστοιχεί στον τομέα της υγείας και τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού, των μικρών επιχειρήσεων και του νομοθετικού σώματος απέναντι στο κόστος υγείας και τα απορρέοντα οφέλη. Όμως, αυτές οι μεταρρυθμίσεις δεν έχουν ελαττώσει τη διαρκή ανησυχία σχετικά με τον αυξανόμενο αριθμό - υπολογίζεται γύρω στα 35 με 60 εκατομμύρια - ανασφάλιστων Αμερικανών. Οι αμφιβολίες που αφορούν το κόστος και τη δυνατότητα χρηματικής πρόσβασης αντικατοπτρίζουν τάσεις που είναι γερά θεμελιωμένες,

οι οποίες έχουν επισημανθεί και αναλυθεί από Αμερικανούς και διεθνείς ερευνητές και πολιτικούς αναλυτές τα τελευταία 20 χρόνια.

Ο περιορισμός στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, ο οποίος παρατηρήθηκε στην Αμερική από το 1993 έως το 1996, ήταν καθαρά αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων στα πλαίσια των μηχανισμών λειτουργίας της αγοράς. Αυτός ο περιορισμός του κόστους βασίζεται, μερικώς, στη σχετικά ταχεία υιοθέτηση των αρχών της κατευθυνόμενης φροντίδας από μέρους των εργοδοτών, ειδικά όσων ήταν μικρού βεληνεκούς, μεταξύ του 1988 και του 1996. Το 1996, στις ΗΠΑ, το 71% των μικρών επιχειρήσεων και το 75% των μεγάλων προσέφεραν κάποιο ασφαλιστικό πρόγραμμα κατευθυνόμενης φροντίδας. Δύο εμφανή μειονεκτήματα αυτής της τάσης, για την πλευρά των εργαζομένων, είναι ο περιορισμός της δυνατότητας επιλογής, σε σχέση με τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας, καθώς και η αύξηση της συμμετοχής τους στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

Λιγότερο εμφανές είναι το γεγονός ότι αρκετοί εργοδότες, ιδίως οι μικρές επιχειρήσεις, όπως, επίσης, και οι μεγαλύτερες, που δραστηριοποιούνται στον τομέα των υπηρεσιών, μειώνουν τις παροχές υγείας προς τους μερικώς απασχολούμενους, ενώ αυξάνουν την εξάρτησή τους από αυτούς. Αυτή η τάση, σε συνδυασμό με την υιοθέτηση της κατευθυνόμενης φροντίδας από τις επιχειρήσεις, σηματοδοτεί μια αλλαγή στον τρόπο κατά τον οποίο απορροφάται το κόστος των ανασφαλιστών. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του '80, οι αγοραστές υπηρεσιών ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επιδοτούσαν το έμμεσο και μεγάλο τμήμα του αμέσου κόστους των ανασφαλιστών, καταβάλλοντος υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με εκείνους που ήταν ασφαλισμένοι, μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων όπως το Medicare και το Medicaid.

Αντιθέτως, προς το τέλος της δεκαετίας του 1980 και καθ' όλη τη διάρκεια του 1990, οι συμφωνίες κατευθυνόμενης φροντίδας, στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα, έχουν μεταβάλει αυτή τη μετακύλιση κόστους, με αποτέλεσμα τα κυβερνητικά προγράμματα, ιδιαίτερα το Medicaid, να καλύπτουν τώρα σε μεγαλύτερο ποσοστό το κόστος των ανασφαλιστών.

Κρατικοί νομοθέτες σε ολόκληρη την επικράτεια των Η.Π.Α. έχουν ανταποκριθεί στα προβλήματα που προκαλούνται λόγω της κατευθυνόμενης φροντίδας, μέσα από τη θεσμοθέτηση διαφόρων ρυθμίσεων αντι-κατευθυνόμενης φροντίδας υγείας. Οι εν λόγω νομοθέτες έχουν συμφωνήσει στην ανάληψη πρωτοβουλιών, προκειμένου να συγκρατηθούν οι πραγματικές ή αντιληπτές ανεπάρκειες της κατευθυνόμενης φροντίδας, οι οποίες αφορούν τρεις εκτεταμένους τομείς προβληματισμού: (1) πρόσβαση στην κατάλληλη φροντίδα, (2) δυνατότητα πληροφόρησης, και (3) ελευθερία επιλογής. Η εν λόγω

τάση για κρατικές, κυβερνητικές ρυθμίσεις αντικατοπτρίζει, επίσης, μια μετατόπιση των αξιών οι οποίες αποτελούν το όραμα ενός αναμορφωμένου συστήματος υγείας στις Η.Π.Α. Τα περισσότερα ηθικά και πολιτικά επιχειρήματα, προκειμένου να προχωρήσει η αναμόρφωση του συστήματος υγείας των Η.Π.Α., διαπνέονται από τις αρχές της ισότητας στην πρόσβαση και της κάλυψης των αναγκών ιατρικής φροντίδας με όρους κόστους και αποτελεσματικότητας.

Λόγω των ανεπαρκειών του συστήματος υγείας των Η.Π.Α., από τις αρχές της δεκαετίας του '90, οι ερευνητές εξετάζουν τα συστήματα υγείας του Καναδά και της Δυτικής Ευρώπης, προκειμένου να ανακαλύψουν νέους τρόπους παροχής υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας στα νοσοκομεία, στα εξωτερικά ιατρεία και σε άλλους τομείς παροχής υπηρεσιών περιπατητικής φροντίδας. Αυτές οι βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, όπως οι Η.Π.Α., έχουν αναδιαμορφώσει, κατά καιρούς, τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας που εφαρμόζουν. Τα θέματα κλειδιά που προσδιορίζουν αυτές τις αλλαγές είναι η πρόσβαση, το κόστος και η ποιότητα. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1-1, αυτά τα εθνικά συστήματα υγείας μπορούν να χαρακτηρισθούν και να αξιολογηθούν ανάλογα με το ποιος είναι ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας, πόσα χρήματα μπορεί να διαθέσει και για ποιο αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Κάθε σύστημα υπηρεσιών υγείας βρίσκεται αντιμέτωπο με την ανάγκη εξισορρόπησης των προαναφερθεισών παραμέτρων. Για παράδειγμα, η έμφαση στον περιορισμό του κόστους επηρεάζει τη δυνατότητα πρόσβασης του ασθενή καθώς και την ποιότητα παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Τρεις παράγοντες υπογραμμίζουν την ανάγκη εξισορρόπησης μεταξύ των εν λόγω παραμέτρων : η οργάνωση, η χρηματοδότηση και το αποτέλεσμα της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 1-1: Επιλεγμένα Δυτικοευρωπαϊκά και Βορειοαμερικανικά Συστήματα Υπηρεσιών Υγείας : Πρόσβαση, Κόστος και Ποιότητα το 1996

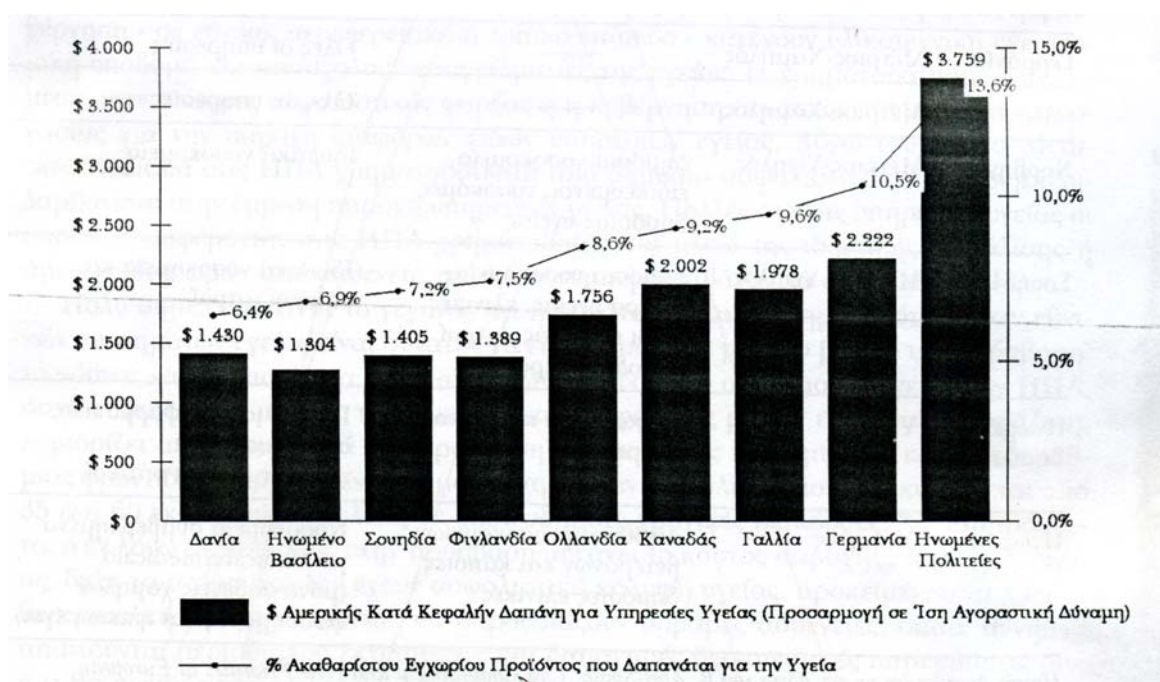
	Βαθμός Πρόσβασης και Είδος Κάλυψης	Κόστος ως % του ΑΕΠ	Ποιότητα	
			Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη Γέννηση	
			ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Καναδάς	Καθολική πρόσβαση μέσω κεντρικού συστήματος ενός πληρωτή	9,2%	75,3 έτη	81,3 έτη
Δανία	Καθολικά δικαιώματα μέσω αποκεντρωτικού συστήματος ενός πληρωτή	6,4 %	72,5 έτη	77,8 έτη
Φινλανδία	Καθολικά δικαιώματα μέσω αποκεντρωτικού συστήματος ενός πληρωτή	7,5 %	72,8 έτη	80,2 έτη
Γερμανία	Καθολική πρόσβαση στα πλαίσια ενός συστήματος δύο επιπέδων: υποχρεωτική ασφάλιση (90%) και ιδιωτική ασφάλιση	10,5 %	73,0 έτη	79,5 έτη
Ολλανδία	Καθολική πρόσβαση στα πλαίσια ενός συστήματος δύο επιπέδων: υποχρεωτική ασφάλιση (60%) και ιδιωτική ασφάλιση	8,6 %	74,6 έτη	80,4 έτη
Νορβηγία	Καθολικά δικαιώματα μέσω αποκεντρωτικού συστήματος ενός πληρωτή με ελάχιστη πληρωμή κατά πράξη	7,9 %	74,8 έτη	80,8 έτη
Σουηδία	Καθολικά δικαιώματα μέσω αποκεντρωτικού συστήματος ενός πληρωτή, με δυνατότητα ιδιωτικής ασφάλισης	7,2 %	76,2 έτη	81,5 έτη
Ηνωμένο	Καθολικά δικαιώματα στα πλαίσια	6,9 %	74,3 έτη	79,7 έτη

Βασίλειο	ενός συστήματος δύο επιπέδων: Εθνικό Σύστημα Υγείας (HNS) και ιδιωτική ασφάλιση			
	Ποικιλία πρόσβασης στα πλαίσια			
Ηνωμένες Πολιτείες	ενός συστήματος πολλαπλών πληρωτών ιδιωτικής ασφάλισης (70%) και Medicare / Medicaid	13,6 %	72,5 έτη	79,2 έτη
		8,6% M.O. % του ΑΕΠ	74,0 M.O. Προσδόκιμου Επιβίωσης	80,0

Αποτελέσματα που αφορούν ποικίλα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας

Μεταξύ των διαφόρων εθνικών συστημάτων υγείας, υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση σε όρους κλινικών αποτελεσμάτων και χρημάτων που δαπανώνται στον τομέα της υγείας (Wolper 2001). Το Σχήμα 1 παρουσιάζει το επίπεδο του ΑΕΠ και το χρηματικό ποσό, ανά κάτοικο, το οποίο δαπανάται για την υγεία από τις Η.Π.Α., τον Καναδά και επτά Ευρωπαϊκά κράτη κατά τη διάρκεια του 1996.

Σχήμα 1

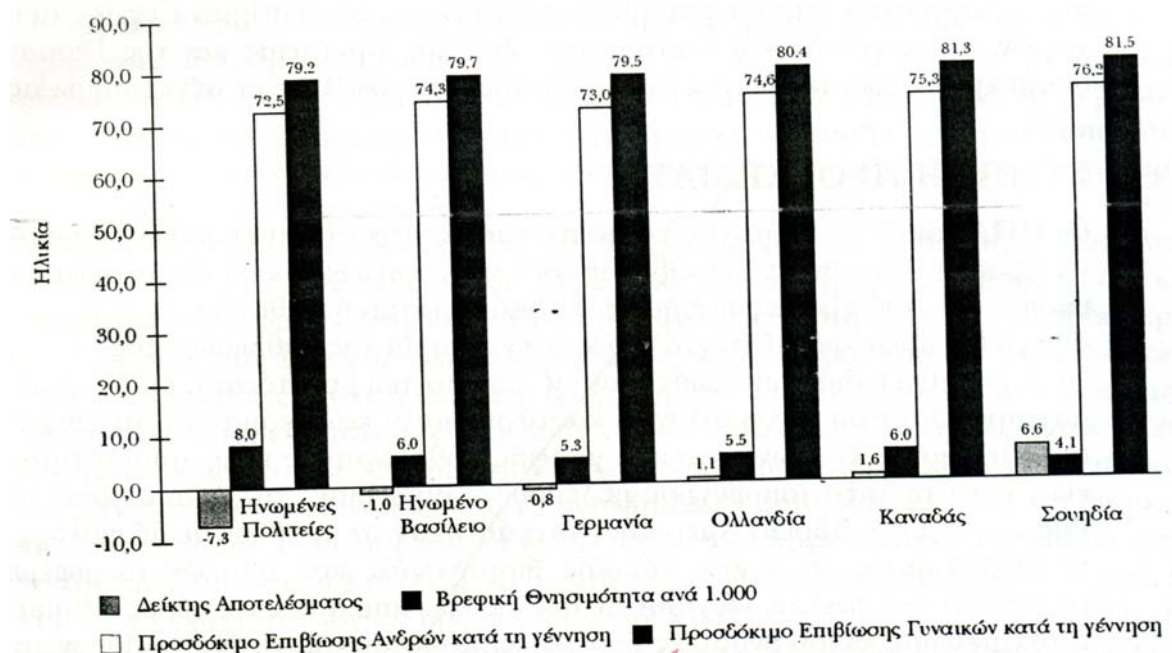


Όπως φαίνεται, οι Η.Π.Α. δαπανούν πολύ περισσότερα για την υγεία από οποιοδήποτε άλλο κράτος. Πραγματικά, οι Schieber, Poullier, και Greenwald παρατήρησαν ότι ακόμα και όταν υπολογίζεται η επίδραση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις δαπάνες υγείας (π.χ. τα πλούσια κράτη συνήθως δαπανούν περισσότερα για την υγεία σε σχέση με τα φτωχά κράτη), οι ΗΠΑ δαπανούν πολύ περισσότερα από άλλα κράτη με συγκρίσιμα οικονομικά μεγέθη.

Παρά το γεγονός ότι το ολικό κόστος για την υγεία στις Η.Π.Α. και άλλες βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί το επίκεντρο πολλών μεταρρυθμιστικών προσπαθειών εδώ και στο εξωτερικό, στις Η.Π.Α. δίνεται μεγάλη σημασία στην αποκόμιση μεγαλύτερης ωφέλειας αναλογικά με τα ποσά που δαπανώνται.

Παρά το γεγονός ότι το ιδανικό θα ήταν να συγκρίνονται εθνικά συστήματα υγείας στη βάση κλινικών αποτελεσμάτων και ποιότητας ζωής και να χρησιμοποιείται κάποια μορφή ανάλυσης κόστους-οφέλους για την κατάταξη των συστημάτων βάσει αυτών των αποτελεσμάτων, εθνικά δεδομένα για τέτοιες συγκρίσεις δεν υφίστανται. Όμως, μη εξειδικευμένες δημογραφικές στατιστικές επιτρέπουν κάποια περιορισμένα συμπεράσματα αναφορικά με τα αποτελέσματα διαφόρων συστημάτων υγείας. Το Σχήμα 2 παρουσιάζει τις επιδόσεις των Η.Π.Α. σε τρεις, ευρέως γνωστούς, δείκτες υγειονομικού αποτελέσματος - παιδική θνησιμότητα, προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών και γυναικών - σε σύγκριση με πέντε άλλες βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες.

Σχήμα 2



Οι Η.Π.Α. έχουν το υψηλότερο ποσοστό παιδικής θνησιμότητας ανά 1.000 γεννήσεις (8,0 σε σύγκριση με το χαμηλό 4,1 στη Σουηδία), είναι τελευταίες στο προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών κατά τη στιγμή της γέννησης (72,5 έτη σε σύγκριση με 76,2 στη Σουηδία) και κατατάσσονται τελευταίες στο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών κατά τη στιγμή της γέννησης (79,2 έτη σε σύγκριση με 81,5 στη Σουηδία).

Ο δείκτης αποτελέσματος στο Σχήμα 2 είναι ένα σταθμισμένο άθροισμα των τυποποιημένων αποδόσεων των τριών δεικτών που συζητήθηκαν προηγουμένως. Όντας αντικείμενο επιστημονικής συζήτησης, η στάθμιση της σημασίας καθενός από τα τρία αποτελέσματα είναι δύσκολο να στοιχειοθετηθεί σε μια προγνωστική βάση, αλλά θέτοντας μια στάθμιση 2,5 στην παιδική θνησιμότητα και 1,0 στο προσδόκιμο επιβίωσης αντικατοπτρίζεται η γενική άποψη διαφόρων ειδικών, όπως της Starfield. Ειδικότερα, ο αλγόριθμος για το δείκτη αποτελέσματος αθροίζει τις σταθμισμένες, τυποποιημένες αποδόσεις του προσδόκιμου επιβίωσης και στη συνέχεια αφαιρεί από αυτό το υποσύνολο τη σταθμισμένη, τυποποιημένη απόδοση της παιδικής θνησιμότητας. Με βάση αυτό το δείκτη, οι Η.Π.Α. κατατάσσονται τελευταίες. Είναι προφανές ότι οι Η.Π.Α. θα έπρεπε να είναι σε θέση να αποκομίζουν πολύ μεγαλύτερα οφέλη για τα ποσά που δαπανούν για την υγεία. Δεδομένου ότι χώρες όπως η Σουηδία και ο Καναδάς κατατάσσονται στην πρώτη και δεύτερη θέση αντιστοίχως βάσει του δείκτη αποτελέσματος, (δαπανούν πολύ λιγότερα από τις Η.Π.Α., αλλά αποκομίζουν πολύ μεγαλύτερα υγειονομικά οφέλη), οι Η.Π.Α. θα έπρεπε να είναι σε θέση να λαμβάνουν κάποια μαθήματα, εξετάζοντας τα συστήματα υγείας αυτών των χωρών, όπως επίσης και εκείνων της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας τα οποία εμφανίζουν καλύτερες αναλογίες κόστους - οφέλους σε σύγκριση με τις Η.Π.Α.

3.2 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στον Καναδά

Ανέκαθεν, η δημόσια ασφάλιση υγείας στον Καναδά (Wolper 2001) έδινε περισσότερο την εντύπωση ενός παζλ παρά μιας ομοιόμορφης εικόνας. Όμως, τώρα το παζλ εμφανίζει σημάδια διάλυσης. Ξεκινώντας από το 1909, όταν η επαρχία Saskatchewan έθεσε σε εφαρμογή το Νόμο περί Αγροτικών Περιοχών, ο οποίος οδήγησε στη δημιουργία ασφαλιστικών προγραμμάτων ιατρικής φροντίδας τοπικού χαρακτήρα, η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στους κατοίκους της εν λόγω περιοχής αποτελεί θέμα σημαντικού προβληματισμού για τον Καναδά. Παρά το γεγονός ότι πολλές επαρχίες έλαβαν αρκετές

πρωτοβουλίες για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, έπρεπε να φτάσει το 1943 οπότε το Καναδικό Συμβούλιο για τα Κοινά συζήτησε προτάσεις που αφορούσαν την παροχή ομοσπονδιακής επιδότησης σε ασφαλιστικά προγράμματα υγείας τα οποία προσφέρονταν σε επαρχιακό επίπεδο. Παρά το γεγονός ότι έλαβαν χώρα εκτεταμένες συζητήσεις και υπήρξε αρκετή υποστήριξη, οι επαρχίες δεν μπόρεσαν να συμφωνήσουν προκειμένου να διατυπώσουν μια συγκεκριμένη πρόταση και αρκετές από αυτές προχώρησαν μεμονωμένα στην παροχή συνολικών πακέτων ασφάλισης για την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950, οι επαρχίες που προσέφεραν ασφάλιση συγκρίνονταν με εκείνες οι οποίες δεν διέθεταν τέτοια προγράμματα, όπως επίσης και με πρώιμα οργανωμένα προγράμματα κατά κεφαλήν επιδότησης τα οποία προσφέρονταν, αρχικά, στις Η.Π.Α. σε τοπικό επίπεδο. Ως αποτέλεσμα, κρίθηκε ότι μόνο τρεις επαρχίες, οι οποίες είχαν αναπτύξει προγράμματα υποστηριζόμενα από το κράτος, προσέφεραν επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες στους πολίτες τους και αυτό γινόταν με ένα κόστος συγκρίσιμο ή υπολειπόμενο του κόστους το οποίο αντιμετώπιζαν οι επαρχίες που δεν διέθεταν αυτού του είδους τα συστήματα. Επιπρόσθετα, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950, οι Καναδοί ηγέτες και ιατροί άρχισαν να υποστηρίζουν ενεργά την αρχή ότι όλοι οι Καναδοί, ανεξαρτήτως των οικονομικών τους δυνατοτήτων, θα έπρεπε να έχουν μια λογική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Το 1959, είχε εγκαθιδρυθεί ένα πλήρες νοσοκομειακό ασφαλιστικό σύστημα, για όλους τους πολίτες, που λειτουργούσε υπό την επίβλεψη της κυβέρνησης και το οποίο παρείχε κατά 50% ομοσπονδιακή χρηματοδότηση στις δαπάνες των επαρχιών, για την εξασφάλιση της απαραίτητης νοσοκομειακής φροντίδας.

Όμως, το 1962 όταν η επαρχία Saskatchewan εφάρμοσε την κυβερνητική ασφάλιση για παροχή ιατρικών υπηρεσιών, οι ιατροί ήταν εκ διαμέτρου αντίθετοι σε αυτήν.

Από την πλευρά των ιατρών, έλαβε χώρα μια πικρή και ανεπιτυχής απεργία 23 ημερών. Όμως, οι χειρότεροι φόβοι τους δεν πραγματοποιήθηκαν και καθώς έγιναν, σύντομα, οι καλύτερα αμειβόμενοι ιατροί στη χώρα, η επαγγελματική τους αντίδραση στο πρόγραμμα μειώθηκε. Το 1971, όλες οι επαρχίες και τομείς εφάρμοζαν τα κυβερνητικά προγράμματα ιατρικής ασφάλισης.

Καθώς ο Καναδάς εκινείτο προς το μεγάλο πληθωρισμό της δεκαετίας του 1970, άρχισαν να ανακύπτουν προβλήματα σχετικά με το πρόγραμμα ιατρικής φροντίδας. Οι επαρχίες δεν ήταν σε θέση να ελέγξουν τις ατομικές τους προτεραιότητες αναφορικά με τις ιατρικές υπηρεσίες, και λόγω του ότι, σύμφωνα με το νόμο, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση έπρεπε να καλύπτει όλες τους τις δαπάνες, η τελευταία έχασε τον έλεγχο του

προϋπολογισμού της για την υγεία. Κατά τη διάρκεια του 1977, οι φόρμουλες προσαρμογής εγκαταλείφθηκαν και η βάση για την ομοσπονδιακή συμμετοχή μετατράπηκε σε ένα ενδεικτικό κονδύλι ανά άτομο. Επιπρόσθετα, εφαρμόστηκε το Πρόγραμμα Επέκτασης Υπηρεσιών Υγείας προκειμένου να οδηγηθούν οι επαρχίες στην ανάπτυξη λιγότερο δαπανηρών υποστηρικτικών υπηρεσιών, όπως είναι η κατ' οίκον νοσηλεία και η περιπατητική ιατρική.

Ο Καναδικός Νόμος για την Υγεία ψηφίστηκε το 1984 προκειμένου να συγκεράσει όλους τους προηγούμενους νόμους οι οποίοι επέτρεπαν την παροχή ομοσπονδιακών επιδοτήσεων στα διάφορα ασφαλιστικά προγράμματα. Αυτή τη στιγμή υφίσταται ένα ενιαίο επαρχιακό πρόγραμμα υγείας το οποίο εφαρμόζεται από τη κυβέρνηση και είναι ο μοναδικός χρηματοδότης νοσοκομειακών και ιατρικών υπηρεσιών σε κάθε μια από τις 12 επαρχίες/τομείς. Επίσης, ο Νόμος για την Υγεία του 1984, εξαφάνισε (1) όλα τα έξοδα του χρήστη για ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες, (2) οποιαδήποτε έξτρα χρέωση από τους ιατρούς και (3) την ιδιωτική ασφάλιση για υπηρεσίες οι οποίες καλύπτονταν από τα επαρχιακά προγράμματα υγείας. Επιπρόσθετα, ο Νόμος για την Υγεία καθιστούσε όλους τους κατοίκους ως δικαιούχους αυτών των υπηρεσιών ανεξαρτήτως της εργασιακής τους καταστάσεως.

Στον Καναδά, μια ακόμη προσέγγιση η οποία κερδίζει την προσοχή, ως ένας πιθανός τρόπος αύξησης της αποδοτικότητας, είναι η μετακύλιση μεγαλύτερου ποσοστού κονδυλίων για την υγεία προς το επίπεδο της κοινότητας, πρώτα για τη φροντίδα και τη θεραπεία και ακολούθως για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη. Το πρόγραμμα του Ontario προβλέπει, επίσης, μια προσπάθεια η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη προκειμένου να μεταφερθεί η φροντίδα υγείας από τις μακροχρόνιες υγειονομικές υποδομές προς το επίπεδο της κοινότητας. Αυτή η θέση εκπορεύεται από την αναπόδεικτη εντύπωση ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της κοινότητας είναι, γενικά, καλύτερη και λιγότερο δαπανηρή.

3.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στη Σουηδία

Το 1975, το Σουηδικό Υπουργείο, όντας αντιμέτωπο α) με τις αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με την άνοδο των εξόδων και τις αποσπασματικές αλλά διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις για φροντίδα και β) με ένα δύσκαμπτο, συγκεντρωτικό σύστημα, διόρισε μια Επιτροπή Έρευνας προκειμένου να αναπτύξει νέα νομοθεσία σε ό,τι αφορά την ιατρική φροντίδα (Wolper 2001). Η Επιτροπή ήταν αποφασισμένη να καθορίσει τους γενικούς

στόχους και τα κριτήρια για όλες τις εκφάνσεις της υγείας και της φροντίδας των ασθενειών, λαμβάνοντας υπ' όψιν την αρχή ότι όποιος ζει στη Σουηδία έχει το ίδιο δικαίωμα σ' αυτήν τη φροντίδα. Το Κοινοβούλιο επανεξέτασε τις υποδείξεις της επιτροπής το 1981 και θέσπισε νομοθεσία η οποία υλοποιήθηκε το 1982. Η νομοθεσία αυτή έθεσε γενικές κατευθυντήριες γραμμές και παραμέτρους για την οργάνωση της ιατρικής φροντίδας, σύμφωνα με τέσσερις βασικές αρχές:

1. Η ισότητα στη φροντίδα και η προαγωγή της καλής υγείας θα ήταν προτεραιότητες.
2. Οι νομαρχίες θα έχουν την ολική ευθύνη και θα λογοδοτούν για την ιατρική φροντίδα
3. Οι ιατροί θα καθοδηγούν όλες τις ιατρικές δραστηριότητες και θα αναθέτουν την ευθύνη σε άλλους, όσο αυτό είναι δυνατόν.
4. Η εθνική κυβέρνηση θα είναι υπεύθυνη για τη θεσμοθέτηση κανόνων προστασίας των ατόμων και τον καθορισμό όρων απασχόλησης σε χώρους παροχής ιατρικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τη Σουηδική κουλτούρα, οι λεπτομέρειες που αφορούν το σχεδιασμό και την εφαρμογή προσδιορίζονται από τα δημαρχιακά συμβούλια και τις τοπικές αρχές.

Οι υπηρεσίες υγείας στη Σουηδία, σχεδόν αποκλειστικά, χρηματοδοτούνται και προσφέρονται από το δημόσιο τομέα. Προς το παρόν, περίπου το 80% της χρηματοδότησης συνδέεται με το δικαίωμα εκάστου νομαρχιακού συμβουλίου να εισπράττει φόρους. Εκτός από ένα σχετικά ασήμαντο τμήμα προερχόμενο από εισφορές των ασθενών (περίπου 1%). Το υπόλοιπο της χρηματοδότησης προέρχεται από κυβερνητικές εισφορές που παραχωρούνται προς τα νομαρχιακά συμβούλια γενικά, σύμφωνα με μια κατά κεφαλήν φόρμουλα. Αυτή η δυνατότητα φορολόγησης, παρέχει στα Σουηδικά νομαρχιακά συμβούλια μια ισχυρότερη και πιο ανεξάρτητη θέση έναντι της κεντρικής κυβερνήσεως, σε σύγκριση με την κατάσταση που επικρατεί σε άλλες χώρες.

3.4 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στη Γερμανία

Με την ενοποίηση του 1990, η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας (περιλαμβάνοντας την πρώην Δυτική και Ανατολική Γερμανία) αποτελείται από 16 κρατίδια και πόλεις με έναν πληθυσμό που αγγίζει τα 80,3 εκατομμύρια. Το σύστημα υγείας στη

Γερμανία (Wolper 2001) έχει τις ρίζες του σε συνεργατικούς οργανισμούς, που ονομάζονται ταμεία υγείας, τα οποία αρχικά, κατά τη διάρκεια του μεσαίωνα, χρηματοδοτούνταν από συντεχνίες. Αυτά τα ταμεία υγείας παρείχαν οικονομική ασφάλεια στα μέλη της συντεχνίας και τις οικογένειες τους σε περίπτωση ασθενειών ή τραυματισμών, εισπράττοντας, συνήθως, πάγιες εισφορές δύο ή τρεις φορές ετησίως από όλα τα μέλη της συντεχνίας. Αντίθετα από το σύστημα της ασφαλιστικής αποζημίωσης των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, το οποίο προσπαθεί να διαμοιράσει τον κίνδυνο μεταξύ των ατόμων και να αποκλείσει εκείνους που παρουσιάζουν ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό κινδύνου, τα ταμεία υγείας λειτουργούν στη βάση της μεγιστοποίησης της κοινωνικής αλληλεγγύης (ομαδική συνοχή), και όχι στη βάση της ελαχιστοποίησης των ατομικών απωλειών. Καθώς τα Γερμανικά κρατίδια έγιναν περισσότερο εμπορικά μεταξύ του 16ου αιώνα και τα μέσα του 19ου αιώνα, τα ταμεία υγείας επεκτάθηκαν, από διάφορες κοινότητες, προκειμένου να συμπεριλάβουν όχι μόνο τους τεχνίτες, αλλά, επίσης, τους ανθρακωρύχους, τους εργάτες χυτηρίων καθώς και άλλους εργάτες.

Η αστραπιαία βιομηχανοποίηση της προσφάτως ενοποιημένης Γερμανίας στο τέλος του 19ου αιώνα δημιούργησε ένα μεγάλο αστικό πληθυσμό βιομηχανικών εργατών οι οποίοι δεν καλύπτονταν, πλέον, επαρκώς από τα ταμεία υγείας που βασίζονταν στην κοινότητα και τις συντεχνίες. Γύρω στο 1878, η εργατική δυσαρέσκεια απέναντι στη μοναρχία και η οργανωμένη αντίθεση των κομμουνιστών και των εργατικών ενώσεων απείλησαν τόσο πολύ την κυβέρνηση, ώστε ψηφίστηκαν ορισμένοι νόμοι που έθεταν εκτός νόμου το σοσιαλισμό, τις εργατικές οργανώσεις και το Σοσιαλδημοκρατικό κόμμα. Όμως, αυτή η νομοθεσία δεν βοήθησε προκειμένου να αποφευχθεί η πρόκληση αναταραχών. Με την προτροπή του καγκελάριου Otto von Bismarck, το 1883, το Κοινοβούλιο θέσπισε την υποχρεωτική εθνική ασφάλιση υγείας για όλους τους ωρομίσθιους εργάτες, ώστε να εξασφαλίσει την κοινωνική σταθερότητα. Ο νόμος περί ασφαλίσεως της υγείας του 1883 όπως και άλλοι νόμοι για την επέκταση της ασφάλισης ατυχημάτων προς τους βιομηχανικούς (1884) και αγροτικούς εργάτες (1886), καθώς επίσης και οι συντάξεις γήρατος και αναπηρίας (1899), καθιέρωσαν στην Ευρώπη το πρώτο κράτος Κοινωνικής Πρόνοιας.

Οι νόμοι αυτοί δεν διαμόρφωσαν την κεντρικά διαχειριζόμενη και κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας που είχε αρχικά οραματιστεί ο Bismarck. Μάλλον, η αντίθεση προς την ιδέα του Bismarck, που εκφράστηκε από την πλευρά των επιχειρηματικών, γεωργικών και άλλων πολιτικών και θρησκευτικών συμφερόντων, κατέληξε σε ένα σύστημα υγείας όπου η εθνική κυβέρνηση καθόριζε την

πολιτική, αλλά τα ταμεία υγείας διατηρούσαν τον ουσιαστικό τους ρόλο στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος του 1883 διατήρησε δύο τύπους ταμείων υγείας - τα ταμεία που στηρίζονταν στις συντεχνίες και τους τεχνίτες και ονομάζονταν *Innungskassen* και τα ταμεία που συνδέονταν με τους ανθρακωρύχους και ονομάζονταν *Kappschftskassen* - και ίδρυσε άλλους δύο τύπους κεφαλαίων - τα τοπικά ταμεία υγείας που ονομάζονταν *Allgemeine Ortskrankenkassen* (AOK) και τα εταιρικά ταμεία υγείας που ονομάζονταν *Betriebskrankenkassen*. Παρά το γεγονός ότι τα επικουρικά ταμεία, που ονομάζονταν *Erstzassen* και λειτουργούσαν ως κοινωνίες αμοιβαίας βοήθειας για μισθωτούς υπαλλήλους, δεν προβλέπονταν από το νόμο, εκείνα ευημερούσαν.

Κατά τη διάρκεια των επομένων ετών 1883-1975, η νομοθετημένη υγειονομική ασφάλιση επεκτάθηκε προκειμένου να συμπεριλάβει όχι μόνον τους εργάτες αλλά και τους εργαζομένους στα μεταφορικά μέσα, τους εμπορικούς υπαλλήλους (1901), τους γεωργικούς και δασικούς εργάτες καθώς και τους οικιακούς υπηρέτες (1911), τους δημοσίους υπαλλήλους (1914), τους ανέργους (1918), τους ναυτικούς (1927), τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών των ασφαλισμένων (1930), τους εθελοντές που απολαμβάνουν μισθούς πέρα από τα θεσμοθετημένα όρια (1941), τους συνταξιούχους (1941), τους εργάτες αγροκτημάτων και πωλητές (1966), τους αυτοαπασχολούμενους γεωργούς και τους προστατευόμενους αυτών (1972), καθώς και φοιτητές και άτομα με ειδικές ανάγκες (1975). Τα αποτελέσματα αυτής της επεκτάσεως περιελάμβαναν μια εκθετική αύξηση του αριθμού των εγγραφών στα ταμεία υγείας, τη σταθερή ενοποίηση των ταμείων υγείας καθώς και μια μεγάλη αύξηση του αριθμού των ιατρών.

Κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων δεκαετιών αυτής της επεκτάσεως, τα ταμεία υγείας άσκησαν πολύ μεγάλη δύναμη. Κάθε ταμείο ήταν ελεύθερο να προσλαμβάνει οποιονδήποτε προκειμένου να παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες, συνήθως διαπραγματευόμενο εξαιρετικά χαμηλές αμοιβές με ιατρούς που δεν είχαν πετύχει στις εξετάσεις τους - και απαγόρευαν, τυπικά, στα μέλη του ταμείου να επισκέπτονται ιατρούς που δεν είχαν υπογράψει σύμβαση συνεργασίας με αυτό. Κατά την πρώτη δεκαετία του 20ού αιώνα, όμως, οι ιατροί εντός και εκτός των ταμείων υγείας άρχισαν να σχηματίζουν ενώσεις και να χρησιμοποιούν την απεργία σαν ένα εργαλείο συναλλαγής με τα ταμεία. Το 1911 και το 1913, κυρίως, λόγω της πίεσης από δύο μεγάλες ομάδες ιατρών, τη *Hartmannbund* (που αντιπροσώπευε τους ιατρούς με ιατρεία) και την *Deutsche Arztevereinsbund* (DAV, την εθνική "ομπρέλα" των ιατρικών ενώσεων), η κυβέρνηση αναγκάστηκε να αντιμετωπίσει τη σύγκρουση που προκάλεσε η ανισορροπία των δυνάμεων. Σύμφωνα με το Αυτοκρατορικό Διάταγμα περί της Ασφάλισης ή

Reichsversicherungsordnung (RVO) του 1911 τα ταμεία υγείας έπρεπε (1) να παρέχουν προς τα μέλη τους τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ τουλάχιστον δύο ιατρών, (2) να πληρώνουν τους ιατρούς βάσει του συστήματος αμοιβής κατά πράξη και (3) να πληρώνουν μόνο διπλωματούχους ιατρούς. Το διάταγμα, επίσης, διεύρυνε τον πληθυσμό που ήταν καλυμμένος από νομοθετική ασφάλιση προκειμένου να συμπεριλάβει σχεδόν το 30% του συνολικού Γερμανικού πληθυσμού, ενώ επέτρεπε στα ταμεία υγείας την αποζημίωση ασθενών για ιατρικές υπηρεσίες. Μετά την απειλούμενη πανεθνική απεργία των ιατρών (DAV), επενέβη η κυβέρνηση, δημιουργώντας τη συνθήκη του Βερολίνου το 1913, επιτρέποντας στους ιατρούς και στα ταμεία υγείας τη διαπραγμάτευση των διαφορών τους και θέσπισε κανόνες σε θέματα όπως η αναλογία ιατρών προς ασθενείς.

Κατά την περίοδο του υπερπληθωρισμού που ακολούθησε μετά από τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, οι πιέσεις του κόστους και η μη ικανοποίηση των ιατρών από τα ταμεία υγείας που κυριαρχούνται από τους εργάτες, έκανε τις επιχειρήσεις και τους ιατρούς να ενώσουν τις φωνές τους αναζητώντας μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος. Η ζυγαριά της δύναμης άρχισε να κλίνει προς την πλευρά των ιατρών, καθώς η Δημοκρατία της Βαϊμάρης εξέδωσε μια σειρά από διατάγματα, για να εκπληρώσει τα αιτήματα αυτής της συνεργασίας των εμπλεκόμενων φορέων, που έφτασε ως τη Συμφωνία της Βαϊμάρης το 1931. Το νομοθέτημα αυτό αύξησε την αναλογία των ιατρών προς τα μέλη του ταμείου, αναγνώρισε την ιατρική ως επάγγελμα και δημιούργησε ιατρικά σωματεία στα πλαίσια των ταμείων υγείας (kassenartztliche Vereinigungen [KV]). Ενδεικτικά, κάθε ιατρός ήταν τώρα νομικά δεσμευμένος να γίνει μέλος σε ένα από τα ανωτέρω σωματεία (KV) ώστε να πληρώνεται από ένα ταμείο υγείας. Το σημαντικότερο, κάθε σωματείο (KV) ίδρυσε ένα μονοπώλιο συναλλαγών για τους τοπικούς ιατρούς έναντι των πολυάριθμων ταμείων υγείας με τα οποία οι ιατροί προηγουμένως έπρεπε να συνάψουν χωριστά συμβόλαια.

Από το σημείο αυτό και μετά, τα ιατρικά σωματεία χρησιμοποιήθηκαν ως ο αρχικός μηχανισμός δια μέσου του οποίου οι αμοιβές των ιατρών ρέουν προς τα ταμεία υγείας και οι πληρωμές προς τα ταμεία πηγαίνουν στους ιατρούς.

Αφ' ενός, η δύναμη των ιατρικών σωματείων αυξήθηκε λόγω της πολιτικής που ακολούθησαν οι Ναζί, στα πλαίσια της οποίας εκδιώχθηκαν οι Εβραίοι και οι σοσιαλιστές από θέσεις ισχύος. Αυτή η πράξη υπονόμωσε την αντιπροσωπευτική διακυβέρνηση των ταμείων υγείας, που καθοδηγούνταν από τα εργατικά συνδικάτα, καθώς και τις εκκλήσεις τους για περαιτέρω μεταρρύθμιση της υγειονομικής πρόνοιας, ιδιαίτερα λόγω του ότι τέθηκαν υπό την δικτατορική διακυβέρνηση Αρείων διαχειριστών. Αφ' ετέρου, ο

αποκλεισμός των Εβραίων ιατρών από τα ταμεία υγείας αποδυνάμωσε την παροχή ιατρικής περίθαλψης, ειδικά στις μεγάλες αστικές περιοχές όπου ήταν συγκεντρωμένοι.

Η πτώση του Τρίτου Ράιχ διαίρεσε τη Γερμανία, δημιουργώντας δυο ξεχωριστά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, αρχικά υπό τη Συμμαχική κατοχή, διατήρησε το ίδιο αποκεντρωμένο σύστημα, βασισμένο σε ταμεία υγείας, που εφαρμόστηκε επί καγκελαρίας Bismarck. Η Γερμανική Δημοκρατία, υπό Σοβιετική επίβλεψη, ανέπτυξε ένα κεντρικό κρατικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παρόμοιο με το μοντέλο ελέγχου της Σοβιετικής Ένωσης. Αυτά τα ξεχωριστά συστήματα υγείας συνδυάστηκαν μετά την επανένωση, το 1990, οπότε μεγάλες μεταρρυθμίσεις έλαβαν χώρα στην Ανατολική Γερμανία προκειμένου να γίνει το σύστημα της παρόμοιο με εκείνο της Δυτικής.

Στη Δυτική Γερμανία, η περίοδος μετά από την κατοχή και καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, ήταν μια περίοδος ανάπτυξης η οποία οφείλετο στην αυξημένη ευημερία της προσφάτως ανασυγκροτημένης Γερμανίας. Κατά τη δεκαετία του 1970, όμως, η άνοδος των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη άρχισε να υπερβαίνει την αύξηση του ΑΕΠ σε τέτοιο βαθμό, ώστε θεσμοθετήθηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων για τη συγκράτηση των εξόδων. Ένα από τα πλέον αξιοσημείωτα στοιχεία αυτών των διαταγμάτων ήταν η ίδρυση, το 1987, του Συμβουλίου Συντονισμένης Δράσης στην Υγειονομική Φροντίδα. Το συμβούλιο αυτό απαρτιζόταν από 70 εκπροσώπους των ενδιαφερομένων μερών της υγειονομικής φροντίδας, με βασικό στόχο τη θέσπιση ανωτάτου ορίου στο ρυθμό ανάπτυξης της περιπατητικής και οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και στις προμήθειες φαρμακευτικού ή άλλου ιατρικού υλικού. Έκτοτε, υπήρξαν τρεις αξιοσημείωτες προσπάθειες μεταρρύθμισης: το διάταγμα του 1992, για τη Δομή της Υγειονομικής Φροντίδας, το διάταγμα του 1996, για τη Σταθεροποίηση των Νοσοκομειακών Εξόδων και η δεύτερη νομοθετική πράξη του 1997 για την Αναδόμηση της Υγειονομικής Ασφάλισης.

3.5 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Παρά το γεγονός ότι επισήμως εφαρμόστηκε το 1948, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) έχει τις ρίζες του στους νόμους για τη βοήθεια των φτωχών, που εφαρμόστηκαν τη δεκαετία του 1600, και στις εταιρείες αλληλοβοήθειας οι οποίες άνθισαν στη Μεγάλη Βρετανία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1840 (Wolper 2001). Καλοπροαίρετοι εργοδότες προσέφεραν βοήθεια σε αυτές τις εταιρείες προκειμένου να βοηθήσουν

ασθενείς, αλλά και χαμηλά αμειβόμενους εργαζομένους. Παρά το γεγονός ότι τέτοια μέτρα, σε συνδυασμό με το σύστημα του Νόμου για τους Φτωχούς, μείωσαν την αφαίμαξη των γενικών φόρων εισοδήματος, η δημόσια κατακραυγή αναφορικά με τις άθλιες συνθήκες στρατολόγησης για τον πόλεμο των Boer (περίπου 50% αυτών θεωρήθηκαν μη ικανοί να υπηρετήσουν) οδήγησε στην ψήφιση του Νόμου για τις Ιατρικές Υπηρεσίες στα Σχολεία το 1907 και στη διερεύνηση από τη Βασιλική Επιτροπή αναφορικά με τους Νόμους για τους Φτωχούς και για Απάλυνση της Κατάθλιψης. Αυτή η Επιτροπή εξέδωσε δυο εκθέσεις - μία πλειοψηφούσα, συνηγορώντας υπέρ καλύτερης φιλανθρωπικής φροντίδας, και μία μειοψηφούσα υπερασπιζόμενη ενοποιημένες ιατρικές υπηρεσίες - το 1909 οι οποίες εξέθεσαν τα θέματα τα οποία συνδέονταν με την εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος υγείας.

Βασίζόμενος στις εκθέσεις της Βασιλικής Επιτροπής, ο Νόμος για την Εθνική Ασφάλιση Υγείας του 1911 ο οποίος εισήχθη στο Κοινοβούλιο από τον David Lloyd George και ουσιαστικά δεν συνάντησε αντιδράσεις, εκτός από τους ιατρούς, εγκαθίδρυσε νομοθετικά κατοχυρωμένη ασφάλιση για όλους τους χειρωνακτικά εργαζομένους οι οποίοι κέρδιζαν λιγότερα από 160 GBP (περίπου \$ 780) ανά έτος. (Οι περισσότεροι ιατροί υποστήριζαν ένα μείγμα εθελοντικής ιατρικής ασφάλισης και κυβερνητικά-χρηματοδοτούμενων ιατρικών υπηρεσιών για τους φτωχούς, υποστηρίζοντας, επομένως, ένα σύστημα παρόμοιο με εκείνο των Η.Π.Α. σήμερα). Οι εισφορές από την πλευρά των εργοδοτών και των εργαζομένων ήταν υποχρεωτικές, ενώ η κυβέρνηση χρηματοδοτούσε τη διαχείριση της ασφάλισης και κάλυπτε τις εισφορές των απόρων καθώς και εκείνων με ιδιαίτερα χαμηλά εισοδήματα. Τα οφέλη κάλυπταν τις επισκέψεις στους ιατρούς, οι οποίοι ήταν γενικοί ιατροί, και κάθε συνταγογραφούμενη αγωγή. Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχε κάλυψη για οδοντιατρικές και άλλες ειδικές υπηρεσίες, οι δωρεάν υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου από ειδικευμένους ιατρούς οι οποίοι συνδέονταν με κάποιο κρατικό νοσοκομείο ήταν διαθέσιμες μέσα από ένα σύστημα παραπομπής του ασθενή από το γενικό ιατρό. Εάν ήταν απαραίτητο, η υποστήριξη της τοπικής κυβέρνησης και οι φιλανθρωπικές συνεισφορές χρηματοδοτούσαν τη νοσοκομειακή νοσηλεία σε δημόσια και μερικά μεγάλα εθελοντικά νοσοκομεία. Επομένως, ο νόμος για την εθνική ασφάλιση δεν περιελάμβανε θέματα κάλυψης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εθνική ασφάλιση στη Μεγάλη Βρετανία ακολουθούσε παράλληλη πορεία με την οργάνωση και δομή των ασφαλιστικών ταμείων της Γερμανίας, κατά την ίδια χρονική περίοδο. Οι εταιρείες αλληλοβοήθειας, με την αποδοχή της κυβέρνησης ελάμβαναν τις συνεισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, ενώ οι

επαρχιακές επιτροπές ασφάλισης, που βασίζονταν στο δανεισμό - και που αποτελούνταν από αντιπροσώπους ασφαλισμένων εργατών, τοπικών ιατρών, της τοπικής διοίκησης και του υπουργείου υγείας - ήλεγχαν τις πληρωμές για επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς και φαρμακευτικές προμήθειες. Οι εταιρείες αυτές απασχολούσαν εργαζομένους και κατέβαλλαν σε χρήμα επιδόματα αναπηρίας. Μπορούσαν επίσης να χρηματοδοτούν επικουρικά επιδόματα, όπως μέρος του κόστους νοσοκομειακής νοσηλείας, εάν απεκόμιζαν επιπλέον πόρους. Εξάλλου, οι αποδεκτές εταιρείες, οι οποίες τυπικά ήταν μη κερδοσκοπικές θυγατρικές των εμπορικών ασφαλιστικών εταιρειών, μπορούσαν να πωλούν ασφάλιση για άλλα οφέλη, συμπεριλαμβανομένων της οδοντιατρικής και ιατρικής φροντίδας για αυτούς τους οποίους δεν κάλυπτε ο νόμος (π.χ. εξαρτώμενοι ή εργάτες που αποκόμιζαν υψηλά εισοδήματα). Για όσους έκαναν εθελοντικές πληρωμές, αυτές οι εταιρείες συχνά προσέφεραν εκτεταμένη ιατρική κάλυψη, συμπεριλαμβανομένων των αμοιβών προς τους ειδικευμένους ιατρούς που απασχολούνταν σε μεγάλα νοσοκομεία και προς τους γενικούς ιατρούς που εργάζονταν σε ιδιωτικά, νοσηλευτικά / μαιευτικά νοσοκομεία.

Νομικά, οι ιατροί σε κάθε ασφαλιστική επιτροπή μπορούσαν να αποφασίσουν τον τρόπο πληρωμής τους για τις υπηρεσίες τους, εάν θα ήταν βάσει πληρωμής κατά πράξη, κατά κεφαλήν ή κάποιο μείγμα αυτών. Σύμφωνα με τη διαπίστωση του Roemer, το 1927, πρακτικά όλοι αυτοί οι εκπρόσωποι των γενικών ιατρών, είχαν επιλέξει εθελοντικά να πληρώνονται κατά κεφαλήν, σε μεγάλο βαθμό ως ένα τρόπο αποφυγής της γραφειοκρατίας και του ανταγωνισμού μεταξύ τους σε κάθε τομέα ασφάλισης. Ο νόμος του 1946 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) σταδιακά επέβαλλε αυτό το εθελοντικό πρότυπο της κατά κεφαλήν πληρωμής. Εδώ φυσικά, οι Βρετανοί ιατροί διαφοροποιήθηκαν από το μοντέλο αμοιβής κατά πράξη το οποίο οι Γερμανοί συνάδελφοι τους προσπαθούσαν να διατηρήσουν και να ενισχύσουν την ίδια χρονική περίοδο.

Η περίοδος από τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, έως το 1938 καθιέρωσε πολλές από τις αξίες και τις αρχές στις οποίες βασίστηκε το NHS. Αρκετά σημαντικά έγγραφα προέκυψαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, συμπεριλαμβανομένων: α) της έκθεσης του Dawson το 1920 σχετικά με την πολιτική υγείας, η οποία υπερασπιζόταν ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας έχοντας στο επίκεντρο το νοσοκομείο, β) της έκθεσης του Cave το 1920 για τη σωτηρία των εθελοντικών νοσοκομείων, γ) την έκθεση της Βασιλικής Επιτροπής σχετικά με την Εθνική Ασφάλιση Υγείας και δ) των εκθέσεων της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης του 1930 και του 1938 σχετικά με την εθνική πολιτική ιατρικής φροντίδας. Επιπρόσθετα, το 1938, κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης της χώρας από το

Εργατικό Κόμμα, το Υπουργείο Υγείας εγκαινίασε συζητήσεις για το σχεδιασμό ενός εθνικού προγράμματος υγείας.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1930, ο αριθμός των ανθρώπων που καλύπτονταν από υποχρεωτική (και εθελοντική) ασφάλιση υγείας αυξήθηκε σταθερά, ιδιαίτερα καθώς τα επίπεδα εισοδήματος για υποχρεωτική ασφάλιση είχαν αυξηθεί. Παρ' όλα αυτά, κατά τη διάρκεια της Κατάθλιψης, η απογοήτευση για την κάλυψη της εθνικής ασφάλισης υγείας αναφορικά με τον έλεγχο των οικονομικών δυνατοτήτων κάθε πολίτη καθώς και τα περιορισμένα οφέλη, έφτασαν σε ένα επίπεδο όπου απαιτούντο μεγάλες μεταρρυθμίσεις. Υπό τη διακυβέρνηση της χώρας από το συντηρητικό Winston Churchill και την προεδρία του William Beveridge, μια Διατμηματική Επιτροπή για την Κοινωνική Ασφάλιση και για Συγγενείς Υπηρεσίες εξέτασε τις υπάρχουσες εθνικές πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης υγείας. Η Έκθεση Beveridge, που εκδόθηκε το 1942, κατέθεσε σαρωτικές προτάσεις για την επέκταση όλων των κλάδων της κοινωνικής ασφάλισης, ξεκινώντας από τις συντάξεις γήρατος έως τα επιδόματα αναπηρίας. Συγκεκριμένα, η έκθεση αυτή έθετε τη βάση για το NHS, προτείνοντας την καθιέρωση ενός εθνικού συστήματος υγείας για την παροχή ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης σε όλους τους πολίτες. Ενώ παραμέριζε το θέμα της οργάνωσης και διαχείρισης ενός εθνικού συστήματος, η έκθεση έθετε έναν ευρύ στόχο για το μέλλον:

Ένα πλήρες εθνικό σύστημα υγείας θα εξασφαλίσει για κάθε πολίτη οποιαδήποτε θεραπεία επιθυμεί, σε οποιαδήποτε μορφή εκείνος θα θελήσει, κατ' οίκον ή σε νοσοκομείο, γενική, εξειδικευμένη ή συμβουλευτική και θα εξασφαλίσει, επίσης, την παροχή οδοντιατρικών, οφθαλμολογικών και χειρουργικών εφαρμογών, νοσηλευτικής και μαιευτικής καθώς και αποκατάστασης μετά από ατυχήματα.

Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το Εργατικό Κόμμα απέκτησε τον έλεγχο της κυβέρνησης και υποστήριξε το Νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του 1946. Αυτό το προσχέδιο νόμου για τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας αποτέλεσε το επίκεντρο θυελλωδών συζητήσεων μεταξύ της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης και του Υπουργού Υγείας, Aneurin Bevan, ενός Ουαλού και μέχρι πρότινος εργάτη ορυχείων. Ο Bevan υποστήριξε την πληρωμή των γενικών ιατρών με ένα μισθό και ένα επικουρικό κατά κεφαλήν, απαιτώντας από τους ασθενείς που πλήρωναν ιδιωτικά να χρησιμοποιούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και υποστήριξε, επίσης, την καθιέρωση ενός δικτύου κέντρων υγείας για προληπτική και πρωτοβάθμια φροντίδα. Η Βρετανική Ιατρική Ένωση υποστήριξε την επέκταση της εθνικής ασφάλισης υγείας προκειμένου να καλύψει ένα υψηλότερο επίπεδο εισοδήματος, τη χρήση κυβερνητικών κονδυλίων προκειμένου τα

εθελοντικά νοσοκομεία να μπορέσουν να καλύψουν τους φτωχούς και απόρους καθώς και τη διατήρηση της ιδιωτικής αγοράς υγείας για τους πολίτες με υψηλά εισοδήματα. Ένα δημοψήφισμα τον Απρίλιο του 1948 κατέδειξε ότι η συνεχιζόμενη αντίθεση κατά του νόμου, στα πλαίσια της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης, προερχόταν περισσότερο από τους ειδικευμένους ιατρούς και όχι από τους γενικούς ιατρούς:

Το αποτέλεσμα του δημοψηφίσματος, το οποίο ανακοινώθηκε την 5η Μαΐου του 1948, έδειχνε ότι η συνολική πλειοψηφία των επαγγελματιών ήταν αντίθετη στην αποδοχή συστήματος χωρίς περαιτέρω εγγυήσεις, αλλά ο αριθμός των γενικών ιατρών που ήταν αντίθετοι υπολείπονταν του αριθμού της πλειοψηφίας που είχε συμφωνήσει νωρίτερα. Έτσι, το NHS τέθηκε σε εφαρμογή την προκαθορισμένη ημέρα.

Η τελική νομοθεσία για το NHS, η οποία τέθηκε σε εφαρμογή τον Ιούλιο του 1948, συμπεριελάμβανε μια σειρά από συμβιβασμούς: (1) η σφαιρική κάλυψη χρηματοδοτείτο, πρωταρχικά, από γενικά έσοδα, ενώ οι εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης περιορίζονταν σε ένα μικρό ποσοστό του συνόλου (2) οι γενικοί ιατροί πληρώνονταν κατά κεφαλήν (3) σχεδόν όλα τα κρατικά και εθελοντικά νοσοκομεία ελέγχονταν από την εθνική κυβέρνηση (4) τα κρατικά νοσοκομεία είχαν το δικαίωμα να διατηρούν 5% των κρεβατιών τους για τους ιδιώτες ασθενείς των συμβεβλημένων ιατρών (π.χ. πεπειραμένοι ειδικευμένοι νοσοκομειακοί ιατροί) και (5) τα κέντρα υγείας ήταν περιορισμένα με τη μορφή πειραματικών υποδομών.

Η βασική οργάνωση του NHS, όπως σημείωνε ο Roemer, ισορροπούσε μεταξύ των τεσσάρων βασικών "πελατών" που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες: τους γενικούς ιατρούς, τα κοινοτικά νοσοκομεία με το προσωπικό των ειδικευμένων, τις ιατρικές σχολές που συνδέονταν με τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις τοπικές υγειονομικές αρχές. Βάσει του NHS, οι ασφαλιστικές επιτροπές οι οποίες ήλεγχαν την αποζημίωση των γενικών ιατρών έγιναν διευθυντικά συμβούλια. Αυτά τα συμβούλια ανέλαβαν την υποχρέωση της διαχείρισης όχι μόνο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά, επίσης, την οδοντιατρική φροντίδα, τις οφθαλμολογικές υπηρεσίες και τη συνταγογράφηση φαρμάκων, σε προκαθορισμένες κοινότητες.

Προκειμένου για τη διοίκηση των κοινοτικών νοσοκομείων, το NHS δημιούργησε ένα δίκτυο από συμβούλια τοπικών νοσοκομείων, βάσει του προτύπου των επιτροπών εκτάκτου ανάγκης οι οποίες συντόνιζαν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Λόγω του ότι κάθε συμβούλιο τοπικού νοσοκομείου ήλεγχε τις νοσοκομειακές υπηρεσίες για 2 έως 3 εκατομμύρια ανθρώπων και περίπου 30.000 κρεβάτια, διορισμένες διοικητικές ομάδες νοσοκομείων φρόντιζαν για την καθημερινή

λειτουργία συγκεκριμένων ιδρυμάτων, λειτουργώντας μεταξύ 1.000 και 2.000 κρεβατιών. Όμως, οι κεφαλαιουχικές και λειτουργικές χρηματοδοτήσεις ελέγχονταν κεντρικά, όπου κάθε συμβούλιο ελάμβανε ένα ποσοστό από τον προϋπολογισμό της εθνικής κυβέρνησης. Σε ανταπόδοση, το συμβούλιο του τοπικού νοσοκομείου ήλεγχε τους προϋπολογισμούς για κάθε διαχειριστική επιτροπή. Σε αντίθεση με τους γενικούς ιατρούς οι οποίοι ελάμβαναν αποζημίωση μέσα από ένα κατά κεφαλήν σύστημα, οι ειδικευμένοι ιατροί και σύμβουλοι ήταν πιθανό να είναι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης βάσει μισθού (60%). Ακόμα και εκείνοι οι ειδικευμένοι οι οποίοι διατηρούσαν την ιδιωτική πελατεία τους (40%) είχαν συχνά συμβόλαια βάσει μισθού τα οποία απαιτούσαν 70% έως 80% του χρόνου τους να αφιερώνεται εντός του νοσοκομείου. Όπως και στις ΗΠΑ, οι ειδικευμένοι ιατροί είχαν και συνεχίζουν να έχουν τις θέσεις με το περισσότερο κύρος και τις καλύτερες αμοιβές στο σύνολο της ιατρικής κοινότητας. Όμως, στη Μεγάλη Βρετανία αυτό το κύρος επιτείνεται από τη στιγμή κατά την οποία οι ειδικευμένοι πρέπει να ανταγωνισθούν για επισκέψεις στα νοσοκομεία του NHS ενώ οι τοπικοί ιατροί σπανίως έχουν τέτοιες επισκέψεις.

Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία των ιατρικών σχολών στην Αγγλία και την Ουαλία, μέσα από την παράθεση των απόψεων τους ότι ο συνυπολογισμός τους στα τοπικά νοσοκομειακά συμβούλια θα υπέσκαπτε την ειδική αποστολή τους καθώς και την υπογράμμιση της μακράς τους παράδοσης αναφορικά με το υψηλού επιπέδου ιατρικό προσωπικό τους, κατάφεραν να διατηρήσουν μια ιδιαίτερη θέση στα πλαίσια του NHS, έως τις μεταρρυθμίσεις του 1974. Προηγούμενα, το συμβούλιο των κυβερνητών για τα 36 πανεπιστημιακά νοσοκομεία (26 στην περιοχή του Λονδίνου) αναφερόταν στον Υπουργό Υγείας και ελάμβανε χρηματοδοτήσεις απευθείας από την εθνική κυβέρνηση.

Φυσικά, οι τοπικές υγειονομικές αρχές προηγήθηκαν του νόμου του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρά το γεγονός ότι οι τοπικές υγειονομικές αρχές δεν ήταν πλέον υπεύθυνες για τα κρατικά νοσοκομεία υπό το NHS, παρέμειναν υπεύθυνες για την προληπτική ιατρική και οι ρόλοι τους επεκτάθηκαν και συμπεριέλαβαν τη μεταφορά με ασθενοφόρα, τις υπηρεσίες επίσκεψης νοσηλευτών καθώς και τη νοσηλεία στο σπίτι και σε ιδρύματα για τους χρονίως πάσχοντες και τους ηλικιωμένους. Οι τοπικές υγειονομικές αρχές συνέχισαν την παροχή προληπτικής ιατρικής στα παιδιά, μέσα από τους παιδικούς σταθμούς κοινωνικής πρόνοιας, όπως επίσης και μητρικής φροντίδας σε έγκυες γυναίκες μέσα από τα τμήματα υγιεινής των κλινικών.

Η τετράπτυχη δομή στο εσωτερικό του NHS διατηρήθηκε έως το 1974, παρά το γεγονός ότι τα προβλήματα συντονισμού της φροντίδας μεταξύ των τεσσάρων κλάδων και

η αυξανόμενη κυριαρχία εξειδικευμένης νοσοκομειακής φροντίδας οδήγησαν σε αιτήματα για μεταρρυθμίσεις κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960. Κατά την περίοδο αυτή, υπήρχαν συνεχείς αντιθέσεις μεταξύ των γενικών και των ειδικευμένων ιατρών αναφορικά με την αποζημίωση τους από το NHS. Στα μέσα της δεκαετίας του 1960, η δυσαρέσκεια στις τάξεις των γενικών ιατρών οδήγησε σε σημαντικές αλλαγές του τρόπου αποζημίωσης τους. Το 1970, περίπου το 50% των εισοδημάτων τους προερχόταν από ειδικές αμοιβές και επιδόματα. Το 1962, η Επιτροπή Porritt, στα πλαίσια της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης, υποστήριξε το συντονισμό, σε τοπικό επίπεδο, όλων των κλάδων και το 1968 η κυβέρνηση του Εργατικού Κόμματος εξέδωσε μια πράσινη Βίβλο, εξετάζοντας την πιθανότητα δημιουργίας τοπικών υγειονομικών αρχών για τον ίδιο σκοπό. Το 1971, η κυβέρνηση του Συντηρητικού Κόμματος εξέδωσε μια δεύτερη πράσινη Βίβλο, ενώ μια λευκή Βίβλος ακολούθησε το επόμενο έτος και η νομοθεσία για τη μεταρρύθμιση του NHS ψηφίσθηκε το 1973.

Για την ενίσχυση του τοπικού ελέγχου, το NHS αναδιοργανώθηκε τον Απρίλιο του 1974 προκειμένου να συμπεριλάβει 90 τοπικές υγειονομικές αρχές (AHA) και 14 περιφερειακές υγειονομικές αρχές (RHA). Τα RHA όχι μόνο ανέλαβαν τον προγραμματισμό των αρμοδιοτήτων των πρώην συμβουλίων των περιφερειακών νοσοκομείων καθώς και των λειτουργιών των πρώην επιτροπών διοίκησης νοσοκομείων, αλλά επίσης, ανέλαβαν το σχεδιασμό της εποπτείας για την προληπτική και περιπατητική ιατρική. Παρομοίως, κάθε AHA κατέστη υπεύθυνο για τις προληπτικές, περιπατητικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που προσφέρονται στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Για να καλυφθεί ο διευρυμένος σκοπός της αποστολής των AHA, η αντιπροσώπευση στα διοικητικά τους συμβούλια επεκτάθηκε προκειμένου να συμπεριλάβει και μη ιατρικά μέλη, τα οποία είχαν σημαντική διοικητική εμπειρία, καθώς και ειδικευμένους κοινωνικούς ιατρούς οι οποίοι μπορούσαν να προσφέρουν μια σημαντική συμβουλευτική υπηρεσία. Τα συμβούλια των οικογενειακών ιατρών αντικατέστησαν τα πρώην διευθυντικά συμβούλια, αντιπροσωπεύοντας τα συμφέροντα των γενικών ιατρών και παρέχοντας συμβουλές στα AHA, ενώ τα κοινοτικά συμβούλια υγείας αντιπροσώπευαν τα συμφέροντα των καταναλωτών στο επίπεδο των υγειονομικών περιφερειών. Αυτά τα συμβούλια προσέφεραν συμβουλές στην ομάδα περιφερειακής διοίκησης (δηλαδή τους ειδικευμένους κοινωνικούς ιατρούς, τον προϊστάμενο διοίκησης, το νοσοκόμο περιφέρειας, έναν εκλεγμένο γενικό ιατρό και έναν ειδικευμένο ιατρό.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, τέθηκε υπό αμφισβήτηση η χρησιμότητα των AHA προκειμένου να συντονίζουν και να ανταποκρίνονται στις τοπικές ανάγκες. Προκειμένου

να αποφευχθεί η επιβάρυνση του NHS με ένα τέταρτο επίπεδο γραφειοκρατίας, αποφασίστηκε να δημιουργηθούν περιφερειακές υγειονομικές αρχές (DHA) οι οποίες θα εξυπηρετούσαν έναν πληθυσμό της τάξεως των 250.000 ατόμων και θα αναλάμβαναν τις υπευθυνότητες των πρώην ΑΗΑ.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, η κυβέρνηση του Συντηρητικού Κόμματος, καθοδηγούμενη από τη Margaret Thatcher, προσπάθησε να ελέγξει το αυξανόμενο υγειονομικό κόστος, μειώνοντας τους σφαιρικούς προϋπολογισμούς των RHA και διευρύνοντας τον ιδιωτικό τομέα. Οι ιατροί όχι μόνο ενθαρρύνονταν να αφιερώσουν μέρος του χρόνου τους σε ιδιώτες ασθενείς, αλλά, επίσης, επιτρεπόταν στους εργοδότες και εργαζομένους να εκπίπτουν από τους φόρους ποσά που αφορούσαν το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης. Επομένως, η ιδιωτική αγορά για υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκε ραγδαία. Πιο συγκεκριμένα, το 1969 λιγότερο από το 2% του πληθυσμού καλυπτόταν από εθελοντική ασφάλιση, το 1980 περίπου το 6,3% και το 1990 περισσότερο από το 10%. Παρά το γεγονός ότι μόνο το 6% των συνολικών δαπανών υγείας παρουσιαζόταν στον ιδιωτικό τομέα το 1987, το κράτος και τα ιατρικά επαγγέλματα απογοητεύονταν ολοένα και περισσότερο από το NHS. Πράγματι, η περίοδος 1987-1988, ήταν μια φάση κρίσης για το NHS, κατά την οποία τα νοσοκομεία κατήργησαν χιλιάδες κρεβατιών προκειμένου να αντιμετωπίσουν τους περιορισμούς στον προϋπολογισμό, δημιουργήθηκαν μεγάλες λίστες αναμονής για όλους τους τύπους φροντίδας, παρουσιάστηκαν καθυστερήσεις και ακυρώσεις για επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις και τα DHA έμειναν χωρίς πόρους. Για την αντιμετώπιση αυτής της αναταραχής, η κυβέρνηση του Συντηρητικού Κόμματος αποφάσισε ραγδαίες αλλαγές στο NHS, καταλήγοντας σε μια λευκή Βίβλο το 1989 η οποία προσδιόριζε τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν μεταξύ του 1990 και του 1991.

3.6 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στην Ολλανδία

Πριν από το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, οι υπηρεσίες υγείας στην Ολλανδία (Wolper 2001) προσφερόταν, σε μεγάλο βαθμό, μέσω ιδιωτικών επιχειρήσεων και φιλανθρωπιών, ενώ ο ρόλος της κυβέρνησης ήταν περιορισμένος όσον αφορά τον έλεγχο της ποιότητας φροντίδας καθώς και την εξασφάλιση παροχής προληπτικής ιατρικής. Κατά τη διάρκεια των μεταπολεμικών ετών, όμως, η κυβέρνηση ανέλαβε έναν αυξανόμενα κεντρικό ρόλο στη χρηματοδότηση και ρύθμιση της πρωτοβάθμιας μέσα από την τριτοβάθμια περίθαλψη, δημιουργώντας ένα σύνθετο μείγμα που αποτελείτο από ιδιωτικές επιχειρήσεις με την

εποπτεία της κυβέρνησης. Επομένως, οι ακόλουθες νομοθετικές πράξεις ήταν καθοριστικές στη διαμόρφωση του μοντέρνου Ολλανδικού συστήματος υγείας:

- Τα Διατάγματα του 1941 και του 1948 για τα Ταμεία Υγείας όριζαν ότι τα ασφαλιστικά ταμεία πρέπει να συμβάλλονται με όλους τους ιατρούς στην περιοχή τους, εξασφαλίζοντας, ταυτοχρόνως, ελεύθερη επιλογή ιατρού από την πλευρά του ασθενή και εξαφανίζοντας τον ανταγωνισμό μεταξύ των ιατρών. Το διάταγμα του 1948, επίσης, καθόριζε κατευθυντήριες γραμμές για την κοινωνική ασφάλιση προκειμένου να εξασφαλίσει τη δυνατότητα χρηματικής πρόσβασης των φτωχών σε υπηρεσίες υγείας, ενώ η Ολλανδία διέτρεχε μια μακρά δεκαετία αυστηρά προγραμματισμένη αναδιάρθρωσης.
- Ο Νόμος για την Ασφάλιση των Ταμείων Υγείας (ZFW) του 1964, που αντικατέστησε το Προεδρικό Διάταγμα του 1948, προσδιόριζε το επίπεδο του εισοδήματος κάτω του οποίου η κοινωνική ασφάλιση ήταν υποχρεωτική για οξείες και μεσοπρόθεσμες ασθένειες. Επίσης, καθόρισε το τμήμα του πληθυσμού που δικαιούτο να καλύπτεται από τα ταμεία υγείας και τις περιοχές που εξαιρούνται για αυτούς, ενώ συνέχισε να υποχρεώνει τα ταμεία υγείας να συμβάλλονται με όλους τους προμηθευτές της περιοχής τους. Τα ασφαλιστρα καταβάλλονταν σε ένα κεντρικό εποπτικό όργανο, το Συμβούλιο Ταμείων Υγείας, το οποίο, στη συνέχεια, αποζημίωνε τα ταμεία για τα ιατρικά έξοδα των μελών τους. Τα ασφαλιστρα για την κοινωνική ασφάλιση υγείας βασιζόνταν σε ένα ποσοστό εισοδήματος το οποίο κυμαινόταν για τους μισθωτούς, τους συνταξιούχους και τους δικαιούχους κοινωνικής ασφάλισης. Το 1987, το επίπεδο εισοδήματος για τα ZFW ήταν Dfl 49.150 (περίπου \$ 25.000). Οι εργαζόμενοι και εργοδότες συνεισέφεραν, ο καθένας, 5,05% του ακαθαρίστου μισθού. Οι συνταξιούχοι συνεισέφεραν 3,05%, οι εργοδότες 3,0% και οι δικαιούχοι κοινωνικής ασφάλισης 5,05%.
- Ο Γενικός Νόμος για τις Ειδικές Δαπάνες Υγείας (AWBZ) του 1967 παρέχει καθολική ασφάλιση για μακροχρόνιες ασθένειες με καταστροφικά αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένων των σωματικών και πνευματικών αναπηριών. Στη διάρκεια του 1987, το AWBZ χρηματοδοτείτο μέσω ενός σταθερού ποσοστού επί των εισφορών (4,55%) κάθε εργαζομένου (πληρωμένο από τους εργοδότες) και ελεύθερου επαγγελματία.
- Ο Νόμος για τη Νοσοκομειακή Υποδομή (WZV) του 1971 και 1979 καθιέρωσε την παροχή κεντρικής κυβερνητικής άδειας για την κατασκευή και το μέγεθος των νοσοκομείων. Ο βασικός του σκοπός ήταν η μείωση του αριθμού των κλινών στα

νοσοκομεία που αντιμετώπιζαν επείγοντα περιστατικά. (Ο Νόμος του 1982 για τη Νοσοκομειακή Υποδομή ήταν νομοθετικά πληρέστερος και με προγραμματισμένο χρονικό σημείο εφαρμογής του το 1984. Αυτός ο Νόμος σχεδιάστηκε για τη ρύθμιση του συνόλου των ιδρυματικών και περιπατητικών υπηρεσιών υγείας, αλλά έχει εγκαταλειφθεί εν όψει των μεταρρυθμίσεων.) Βάσει του Νόμου WZV, ένα «νέο γενικό νοσοκομείο [πρέπει] να έχει έναν ελάχιστο αριθμό 175 κλινών, προκειμένου να εξασφαλίζει τη διαθεσιμότητα δύο ειδικευμένων ιατρών πλήρους απασχόλησης, για κάθε μία από τις έξι επονομαζόμενες “κύριες ειδικότητες”».

- Ο Νόμος για την Τιμολόγηση των Ιατρικών Υπηρεσιών (WTG) του 1980, που εφαρμόστηκε το 1982, δημιούργησε “ένα ειδικά διορισμένο αυτόνομο όργανο, το Κεντρικό Γραφείο για την Τιμολόγηση των Ιατρικών Υπηρεσιών (COTG), που θέτει κατευθυντήριες γραμμές στη σύνταξη και στον υπολογισμό των τιμολογήσεων”, συμπεριλαμβανομένης της αμοιβής κατά πράξη και των κατά κεφαλήν πληρωμών προς τους ιατρούς και τα νοσοκομεία. Το COTG, χωρίς να προσδιορίζει άμεσα τις τιμές, θέτει τις παραμέτρους για μια διαδικασία διαπραγμάτευσης μεταξύ των προμηθευτών (π.χ. νοσοκομεία, ιατροί και άλλα ιατρικά επαγγέλματα) και των αγοραστών, συμπεριλαμβανομένων των ταμείων υγείας και των ιδιωτικών ασφαλιστικών, προκειμένου να διαμορφωθούν τα τιμολόγια. Στη συνέχεια, το COTG επανεξετάζει αυτά τα τιμολόγια για να εξασφαλισθεί η σύμπλευση τους με τις κατευθυντήριες γραμμές. Αυτό το νομοθετικό πλαίσιο έχει ισχυροποιήσει τη δύναμη των ενώσεων των προμηθευτών (ειδικότερα των γενικών ιατρών και των ειδικευμένων) και των ασφαλιστών, μέσω της καθιέρωσης ενός διμερούς μονοπωλίου.
- Ο Νόμος για την Πρόσβαση στην Ασφάλιση Υγείας (WTZ), του 1986, απαιτεί από τους ιδιώτες ασφαλιστές την παροχή “προς συγκεκριμένες ομάδες κινδύνου ενός συνολικού πακέτου προνομίων για ένα, θεσμικά προσδιορισμένο, μέγιστο ποσό ασφαλιστρών.” Ο σκοπός αυτού του νομοθετικού πλαισίου ήταν η αντιμετώπιση των διαφοροποιήσεων στα ασφάλιστρα και του καταμερισμού της αγοράς, τα οποία από τη δεκαετία του 1970 είχαν διαβρώσει την καθολική κάλυψη για τους ηλικιωμένους και για άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου. Το 1989, αυτά τα προνόμια επεκτάθηκαν σε όλους όσους ήταν άνω των 65 ετών. Το 1991, ήταν υποχρεωτικά για όλους τους ανθρώπους οι οποίοι ήταν ιδιωτικά ασφαλισμένοι και πλήρωναν περισσότερα από τα ανώτατα καθορισμένα ασφάλιστρα.

Η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση υγείας (AWBZ) καλύπτει ολόκληρο τον Ολλανδικό πληθυσμό για χρόνια φροντίδα και περίπου το 70% του πληθυσμού για

επείγουσα φροντίδα (ZFW). Ο υπόλοιπος πληθυσμός αγοράζει εθελοντική ασφάλιση για επείγουσα φροντίδα. Το 1987, οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούντο από πέντε πηγές οι οποίες κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: (1) κοινωνική ασφάλιση – AWBZ και ZFW (65,8%), (2) ιδιωτική ασφάλιση (20,2 %), (3) προσωπικές πληρωμές (7,5%) και (4) γενική φορολογία (6,6%). Το 1981, το ποσοστό του ακαθαρίστου οικογενειακού εισοδήματος που δαπανάτο για ασφάλιση υγείας κυμαινόταν από λιγότερο του 4% έως περισσότερο από 15%. Όπως και στην περίπτωση της Γερμανίας, το μείγμα δημόσιας (ZFW) και ιδιωτικής ασφάλισης για την επείγουσα φροντίδα έχει οδηγήσει σε μια οπισθοδρομική μορφή χρηματοδότησης, όπου οι φτωχότεροι, συνηθέστερα, πληρώνουν για υπηρεσίες υγείας μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους, σε σχέση με τους πλουσιότερους.

Σε σημαντικό βαθμό, το Ολλανδικό σύστημα διατηρεί έναν αυστηρό διαχωρισμό μεταξύ της χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας και της παροχής αυτών. Τα ταμεία υγείας «απαγορεύεται, βάσει του νόμου, να απασχολούν προμηθευτές ή να διοικούν οργανισμούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών» και οι ιδιώτες ασφαλιστές δεν επιθυμούν να αναμειγνύονται στην άσκηση ιατρικών πράξεων. Όπως στη Μεγάλη Βρετανία και στη Γερμανία, οι γενικοί ιατροί παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και λειτουργούν ως φορείς ελέγχου της παραπομπής ασθενών, στα πλαίσια των ZFW και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, προς τους ειδικευμένους ιατρούς που προσφέρουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα στα πλαίσια του νοσοκομείου. Για τους συγκεκριμένους ασθενείς, οι γενικοί ιατροί, συχνά, λαμβάνουν αμοιβή κατά κεφαλήν. Όμως, για τους περισσότερους ιδιωτικά ασφαλισμένους ασθενείς, οι γενικοί και ειδικευμένοι ιατροί λαμβάνουν πληρωμή κατά πράξη. Προκειμένου να ελεγχθεί η προσφορά των ιατρών, από το 1986 η κυβέρνηση έχει καθορίσει τη περιοχή ευθύνης της γενικής ιατρικής, θέτοντας ανώτερα και κατώτερα όρια στο μέγεθος μιας πράξης. Επιπρόσθετα, έχει περιορίσει την είσοδο στις ιατρικές σχολές και, σε συνεργασία με τους ιατρικούς επαγγελματίες που ελέγχουν την ιατρική εκπαίδευση, έχει υποστηρίξει τον περιορισμό της δυνατότητας εκπαίδευσης στο εσωτερικό.

Από το 1984, τα Ολλανδικά νοσοκομεία, ανεξαρτήτως ιδιοκτησίας από τις τοπικές κοινότητες ή, συνηθέστερα, από ιδιωτικά συμβούλια ομίλων, έχουν λειτουργήσει βάσει προοπτικών, σφαιρικών προϋπολογισμών οι οποίοι αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης, σε ετήσια βάση, με τριμερείς πληρωτές (π.χ. δημόσια ταμεία υγείας [ZFW] και ιδιώτες ασφαλιστές). Στο παρελθόν, τα νοσοκομεία αποζημιώνονταν βάσει τιμολόγησης της κάθε ημέρας νοσηλείας, κάτι το οποίο ενθάρρυνε τους προμηθευτές να

δέχονται ασθενείς για μακρά νοσοκομειακή νοσηλεία. Σε αντίθεση με τα νοσοκομεία στις Η.Π.Α., στην Ολλανδία βρίσκονται σε αγορές υψηλής συγκέντρωσης, όπου, το 1988, ποσοστό άνω του 70% των 25 περιφερειακών αγορών υπερέβαιναν το Δείκτη Herfindahl – Hirschman σε μια τάξη του 1.800. Επιπρόσθετα, τα Ολλανδικά νοσοκομεία, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, διήλθαν ενός κύματος ενοποιήσεων που υποστηρίχθηκε από την κυβέρνηση. Ως αποτέλεσμα, το μερίδιο αγοράς των δύο μεγαλύτερων νοσοκομείων σε κάθε περιφέρεια αυξήθηκε, κατά μέσο όρο, κατά 10% από το 1984 έως το 1988, ενώ ο συνολικός αριθμός νοσοκομείων μειώθηκε από 169 το 1984 σε 148 το 1988.

Αντιπροσωπεύοντας μεγαλύτερο βαθμό συγκέντρωσης της αγοράς σε σχέση με τα νοσοκομεία, 46 ταμεία υγείας (ZFW) προσέφεραν υποχρεωτική κάλυψη σε κατοίκους 25 υγειονομικών περιφερειών κατά τη διάρκεια του 1987. Αντιθέτως, κατά τη διάρκεια του 1986, μεταξύ των 60 και άνω ιδιωτικών ασφαλιστικών, οι 10 καλύτερες κατείχαν, αθροιστικά, ένα μερίδιο αγοράς της τάξεως του 59,7 % του συνόλου των ιδιωτικών ασφαλιστρών, ενώ ο δείκτης τους Herfindahl – Hirschman, που υπολογίζει τη συγκέντρωση της αγοράς, ήταν σχετικά χαμηλός: 545. Τα ταμεία υγείας, σε αντίθεση με τους ιδιώτες ασφαλιστές, αποζημιώνονταν αναδρομικά από το Συμβούλιο των Ταμείων Υγείας, έως το 1990, για τα ιατρικά έξοδα των εγγεγραμμένων. Όμως, οι ιδιώτες ασφαλιστές βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο, λόγω του ότι οι κανονισμοί που εφαρμόστηκαν το 1986 (WTZ) επέφεραν την εμφάνιση οικονομικών απωλειών - 35% των συνολικών τους αιτήσεων το 1991 - αναφορικά με εκείνες τις ομάδες υψηλού κίνδυνου τις οποίες ήταν νομοθετικά υποχρεωμένοι να καλύπτουν για δεδομένα επίπεδα ασφαλιστρών.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και στη συνέχεια, τη δεκαετία του 1980, διατυπώθηκαν αιτήματα για μεγάλες μεταρρυθμίσεις του Ολλανδικού συστήματος υγείας. Το 1974, «η Γραμματεία για την Προστασία της Υγείας και του Περιβάλλοντος δημοσίευσε μια εμπειριστατωμένη μελέτη για το Ολλανδικό σύστημα υγείας, ζητώντας μεγαλύτερο έλεγχο από τη πλευρά του κράτους στις τιμές των ιατρικών πράξεων, αποκεντρωμένους κυβερνητικούς φορείς σχεδιασμού για όλες τις υγειονομικές υποδομές και ενσωμάτωση των διαφόρων Νόμων για την ασφάλιση υγείας σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης». Παρά το γεγονός ότι ο έλεγχος των τιμών, και οι κυβερνητικοί περιορισμοί στο μέγεθος των νοσοκομείων και στην προσφορά των ιατρών είχαν, σίγουρα, κάποια επίδραση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, το συνολικό αποτέλεσμα ήταν απογοητευτικό. Τα ταμεία υγείας και οι ιατροί δεν είχαν κίνητρα προκειμένου να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά τους, ενώ τα ταμεία υγείας και οι ιδιώτες ασφαλιστές δεν ήταν σε θέση να κατευθύνουν τους ασθενείς προς τους πιο

αποτελεσματικούς (σε όρους κόστους - αποτελεσματικότητας) προμηθευτές. Την ίδια χρονική στιγμή, η αυξανόμενη κατάτμηση της αγοράς καθώς και η διαφοροποίηση στα ασφάλιστρα, από την πλευρά των ιδιωτικών ασφαλιστικών, απειλούσαν την καθολική πρόσβαση στην επείγουσα φροντίδα. Σε αυτά τα πλαίσια, η Ολλανδική κυβέρνηση καθιέρωσε μια Συμβουλευτική Επιτροπή για τη Διάρθρωση και Χρηματοδότηση του Τομέα Υγείας, υπό την προεδρία του W. Dekker. Η Έκθεση Dekker πρότεινε μεγάλες αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα, οι οποίες, στη συνέχεια, επικυρώθηκαν από δύο υπουργικά συμβούλια συμμαχίας, το 1988 και το 1990.

3.7 Κατεύθυνση Συστημάτων Υγείας

Κατά τη διάρκεια των αρχών της δεκαετίας του 1990 (Wolper 2001), οι αλλαγές, όχι μόνο στη Γερμανία και την Ολλανδία αλλά και στη Μεγάλη Βρετανία και τη Σουηδία, δημιούργησαν ένα μείγμα ρυθμίσεων και ανταγωνισμού στο επίπεδο της αγοράς, το οποίο φαινόταν να συγκλίνει με τις ρυθμίσεις της κυβέρνησης, που ο Πρόεδρος Clinton πρότεινε στις Η.Π.Α. Σύμφωνα με αυτές, το όραμα ενός Αμερικανικού συστήματος υγείας κατευθυνόμενου ανταγωνισμού, με ένα ανώτατο επίπεδο προϋπολογισμού στις συνολικές δαπάνες, ήταν παρόμοιο με εκείνο το οποίο ήδη υφίστατο σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένων της Ολλανδίας, της Σουηδίας και της Μεγάλης Βρετανίας. Αναλύοντας, ευρύτερα, αυτές τις δύο προσεγγίσεις στη διαδικασία χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας καθίσταται φανερό ότι βασίζονται σε ένα κρατικό μοντέλο σύμβασης, παρόμοιο με εκείνο των πληρωμών για προγράμματα Medicare των οργανισμών διατήρησης της υγείας στις Η.Π.Α. Παρά το γεγονός ότι ο Hurst, καθώς και άλλοι, έχουν υιοθετήσει την οικονομική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του κατευθυνόμενου ανταγωνισμού (π.χ. το κρατικό μοντέλο σύμβασης) για την εκπλήρωση των στόχων της πολιτικής υγείας, οι ερευνητές έχουν μόλις αρχίσει να ερευνούν τον αντίκτυπο του μοντέλου αυτού στην οργανωτική δομή και τη διοίκηση των νοσοκομείων και των ιατρικών πράξεων. Παρά ταύτα, ο συνδυασμός ανωτάτων επιπέδων στον προϋπολογισμό και κατευθυνόμενου ανταγωνισμού φαίνεται να είναι αποτελεσματικός, αναφορικά με τη μείωση του κόστους και τη διατήρηση επαρκούς πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, στις Δυτικο-Ευρωπαϊκές χώρες.

Αναφορικά με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ο Καναδάς, η Σουηδία και η Μεγάλη Βρετανία βασίζονται, κυρίως, στη φορολογία εισοδήματος και άλλους τύπους φορολόγησης, προκείμενου να χρηματοδοτήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Ένας μοναδικός

πληρωτής, η κυβέρνηση, κατανέμει αυτά τα κονδύλια. Αντιθέτως, η Γερμανία και η Ολλανδία βασίζονται, σε μεγάλο βαθμό, στη φορολόγηση των μισθών προκειμένου να χρηματοδοτήσουν τις υπηρεσίες υγείας, μοιράζοντας αυτά τα κονδύλια μέσω ενός συνόλου πολυπληρωτών το οποίο αποτελείται από την κρατική και την ιδιωτική ασφάλιση. Το πρόβλημα που αντιμετωπίζει κάθε χώρα, σημειώνει ο Ham, είναι ότι πρέπει να προσδιορίζει «τον τρόπο συνδυασμού του ελέγχου των δαπανών σε μακρο - επίπεδο με τα πραγματικά κίνητρα για αποδοτικότητα στο μικρό - επίπεδο. Η χώρα που θα είναι ικανή να λύσει αυτό το παζλ, θα προκαλέσει τη ζήλια του υπολοίπου κόσμου». Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, είναι σημαντικό ότι η Γερμανία, η Ολλανδία, η Σουηδία και η Μεγάλη Βρετανία εφαρμόζουν διάφορα στοιχεία του κατευθυνόμενου ανταγωνισμού, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τα οποία υπογράμμισε ο Ham. Καθεμιά από αυτές τις χώρες έχει αντιμετωπίσει τον κατευθυνόμενο ανταγωνισμό ως ένα μέσο βελτίωσης της αποδοτικότητας των προμηθευτών στη διαδικασία παροχής ιατρικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την εξισορρόπηση της διαχείρισης, σε μακρο - επίπεδο, της χρηματοδότησης του τομέα υγείας, μέσω ενός μηχανισμού οιονεί-αγοράς για τη διαχείριση, σε μικρο - επίπεδο, των δαπανών. Επιπλέον, ακόμα και ο Καναδάς, στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, πειραματίζεται με διάφορα μέτρα συγκράτησης του κόστους.

Κάθε χώρα έχει εφαρμόσει, με διαφορετικό τρόπο, μεταρρυθμίσεις που συνδέονται με τον κατευθυνόμενο ανταγωνισμό. Από τη μία πλευρά, η Ολλανδία εφαρμόζει, με αργούς ρυθμούς, ένα περίπλοκο σύνολο μεταρρυθμίσεων κατευθυνόμενου ανταγωνισμού μέσω επίδειξης των αντίστοιχων προγραμμάτων και επίπονων διαπραγματεύσεων με τους βασικούς ενδιαφερομένους σε κάθε σύστημα υγείας.

Από την άλλη πλευρά, το NHS της Μεγάλης Βρετανίας εφαρμόζει, με ταχείς ρυθμούς, μεταρρυθμίσεις κατευθυνόμενου ανταγωνισμού, ενώ η Σουηδία έχει εφαρμόσει λιγότερο ριζικές αλλαγές συνδυάζοντας τον κατευθυνόμενο ανταγωνισμό και την ιδιωτικοποίηση της υγείας. Στην περίπτωση της Γερμανίας, ενώ η ενοποίηση Ανατολής - Δύσης αποτέλεσε τον προάγγελο πολυετών σκληρών μέτρων περιορισμού του κόστους, το κράτος, πρόσφατα, θέσπισε κάποιες πτυχές κατευθυνόμενου ανταγωνισμού, παρά τη σθεναρή αντίσταση των ιατρών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μετρήσεων που βασίζονται σε υγειονομικούς δείκτες η Σουηδία και ο Καναδάς προσφέρουν υπηρεσίες υγείας με την υψηλότερη ποιότητα. Όμως, ο Καναδάς συνάντησε μεγάλα προβλήματα στην προσπάθεια περιορισμού του κόστους στη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας, εν μέρει λόγω της αργής υιοθέτησης μέτρων περιορισμού του κόστους, όπως είναι οι προοπτικές πληρωμές προς τα νοσοκομεία. Οι

μεταρρυθμίσεις στη Σουηδία, που επικεντρώνονται στην αυξημένη επιλογή από την πλευρά του ασθενή και στην περιορισμένη ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών από την πλευρά των ιατρών, έχουν μειώσει τις λίστες αναμονής για την παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς και έχουν ενδυναμώσει την προσφορά υπηρεσιών υγείας, στοχεύουν στην εξυπηρέτηση του ασθενή. Παρά το γεγονός ότι αυτές οι μεταρρυθμίσεις μορφοποιήθηκαν στη διάρκεια μιας οικονομικής ανάκαμψης, εφαρμόστηκαν κατά τη διάρκεια οικονομικής ύφεσης με αποτέλεσμα να αυξηθεί το κόστος της περιπατητικής ιατρικής. Τα μέτρα περιορισμού του κόστους, που ακολούθησαν, έχουν κλονίσει την εμπιστοσύνη των ιατρών προς το σύστημα υγείας.

Όπως συνέβη και στη Σουηδία, η υιοθέτηση του κατευθυνόμενου ανταγωνισμού στη Μεγάλη Βρετανία είχε ορισμένες θετικές συνέπειες στον περιορισμό της λίστας αναμονής. Επιπλέον, η καινοτομία που αναφέρεται στο γενικό ιατρό με προϋπολογισμό, υπεύθυνου για τη συνεχή παροχή υπηρεσιών υγείας προς ένα δεδομένο πληθυσμό, έχει βοηθήσει στην ολοκλήρωση των προμηθευτών. Όμως, ο κατευθυνόμενος ανταγωνισμός έχει αυξήσει, επίσης, το διοικητικό κόστος για την υγεία και έχει δοκιμάσει τις σχέσεις μεταξύ των ιατρών, ιδιαίτερα μεταξύ των συμβούλων (ειδικευμένων) που απασχολούνται σε ομίλους νοσοκομείων.

Επανεξετάζοντας το σύστημα των Η.Π.Α., οι κυβερνητικά κατευθυνόμενες μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο πρόεδρος Clinton συνάντησαν μία αυξανόμενη πολιτική αντίσταση και τέθηκαν στο περιθώριο στο τέλος του 1994. Αρκετές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών, υποκινούμενες από τους φόβους σχετικά με το αυξανόμενο κόστος της υγείας, υιοθέτησαν πολύ γρήγορα μεταρρυθμίσεις βασισμένες στις αρχές της αγοράς - με επικρατέστερους τους μηχανισμούς κατευθυνόμενης φροντίδας για τη χρηματοδότηση και ολοκληρωμένα συστήματα ή δίκτυα για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις είχαν τη μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων σε όλα κι στάδια παροχής υπηρεσιών υγείας. Παρά το γεγονός ότι τα οφέλη της κατευθυνόμενης φροντίδας και η αποτελεσματικότητα των συστημάτων οργανωμένης παροχής υπηρεσιών μπορούν να τεθούν υπό αμφισβήτηση, μπορεί να τους αναγνωριστεί, από κοινού, η επιτυχία περιορισμού του συνολικού κόστους της υγείας στις Η.Π.Α. σε 13,6% του ΑΕΠ από το 1992 έως το 1996.

Σήμερα, παρά το γεγονός ότι αρκετές άλλες χώρες εφαρμόζουν ή εξετάζουν στοιχεία από την πρακτική κατευθυνόμενης φροντίδας που εφαρμόζεται στις Η.Π.Α. - ιδιαίτερα την ανασκόπηση της χρήσης των πόρων, τη διαχείριση περιστατικού και τις προοπτικές

πληρωμές - και η ολοκλήρωση του συστήματος παροχής υγείας είναι μέλημα όλων αυτών των χωρών, η δυνατότητα σύγκλισης των συστημάτων τους με αυτό των Η.Π.Α. είναι περιορισμένη.

3.8 Πορεία προς το μέλλον: Καναδάς, Ευρώπη και Η.Π.Α.

Καθώς οι Η.Π.Α. θέτουν ζητήματα σχετικά με την οικονομική πρόσβαση για τον ανασφάλιστο πληθυσμό και προσπαθούν να διατηρήσουν την επιτυχία περιορισμού του κόστους υπηρεσιών υγείας, η οποία οφείλεται στις δυνάμεις της αγοράς, τρεις σχετικές και κοινές σκέψεις πηγάζουν από την ανασκόπηση πέντε άλλων συστημάτων υγείας (Wolper 2001). Αυτές οι σκέψεις είναι: (1) η εκλογίκευση του συστήματος υγείας με έναν κοινωνικά υπεύθυνο τρόπο, (2) η δυνατότητα διαχείρισης υγειονομικών πόρων υπό το πνεύμα των προμηθευτών και (3) η έμφαση στην ευθύνη της κοινότητας, του εργοδότη και του ασθενή για υγιεινό τρόπο ζωής.

Εκλογίκευση του Συστήματος Υγείας με Κοινωνικά Υπεύθυνο Τρόπο

Όλα τα κράτη αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εκλογίκευσης του συστήματος υγείας. Πολλές από τις χώρες που εξετάζονται έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στην παροχή δυνατότητας πρόσβασης στην προληπτική και πρωτοβάθμια φροντίδα για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως της δυνατότητας τους να πληρώνουν για υπηρεσίες. Στις Η.Π.Α., ομοσπονδιακοί νομοθέτες προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τη δυσκολία εξισορρόπησης της πρόσβασης στις βασικές και επιλεκτικές υπηρεσίες υγείας μέσω προτεινόμενων αλλαγών στα Medicare / Medicaid. Όμως, οι ερευνητές των υπηρεσιών υγείας ανακαλύπτουν τώρα ότι παρά την παροχή πρόσβασης σε στοιχειώδες επίπεδο υγείας και υποστηρικτικών υπηρεσιών μπορεί, ακόμα, να παρατηρούνται ανισότητες στα αποτελέσματα ιατρικής φροντίδας ακόμα και σε χώρες όπως η Σουηδία με χαμηλό ποσοστό οικονομικών διαφορών.

Επιπλέον, στις Η.Π.Α., τη Μεγάλη Βρετανία και την Ολλανδία, παρά την επιτυχία στον περιορισμό του κόστους, ανακύπτουν ερωτήσεις σχετικά με το μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας ελέγχου της ροής των ασθενών που αφορά τη ρύθμιση της πρόσβασης σε

υπηρεσίες υγείας. Μέρος της δυσαρέσκειας μπορεί να οφείλεται στο ότι ο ραγδαία γηράσκων πληθυσμός, σε αυτές και σε άλλες χώρες, χρειάζεται συστήματα υγείας προσανατολισμένα προς τις χρόνιες παθήσεις και τη συνεχιζόμενη φροντίδα. Σαφώς, οι Η.Π.Α. και άλλες βιομηχανικές χώρες πρέπει να εξασφαλίσουν ότι οι πολίτες τους απολαμβάνουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Έτσι, οι σχεδιαστές στρατηγικής θα πρέπει να εξετάζουν προσεκτικά αυτές τις σαφείς προσπάθειες εκλογίκευσης του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων: α) του προγράμματος υγείας του Oregon στις Η.Π.Α., β) της πολιτικής για την καθιέρωση βασικής φροντίδας στην Ολλανδία και γ) των συστάσεων της Σουηδικής Επιτροπής Προτεραιοτήτων για την εγκαθίδρυση κατευθυντηρίων γραμμών για ομάδες προτεραιότητας, όπως, επίσης, κλινικών και διοικητικών προτεραιοτήτων.

***Δυνατότητα Διαχείρισης Υγειονομικών Πόρων
Υπό το Πνεύμα των Προμηθευτών***

Καθώς η κατευθυνόμενη φροντίδα συνεχίζει να κυριαρχεί στην αγορά υπηρεσιών υγείας των Η.Π.Α., έχει έρθει στο προσκήνιο ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον αναφορικά με την ενδυνάμωση του ρόλου των ιατρών ως διαχειριστών των υγειονομικών πόρων. Πρωτοβουλίες στη Σουηδία, τη Μ. Βρετανία και την Ολλανδία, που αποσκοπούν στη συμμετοχή των ιατρών στη λήψη διαχειριστικών αποφάσεων, είναι σαφείς προσπάθειες αλλαγής της δομής των σχέσεων μεταξύ νοσοκομείου και ιατρού, όπως, επίσης, επέκτασης της σχέσης των ιατρών με κέντρα αποκατάστασης και οργανισμούς μακροχρόνιας φροντίδας. Αυτές οι πρωτοβουλίες κινούνται παράλληλα με την απαίτηση για ολοκλήρωση, σε κλινικό επίπεδο, των οργανωμένων συστημάτων προσφοράς υπηρεσιών υγείας στις Η.Π.Α.

Το Ευρωπαϊκό ενδιαφέρον στη διαχείριση της ποιότητας της υγείας, στα πλαίσια της συνεχιζόμενης φροντίδας, σημαίνει ότι ζητείται από τους επαγγελματίες της υγείας, πέραν των ιατρών, να χρησιμοποιούν συνετά αυτούς τους υγειονομικούς πόρους και πάντα υπό τον έλεγχο τους. Στα πλαίσια των Η.Π.Α., η ανάπτυξη των ολοκληρωμένων συστημάτων οργανωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας, ταυτόχρονα με την υιοθέτηση των αρχών της διαρκούς ποιοτικής βελτίωσης, αυξάνουν την ανάγκη ενίσχυσης της θέσεως των επαγγελματιών της υγείας, προκειμένου να είναι καλοί διαχειριστές των περιορισμένων πόρων για την υγεία.

***Έμφαση στην Ευθύνη της Κοινότητας, τον Εργοδότη και τον Ασθενή
για Υγιεινό Τρόπο Ζωής***

Η έμφαση στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα, στις πέντε υπό εξέταση χώρες, δεν σημαίνει ότι έχουν εξαλείψει τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία, τις κοινωνικές δραστηριότητες και τον προσωπικό τρόπο ζωής. Πολύ περισσότερο, η επιτυχία στο πεδίο της προληπτικής ιατρικής έχει οδηγήσει αυτές τις χώρες στο να εστιάσουν την προσοχή τους σε επίμονα προβλήματα υγείας, τα υποπροϊόντα της σύγχρονης ζωής, όπως η καθιστική ζωή, η παχυσαρκία, η κατάχρηση οινοπνευματωδών και άλλων ουσιών, καθώς και η ευρεία χρήση του καπνού.

Καθώς η ανθυγιεινή διαβίωση που συνδέεται με τη σύγχρονη ζωή έχει αναγνωριστεί από τους κοινωνιολόγους, από την εποχή της εμβρυακής εργασίας του Emile Durkheim, ο σημερινός προβληματισμός εστιάζεται στην επίδραση του άγχους στην υγεία καθώς και στους κοινωνικούς, οργανωτικούς και προσωπικούς μηχανισμούς προκειμένου ο σύγχρονος άνθρωπος να ανακουφιστεί από αυτό και να το αντιμετωπίσει. Ο Shortell και άλλοι έχουν διατυπώσει την άποψη ότι τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας που οργανώνουν την υγεία μιας κοινότητας έχουν τη δυνατότητα να απευθύνονται στους κοινοτικούς και οργανωτικούς παράγοντες που οδηγούν σε κατάθλιψη και σαθρή υγεία και ότι η κατευθυνόμενη φροντίδα είχε κάποιες επιτυχίες στη διαμόρφωση υγιεινών τρόπων ζωής. Συνεκτιμώντας τα προαναφερθέντα, αυτό το καθήκον είναι καινούργιο και είναι αυτό στο οποίο στρέφονται οι κρατικοί υγειονομικοί φορείς και οι οργανώσεις προμηθευτών στην Ευρώπη και τον Καναδά. Όμως η αποτελεσματικότητα αυτών των προσεγγίσεων πρέπει να εκτιμηθεί έτσι ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τα συστήματα υγείας όλων των χωρών.

4. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

4.1 Η ποιότητα στις Ελληνικές Υπηρεσίες υγείας πριν το νόμο 2889/01

Η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα ξεκίνησε με μεγάλη καθυστέρηση σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Η προσπάθεια για δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ.) ξεκινά με το νόμο 1397 μόλις το 1983 (Σαραφίδης, Σταφυλάς 2005), σε μια περίοδο που τα συστήματα υγείας στο δυτικό κόσμο είχαν περάσει από την ανάπτυξη στην κρίση και μελετούσαν τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις για την έξοδο από την κρίση αυτή. Όπως ήταν φυσικό, το ενδιαφέρον για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας πέρασε σε δεύτερη μοίρα και στους τέσσερις βασικούς μεταπολιτευτικούς νόμους του χώρου της υγείας (1397/83, 1579/85, 2071/92, 2194/94) δεν γινόταν πουθενά νύξη γι' αυτή.

Έτσι, ενώ από τις αρχές της δεκαετίας του '90 σε πολλές χώρες της Ευρώπης (Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία, Δανία) είχαν δημιουργηθεί εθνικά προγράμματα δράσης για την προώθηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ή/και είχαν συμπεριληφθεί διατάξεις για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στις εθνικές νομοθεσίες (Γερμανία, Γαλλία, Ισπανία και Ιταλία), στην Ελλάδα δεν υπήρχε κανένα σύστημα εξασφάλισης της ποιότητας. Αντίθετα, στο Ε.Σ.Υ. χρόνιζαν μια σειρά από αδυναμίες που οδηγούσαν σε κακή ποιότητα των υπηρεσιών. Αν απαριθμήσουμε τα προβλήματα αυτά σε σειρά αντίστοιχη με τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, θα διαπιστώσουμε ότι την περίοδο αυτή το Ε.Σ.Υ. και γενικότερα ο ελληνικός υγειονομικός τομέας χαρακτηρίζεται από :

α) Υπερπροσφορά ιατρικού δυναμικού, ένα μεγάλο μέρος του οποίου είναι επιστημονικά ανεπαρκές. Παρότι οι διάφοροι τεχνοκράτες θεωρούν το επίπεδο των γιατρών στη χώρα μας «αρκετά ικανοποιητικό», είναι κοινό μυστικό ότι η προέλευση πάνω από τα 2/3 του ιατρικού δυναμικού τα τελευταία χρόνια από αμφιβόλου ποιότητας πανεπιστήμια του εξωτερικού (ιδίως των πρώην Ανατολικών χωρών) και οι ανεπαρκέστατες και διάτρητες διαδικασίες αναγνώρισης του πτυχίου (εξέταση σε μόλις 2 μαθήματα, αντί για 60 - 70 που υπάρχουν στο πρόγραμμα σπουδών των ελληνικών ιατρικών σχολών) έχουν ρίξει κατακόρυφα το μέσο επίπεδο των γιατρών. Οι «γιατροί» αυτοί, ιδίως κατά τα πρώτα έτη υπηρεσίας τους, είναι τόσο ανεπαρκείς, που γίνονται εύκολα αντιληπτοί από τους πολίτες και αποτελούν πηγή μεγάλης δυσαρέσκειας. Επίσης, δεν υπάρχει κρατικός σχεδιασμός και κίνητρα για επιμόρφωση των γιατρών.

β) Χαμηλό επίπεδο του υπόλοιπου προσωπικού, καθώς μέχρι πριν από λίγα χρόνια μοναδικό κριτήριο διορισμού στο δημόσιο ήταν η κομματική ταυτότητα.

γ) Απαράδεκτη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Η υπερπληθώρα των ιατρών μετέτρεψε τους πάσχοντες ασθενείς σε «πελάτες» και διόγκωσε τα φαινόμενα της παραοικονομίας και της τεχνητής ζήτησης των υπηρεσιών καταπατώντας την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

δ) Τεράστια προβλήματα στην πρόσβαση, π.χ. μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες, χαμηλή ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.), γραφειοκρατία.

ε) Χαμηλές ταχύτητες στην επίλυση των προβλημάτων υγείας (μεγάλες αναμονές σε τακτικά και επείγοντα εξωτερικά ιατρεία, τακτικά χειρουργεία κ.τ.λ.).

στ) Έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων (σύστημα παραπομπών, μηχανογραφημένα αρχεία για επανέλεγχο κ.τ.λ.).

ζ) Μεγάλες ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό, ιδίως νοσηλευτικό.

η) Ελλείψεις σε μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας στο Ε.Σ.Υ. (παρά την πρόοδο) και συνεχείς παραπομπές στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, ανεπαρκής συντήρηση του υπάρχοντος εξοπλισμού.

θ) Ανεπαρκέστατος τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., (ακαμψία νομικού πλαισίου, μη ειδικοί στη διοίκηση, διάσπαση διαχειριστικής ευθύνης, έλλειψη προγραμματισμού και αξιολόγησης ενεργειών).

ι) Ακαταλληλότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων. Με εξαίρεση ελάχιστα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα κτίρια ήταν εξαιρετικά παλιά, προοριζόταν σε αρκετές περιπτώσεις για άλλες χρήσεις και στη συνέχεια μετατράπηκαν σε νοσοκομεία, η χωροθέτηση τους ήταν απαράδεκτη και οι συνεχείς επεκτάσεις γινόταν χωρίς κανένα σχεδιασμό. Το αποτέλεσμα ήταν τεράστια επιβράδυνση της διακίνησης υλικών και ασθενών.

ια) Υποβαθμισμένη ξενοδοχειακή λειτουργία.

ιβ) Ελλιπής τήρηση κανόνων υγιεινής.

ιγ) Απουσία σύγχρονων μορφών χρηματοδότησης, προϋπολογιστικού ελέγχου και διαχείρισης στη βάση κόστους – αποτελεσματικότητας, με αποτέλεσμα αδυναμία συγκράτησης των εξόδων.

ιδ) Τέλος, από τη στιγμή που η ηγεσία των νοσοκομείων είχε ανατεθεί με το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) σε άτομα άσχετα με τη διοίκηση, είναι λογικό να μην υπήρχε καν αντίληψη της έννοιας της ποιότητας, πόσο μάλλον συνεχής επιδίωξη της.

Με βάση τα παραπάνω, είναι απόλυτα δικαιολογημένο το γεγονός ότι την περίοδο αυτή σε διάφορες μετρήσεις στην Ελλάδα παρουσιάζεται το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης

από τις υγειονομικές υπηρεσίες και το υψηλότερο ποσοστό πολιτών που τις κρίνουν ανεπαρκείς μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες χώρες. Η διαπίστωση αυτή της χαμηλής ικανοποίησης των χρηστών οδήγησε τους εμπειρογνώμονες που εξουσιοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας να εντοπίσουν τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. στα μέσα της δεκαετίας του '90, να συμπεριλάβουν τη βελτίωση της ποιότητας στο γενικό πλαίσιο και σε ειδικές παραμέτρους των αλλαγών που πρότειναν. Μετά από πολλές παλινωδίες ορισμένες από τις αλλαγές αυτές (όχι όμως όλες) συμπεριλήφθηκαν στο νόμο 2519/979.

Ο νόμος 2519/97 περιελάμβανε μια σειρά από μέτρα που θα περιορίζαν ορισμένα από τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν και θα βελτίωναν έμμεσα την ποιότητα, όπως η ίδρυση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η ενίσχυση της δημόσιας υγείας με κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες, η ενίσχυση της Π.Φ.Υ. με τα Δίκτυα Π.Φ.Υ. και τον οικογενειακό γιατρό, η δημιουργία μονάδων αποκατάστασης, η μέριμνα για μετεκπαίδευση γιατρών, η προσπάθεια αντικειμενικής αξιολόγησης των γιατρών του Ε.Σ.Υ. και η εισαγωγή στα νοσοκομεία του θεσμού του γενικού διευθυντή. Η συμβολή του όμως στο θέμα της ποιότητας έγκειται κυρίως στη δημιουργία ειδικού φορέα στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγιεινής (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.), που σκοπό έχει τη στατιστική ανάλυση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τη διασφάλιση της ποιότητας τους, τη χορήγηση πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας, τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και τη σύνταξη εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες. Οι περισσότερες προτάσεις του 2519/97 δεν εφαρμόστηκαν, η ίδρυση όμως του Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. αποτέλεσε θετικό βήμα, γιατί σηματοδότησε την έναρξη του ενδιαφέροντος της πολιτείας για την ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

4.2 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο νόμο 2889/01 και τα βήματα προόδου που συντελέστηκαν

Η απουσία πολιτικής βούλησης για ουσιώδεις μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα και η συσσώρευση των προβλημάτων έκαναν την κατάσταση στη στροφή του αιώνα ασφυκτική. Η κυβέρνηση έθεσε την υγεία στις πρώτες προτεραιότητες της και ο υπουργός Υγείας και Πρόνοιας εξήγγειλε σαρωτικές αλλαγές, το πρώτο μέρος των οποίων μετουσιώθηκε στο νόμο 2889/01 (Σαραφίδης, Σταφυλάς 2005). Άμεση αναφορά του νόμου στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται ουσιαστικά σε δύο σημεία :

α) Στην παρ. 5 του άρθρου 4, με την οποία ιδρύεται σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ. « Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας» ως τμήμα της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας. Το τμήμα αυτό «καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων από τις μονάδες του ΠΕ.Σ.Υ. υπηρεσιών υγείας και ελέγχει την εφαρμογή τους σε συνεργασία με τα Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. και τις συναρμόδιες ελεγκτικές αρχές».

β) Στην παρ. 6 του άρθρου 6, σύμφωνα με την οποία δίνεται η δυνατότητα σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών να συνίσταται Διεύθυνση Πληροφορικής με αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή.

Με τις δύο αυτές ρυθμίσεις, ο 2889/01 ουσιαστικά ιδρύει σε επίπεδο περιφέρειας και νοσοκομείου διοικητικά τμήματα που θα ασχολούνται αποκλειστικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σε συνεργασία με την κεντρική υπηρεσία. Παρέχει δηλαδή στην ηγεσία των οργανισμών αυτών την οργανωτική υποδομή για εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Εκτός όμως από τη δημιουργία των διοικητικών αυτών δομών πολλές άλλες ρυθμίσεις του 2889/01 μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην εξάλειψη χρονίων προβλημάτων και έμμεσα στην βελτίωση της ποιότητας. Συγκεκριμένα :

α) Η ίδια η ίδρυση των ΠΕ.Σ.Υ. με τις αυξημένες αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται, τη σαφή διάκριση σε τμήματα, τη σύνθεση του προσωπικού τους κ.τ.λ., αποτέλεσε μέτρο που αλλάζει εκ βάθρων το οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος, εισάγοντας την ορθολογική διοίκηση (προγραμματισμός, έλεγχος, αύξηση της αποδοτικότητας). Επίσης, η γεωγραφική κατανομή τους είναι σημαντικό βήμα στην εξάλειψη των γεωγραφικών ανισοτήτων.

β) Η κατάργηση του αναχρονιστικού θεσμού του Δ.Σ. και η εισαγωγή του θεσμού του Διοικητή επέτρεψε την άσκηση επιστημονικής διοίκησης στο νοσοκομείο, με ό,τι αυτή συνεπάγεται (ορθή διαχείριση στη βάση κόστους αποδοτικότητας, εκσυγχρονισμός των οργανωτικών δομών, εισαγωγή νέων μεθόδων διοίκησης και φυσικά συνεχή επιδίωξη της βελτίωσης ποιότητας των υπηρεσιών).

γ) Η αναλυτική περιγραφή των προσόντων του Διοικητή, με το βάρος που δίνεται σε σπουδές και εμπειρία διοίκησης, αποτέλεσε δικλείδα για αντικειμενική επιλογή των υποψηφίων.

δ) Στο νόμο προβλέπεται η υπογραφή από το Διοικητή «συμβολαίου αποδοτικότητας» με συγκεκριμένους στόχους, η μη επίτευξη των οποίων συνεπάγεται την απόλυσή του.

ε) Ανάλογα με τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου δίνεται η δυνατότητα στο Διοικητή να πραγματοποιήσει χωρίς καμία έγκριση έργα βελτίωσης της κτιριακής υποδομής μέχρι ενός συγκεκριμένου ποσού, κάτι που μειώνει σημαντικά το χρόνο εκπόνησης των έργων.

στ) Με αντίστοιχη διαδικασία στο Συμβούλιο Διοίκησης μπορεί να προβεί σε έργα επέκτασης, διαρρυθμίσεις κ.τ.λ. της κτιριακής υποδομής ή σε προμήθεια ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού.

ζ) Ιδρύθηκε σε κάθε νοσοκομείο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών» με σκοπό την ενημέρωση ασθενών και συνοδών, μέτρο που βελτιώνει σημαντικά το επίπεδο επικοινωνίας και συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και επιταχύνει τη διακίνησή τους.

η) Σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες ιδρύθηκε αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ειδική στελέχωση και προσωπικό, κάτι που θα βελτιώσει την πρόσβαση, την ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των επειγόντων.

θ) Καθιερώθηκε η «Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων» με τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα οποία οι ασθενείς θα πληρώνουν επίσκεψη. Το μέτρο αυτό είχε στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης, τη μείωση του χρόνου αναμονής, την αύξηση της ελευθερίας επιλογής των χρηστών, την ελάττωση της παραοικονομίας και την αύξηση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου.

ι) Καθιερώθηκε η δυνατότητα ανάδειξης συγκεκριμένων μονάδων με υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών σε «Κέντρα Αριστείας», μετά από ειδική αξιολόγηση.

ια) Ήρθη η μονιμότητα των γιατρών του Ε.Σ.Υ., καθώς οι νεοδιοριζόμενοι γιατροί υπηρετούν με 5ετή θητεία, μετά τη λήξη της οποίας η θέση επαναπροκηρύσσεται, κάτι που ενισχύει την αύξηση της αποδοτικότητας, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την επιστημονική παραγωγή των γιατρών.

ιβ) Εισήχθη πιο αναλυτικό σύστημα αξιολόγησης των γιατρών του Ε.Σ.Υ. με στόχο την ενίσχυση της αντικειμενικότητας των κρίσεων.

ιγ) Τέλος, καθιερώθηκαν μηχανισμοί και προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλου του προσωπικού υπό την εποπτεία των ΠΕ.Σ.Υ. για τη διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού σε υψηλό επίπεδο.

Σήμερα, 3 χρόνια μετά τη δημοσίευση του 2889/01 η κατάσταση στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δεν φαίνεται να έχει αλλάξει δραματικά, αφενός γιατί συνεχίζουν να υπάρχουν οι βασικές αδυναμίες στον υγειονομικό τομέα (υπανάπτυξη της Π.Φ.Υ., πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών φορέων κ.α.) αφετέρου γιατί ορισμένες μεταρρυθμίσεις του 2889/01 (π.χ.

απογευματινά ιατρεία) δεν στηρίχτηκαν όσο έπρεπε. Θα ήταν όμως άδικο αν δεν σημειώσουμε ορισμένα βήματα προς τα εμπρός που άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η μεγαλύτερη πλειοψηφία των άμεσα εμπλεκόμενων, των εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. , θα συμφωνούσε ότι η εισαγωγή της αποκέντρωσης και της επιστημονικής διοίκησης έχει αλλάξει ριζικά την όλη «φιλοσοφία» που μέχρι πρότινος υπήρχε στο σύστημα. Η ύπαρξη ανθρώπων με ουσιαστικά προσόντα σε διοικητικές θέσεις εισάγει με αργά αλλά σταθερά βήματα έννοιες όπως ο έλεγχος του κόστους, η αύξηση της αποδοτικότητας, ο προγραμματισμός και η αξιολόγηση των ενεργειών. Επιχειρησιακά σχέδια, μελέτες κόστους – αποδοτικότητας και δομικές αλλαγές στη διοίκηση άρχισαν ήδη να προωθούνται. Η εισαγωγή προσώπων με γνώση της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ήταν αναγκαία προϋπόθεση για προώθηση προγραμμάτων βελτίωσης και διασφάλισης της, με τη βοήθεια των ειδικών υπηρεσιών που θεσμοθετήθηκαν. Σε καθαρά πρακτικό επίπεδο, οι διοικητές εκμεταλλεύτηκαν σχεδόν αμέσως τις δυνατότητες βελτίωσης της κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής. Στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας έχουν γίνει και γίνονται αντίστοιχα έργα. Επιλέχθηκαν μάλιστα πολύ σωστά οι χώροι με μεγάλη συχνότητα επισκεπτών (είσοδοι, κεντρικοί διάδρομοι, ΤΕΠ, γραφεία κίνησης) και η βελτίωση των συνθηκών είναι εμφανής. Η θεσμοθέτηση των ΤΕΠ είναι μια αρχή για την καλύτερη αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Η λειτουργία των Γραφείων Υποδοχής επίσης διευκόλυνε πολύ τη διακίνηση των ασθενών. Τέλος, η άρση της μονιμότητας και η προσπάθεια για αντικειμενικότερη αξιολόγηση έχει κινητοποιήσει τουλάχιστον τους νεότερους γιατρούς για βελτίωση των προϊόντων τους.

4.3 Τα κυριότερα προβλήματα Ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία

Κτιριακή υποδομή και εγκαταστάσεις : με εξαίρεση τα σύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και λίγα νομαρχιακά, τα περισσότερα λειτουργούν σε κτίρια παλαιά, με ανεπαρκή συντήρηση, απαράδεκτη χωροθέτηση και συνεχείς επεκτάσεις – προσθήκες και μετατροπές χωρίς κανένα σχεδιασμό, που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Δεν είναι σπάνια η λειτουργία χειρουργικών κλινικών μακριά από αίθουσες χειρουργείων ή Μ.Ε.Θ., η ανισόπεδη - κάθετη επικοινωνία των τμημάτων, η επικοινωνία κλινικών και εργαστηρίων διαμέσου διαδρόμων κοινής χρήσης (και από επισκέπτες) ή ακόμα και διαμέσου του περιβάλλοντος αύλειου χώρου.

Τα παραπάνω ενοχοποιούνται για την κακή διαχείριση των ανθρώπων και υλικών μέσα στα νοσοκομεία, για την καθυστέρηση στη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων, για

την απρογραμματίστη τροφοδοσία με υλικά. Είναι, επίσης, γνωστή σε όλους η εικόνα της συμφόρησης των περισσότερων νοσοκομείων από συγγενείς και επισκέπτες που πηγαиноέρχονται στους διαδρόμους και στους θαλάμους, εικόνα που χαρακτηρίζεται συχνά ως «τριτοκοσμική» (Αλεξιάδης 1999, Θεοδώρου 2001).

Ανθρώπινοι πόροι : παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις, ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό προσωπικό (μόνο το 18% των θέσεων νοσηλευτών Π.Ε. που προβλέπονται είναι καλυμμένες), αλλά και απουσία κρίσιμων ειδικοτήτων (managers, οικονομολόγοι υγείας, ειδικοί πληροφορικής). Πολλά τμήματα ή κλινικές υπολειτουργούν εξαιτίας του ανεπαρκούς αριθμητικού προσωπικού, Μ.Ε.Θ. μένουν κλειστές, ιατρικά μηχανήματα δεν αξιοποιούνται και δεκάδες νοσηλεύόμενοι ασθενείς αδυνατούν να λάβουν την απαραίτητα νοσηλευτική φροντίδα, ιδιαίτερα τις νυκτερινές ώρες (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 24/12/03, 27/10/04).

Ταυτόχρονα, η σχεδόν ανύπαρκτη επιμόρφωση του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων και καθηκοντολογίου, δημιουργούν σοβαρά προβλήματα ποιότητας, που σχετίζονται με την ανεπάρκεια των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούν οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης και νοσηλείας.

Διοίκηση – Οργάνωση – Χρηματοδότηση : τα νοσοκομεία σήμερα, ως Ν.Π.Δ.Δ. (και παρά τα θετικά στοιχεία των νόμων 2889/01 και 3329/05) συνεχίζουν να ασφυκτιούν από την έντονη γραφειοκρατία του δημόσιου λογιστικού και οι διοικήσεις τους – ακόμα και όταν στελεχώνονται από **άτομα** με ουσιαστικά προσόντα και γνώσεις management – δύσκολα κατορθώνουν να ελέγξουν ή να επηρεάσουν καθοριστικά τους παράγοντες που διαμορφώνουν το οργανωτικό πλαίσιο του νοσοκομείου. Το οργανόγραμμα των νοσοκομείων, οι προσλήψεις του προσωπικού, οι εργασιακές σχέσεις, η υπηρεσιακή κατάσταση των εργαζομένων, η αξιολόγηση και οι προαγωγές, το σύστημα αμοιβών και η χρηματοδότηση (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο), καθορίζονται κυρίως από την πολιτεία με το δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα και διάφορους νόμους και ρυθμίσεις.

Επιπλέον, το άκαμπτο νομικό πλαίσιο, οι αλληλεπικαλύψεις και οι συγκρούσεις ρόλων και αρμοδιοτήτων και η απουσία καθηκοντολογίου και ουσιαστικής αξιολόγησης δυσχεραίνουν τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και παρεμποδίζουν την καθιέρωση μεθόδων «διοίκησης ολικής ποιότητας» (Δικαίος 1999, Θεοδώρου 2001).

Τεχνολογικός εξοπλισμός : παρά τον εκσυγχρονισμό, οι σημαντικές ανισότητες στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα ελληνικά νοσοκομεία, σε συνδυασμό με την

έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού και εξειδικευμένου προσωπικού, μειώνουν την αποτελεσματικότητα του εξοπλισμού, καθυστερούν τη συντήρησή του, ενισχύουν την παραπομπή στον ιδιωτικό τομέα και παρεμποδίζουν την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

Μηχανογραφική υποστήριξη : τα περισσότερα νοσοκομεία δεν τηρούν μηχανογραφημένα αρχεία ασθενών, ούτε δίκτυα ιατρικής πληροφόρησης, ενώ η διαχείριση των πληροφοριών είναι συχνά προβληματική, ακόμα και ανάμεσα στα τμήματα του νοσοκομείου. Οι σύγχρονες εφαρμογές της πληροφορικής (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενή, μηχανοργάνωση αρχείων, κάρτα υγείας) βρίσκονται ακόμα στο αρχικό στάδιο σχεδίασης και εφαρμογής (Θεοδώρου 2001).

Νοσοκομειακές λοιμώξεις : η χώρα μας κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στη «μαύρη λίστα» της Ευρώπης, αφού καταγράφονται σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων (έως 13,5%) – ιδιαίτερα χειρουργικών – σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (3,5% - 9%). Η υγειονομική ασφάλεια, το επίπεδο υγιεινής και τα συστήματα επιτήρησης δε λειτουργούν ικανοποιητικά και ο έλεγχος είναι αποσπασματικός. Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ προβλέπεται μία νοσηλεύτρια λοιμώξεων ανά 250 κλίνες, αυτό δεν τηρείται σχεδόν ποτέ (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 18/4/05).

Ράντζα – Λίστες αναμονής : η μη ορθολογική οργάνωση και η κακή λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων, των Τ.Ε.Π. και των εργαστηρίων, ο ανεπαρκής αριθμός Μ.Ε.Θ., καθώς και η έλλειψη προσωπικού δημιουργούν αρνητικά φαινόμενα «ηθμού» και ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τη συμφόρηση και τα ράντζα (ιδιαίτερα στα μεγάλα νοσοκομεία), τις καθυστερήσεις στην περίθαλψη και την κακή ποιότητα των υπηρεσιών. Η εφαρμογή του πρόσφατου «νέου» συστήματος εφημεριών (με τη συμμετοχή περισσότερων νοσοκομείων), δε φαίνεται να έλυσε το πρόβλημα, αφού τα ράντζα «μετακόμισαν» από τα μεγάλα νοσοκομεία στα μικρότερα (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 16/5/05).

Ταυτόχρονα, οι λίστες αναμονής (στα εξωτερικά ιατρεία και στα χειρουργεία) μεγαλώνουν καθημερινά ιδιαίτερα στα «περιζήτητα» νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να περιμένουν έως και πάνω από 6 μήνες. Για παράδειγμα, περισσότεροι από 350 ασθενείς περιμένουν σήμερα τη σειρά τους για τα τακτικά χειρουργεία του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», με τη λίστα αναμονής να φθάνει τους 8 μήνες, ενώ για μία εξέταση αίματος στο «Γενικό Κρατικό Αθηνών» η αναμονή ξεπερνά τις 45 ημέρες. Ακόμα και για ακτινοθεραπεία, η λίστα αναμονής κυμαίνεται από 10 μέρες έως 3 μήνες (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 7/4/05).

Παραοικονομία : την προσφορά των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων σκιάζει έντονα η εικόνα της παραοικονομίας, που ευνοείται από τη μη οργανωμένη και διαφανή λειτουργία των υπηρεσιών εισαγωγής, από τις μεγάλες λίστες αναμονής, από την έλλειψη ελέγχου, καθώς και από την ανοχή των εργαζομένων. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., ο ετήσιος τζίρος από «φακελάκια» στο Ε.Σ.Υ. ανέρχεται στα 6 δις ευρώ (Τούντας 2002, Βαρνάβας 2005).

Αρκετά ελληνικά νοικοκυριά φθάνουν στα όρια της χρεοκοπίας για να ανταπεξέλθουν στο κόστος της περίθαλψης. Έρευνα της Ε.Σ.Δ.Υ. έδειξε ότι το 2,5% των οικογενειών στην Ελλάδα (έναντι 0,4% στο σύνολο της Ε.Ε.) καταστρέφονται οικονομικά στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν κάποιο αιφνίδιο ή χρόνιο πρόβλημα υγείας, που χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 17/11/03).

Τα νοσοκομεία έρχονται δεύτερα στη λίστα της διαφθοράς με 21%, ενώ ασθενείς καταγγέλλουν ότι τους έχει ζητηθεί «φακελάκι» για ... να βρεθεί ασθενοφόρο ή ακόμα και για να αλλάξει ο νοσηλευόμενος δωμάτιο στο νοσοκομείο! (εφημ. «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» 11/12/05).

Ικανοποίηση ασθενών : οι Έλληνες ασθενείς αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσοκομεία με έντονη δυσπιστία και δυσαρέσκεια εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι μάλιστα, σύμφωνα με πολλές έρευνες, οι περισσότερο δυσαρεστημένοι πολίτες της Ε.Ε., από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται, με 8 στους 10 να δηλώνουν χαμηλή ικανοποίηση από τα δημόσια νοσοκομεία. Τα περισσότερα παράπονα κατευθύνονται προς το ξενοδοχειακό μέρος των νοσοκομείων, τις συνθήκες διαβίωσης, το φαγητό, την κατάσταση των κοινόχρηστων χώρων και τις αναμονές για εξέταση (Ferrera 1993, Μάντη 2000, Κυριόπουλος 1994, εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 13/5/02).

Συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας : μπορεί οι Έλληνες ασθενείς να δείχνουν εμπιστοσύνη στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό, εντούτοις συχνά επισημαίνεται σε έρευνες η ύπαρξη αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς από ορισμένους γιατρούς και άλλο προσωπικό του Ε.Σ.Υ., που καταπατούν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των αρρώστων, δεν τηρούν το απόρρητο και δεν πληροφορούν επαρκώς τους ασθενείς (Abel – Smith 1994). Αποτέλεσμα είναι να πληθαίνουν οι καταγγελίες και οι προσφυγές των πολιτών στα δικαστήρια, ζητώντας αποζημιώσεις (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 1/6/04).

4.4 Προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Είναι προφανές ότι κάθε δράση ή μέτρο που θα επιλύει ένα από τα προβλήματα και θα βελτιώνει έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, θα βελτιώνει και την ποιότητα συνολικά. Οι δράσεις αυτές είναι πάρα πολλές και διαφέρουν ανάλογα με τη μονάδα υγείας, επομένως η παρουσίαση τους εκφεύγει των ορίων της παρούσας εργασίας. Από τη στιγμή όμως που η διοίκηση των μονάδων υγείας βρίσκεται πλέον σε χέρια ειδικών επιστημόνων και υπάρχουν οι αντίστοιχες διοικητικές δομές, είναι σκόπιμο να παρουσιάσουμε τις πλέον καθιερωμένες μεθόδους αποτίμησης, διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας. Οι μέθοδοι αυτές αποτελούν στην ουσία εναλλακτικές προτάσεις για την ηγεσία για τη βελτίωση της ποιότητας σε κάθε οργανισμό. Η εφαρμογή τους θα διαμορφώσει ένα γενικό πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας από το οποίο θα εκπορεύονται οι επιμέρους δράσεις. Οι διοικήσεις λοιπόν θα μπορούσαν να εφαρμόσουν (Σαραφίδης, Σταφυλάς) :

α) Προγράμματα Ποιοτικού Ελέγχου, ο οποίος είναι «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούργια». Ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου περιλαμβάνει την ανάπτυξη προτύπων, την περιγραφή της κατάστασης, την αξιολόγηση για τον εντοπισμό των προβλημάτων, τις διορθωτικές ενέργειες και την επαναξιολόγηση, στην ουσία δηλαδή μοιάζει με τη γενικότερη διοικητική λειτουργία του ελέγχου. Μειονέκτημά του είναι ότι διορθώνει τις αδυναμίες εκ των υστέρων.

β) Προγράμματα Διασφάλισης της Ποιότητας (ΔΠ) που ορίζεται ως «το σύνολο προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληρεί ορισμένες προδιαγραφές». Η ΔΠ κατοχυρώνει «εκ των προτέρων», ότι το προϊόν ή η υπηρεσία θα συμφωνεί με τις προδιαγραφές, οι οποίες πρέπει να έχουν καθορισθεί με ακρίβεια. Στις επιχειρήσεις η ΔΠ γίνεται με την βοήθεια των προτύπων ISO, όπως αναφέρθηκε. Στις μονάδες υγείας η ΔΠ είναι μάλλον αδύνατο να εφαρμοσθεί στο ιατρικό κλινικό έργο, αφού οι προδιαγραφές της ποιότητας των πράξεων είναι δύσκολο να καθορισθούν. Μπορεί όμως να εφαρμοσθεί στον εργαστηριακό ιατρικό τομέα και πολύ περισσότερο σε δραστηριότητες διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές, διακίνησης ασθενών, επιλογής προσωπικού κ.α.

γ) Προγράμματα Κύκλων Ποιότητας, δημιουργία δηλαδή ομάδων στελεχών / εργαζομένων από 4 έως 12 άτομα, που εργάζονται σε παραπλήσιους τομείς και εθελοντικά συναντιούνται τακτικά για να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα εργασίας τους.

Η μέθοδος αυτή στην ουσία στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας μέσω επίλυσης επιμέρους προβλημάτων από ευέλικτες ομάδες στελεχών.

δ) Τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), η οποία είναι ένα «σύστημα διοίκησης με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων». Η ΔΟΠ είναι ένα συνολικό μοντέλο διοίκησης που γνωρίζει μεγάλη ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία. Βασισμένη σε στοιχεία και επιστημονικές αναλύσεις επιδιώκει την πλήρη ικανοποίηση του πελάτη και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας με συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Σε έναν οργανισμό, εκτός από τους εξωτερικούς υπάρχουν και οι εσωτερικοί πελάτες, τμήματα δηλαδή που καταναλώνουν προϊόντα ή υπηρεσίες άλλων τμημάτων (π.χ. μία κλινική που καταναλώνει υπηρεσίες του μικροβιολογικού εργαστηρίου). Η ικανοποίηση των εξωτερικών πελατών προϋποθέτει την ικανοποίηση όλων των εσωτερικών πελατών. Στην ουσία η ΔΟΠ καθιστά την επιδίωξη της ποιότητας καθημερινή μέριμνα όλων των εργαζομένων. Τα θεαματικά αποτελέσματα της σε άλλους τομείς την καθιστούν την πλέον ελπιδοφόρα πρόταση για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

ε) Μεθόδους ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών, όπως η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας με Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years, QALY's). Με τέτοιους δείκτες μπορούν να ποσοτικοποιηθούν τα αποτελέσματα θεραπευτικών παρεμβάσεων ή συνολικών προγραμμάτων υγείας και στη συνέχεια να συγκριθούν μεταξύ τους για να επιλεγεί η καλύτερη, η ποιοτικότερη λύση.

Στο παρελθόν εμφανίστηκαν σποραδικές προσπάθειες εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων, όπως το πρόγραμμα ΔΠ στο Τμήμα Αναισθησιολογίας του ΑΧΕΠΑ το 1991, δεν βρήκαν όμως συνεχιστές, λόγω της καχυποψίας και της άγνοιας, που συνάντησαν. Παρόλα αυτά, η υιοθέτηση τέτοιων μεθόδων από την ηγεσία των νοσοκομείων είναι η μόνη λύση για την εγκατάσταση της έννοιας της ποιότητας στην «κουλτούρα» των εργαζομένων και τη δημιουργία των δομών μέσα από τις οποίες επιμέρους δράσεις θα συμβάλλουν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

5. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

5.1 Εννοιολογική προσέγγιση ικανοποίησης

Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (Bond & Thomas 1992) και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μία γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση, σύμφωνα πάντα με τον ίδιο τον ερευνητή, είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό.

Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Guzman και τους συνεργάτες του (1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας, την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι μία γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας.

Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι της Risser (1975), σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Οι Ware και Snyder (1975), ύστερα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, ανέφεραν δέκα περιοχές ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας. Στη συνέχεια, εφαρμόζοντας παραγοντική ανάλυση, κατέληξαν σε οκτώ περιοχές: τεχνική, τέχνη της φροντίδας

(διαπροσωπικές σχέσεις), φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, πρόσβαση, συνέχεια, αποτελεσματικότητα και οικονομικά. Αν και στη διαδικασία αξιολόγησης της εγκυρότητας του περιεχομένου δε συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητας αυτών των περιοχών, οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (Oberst 1984).

Σύμφωνα με τους Greeneich, Long και Miller (1992), τέσσερις από τις διαστάσεις που έχουν προταθεί από τους Ware και Snyder (1975) για τη φροντίδα υγείας, έχουν εφαρμογή στη νοσηλευτική: τέχνη, τεχνική, φυσικό περιβάλλον και αποτελεσματικότητα. Οι ίδιοι ερευνητές, ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση πρότειναν πέντε νοσηλευτικές διαστάσεις για την ικανοποίηση του ασθενούς: α) χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (όπως ευγένεια, ενδιαφέρον, σεβασμός), β) χαρακτηριστικά νοσηλευτικής φροντίδας (όπως διδασκαλία, εμπιστοσύνη, συνέχεια, φροντίδα, υπεράσπιση δικαιωμάτων του ασθενούς και τεχνικές επικοινωνίας), γ) νοσηλευτική ικανότητα (όπως τεχνική, γνώσεις και οργανωτική ικανότητα), δ) περιβάλλον (όπως θόρυβος, ευκολίες, φαγητό, καθαριότητα), και ε) προσδοκίες των ασθενών.

Ο Abramowitz και οι συνεργάτες του (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης: ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, το βοηθητικό προσωπικό, τους βοηθούς νοσηλευτές, την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για διαδικασίες και θεραπείες, το θόρυβο, την καθαριότητα, το φαγητό, τις υπηρεσίες συνοδών (escort services) και τέλος τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Meterko και τους συνεργάτες του (1990), υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: υποδοχή των ασθενών, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, υπόλοιπο προσωπικό, περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Τέλος, οι Carey & Seibert (1993) ανέφεραν την ύπαρξη οκτώ περιοχών ικανοποίησης: ευγένεια, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φαγητό, άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, διαδικασίες εισαγωγής – χρέωσης, θρησκευτικές ανάγκες και αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

5.2 Χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός (McDonnell & Nash 1990, Scardina 1994) και οι αυξημένες ανάγκες των

ασθενών (Miller – Bader 1988) είχαν ως αποτέλεσμα να δοθεί μεγάλη έμφαση στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές (Bond & Thomas 1992, Fitzpatrick 1991). Οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συμφωνούν, ότι υπάρχει ανάγκη για αναγνώριση, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (JCAHO 1991) και αναγνωρίζουν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ένας σημαντικός και έγκυρος δείκτης της ποιότητας της φροντίδας (Bond & Thomas 1991, Donabedian 1980, Strasen 1988, Vuori 1987).

Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Vuori (1987), δύο φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση αυτή του ενδιαφέροντος.

Πρώτον, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή του «να κάνεις το περισσότερο καλό, για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων».

Δεύτερον, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό, που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων, την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά και όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα.

Οι οικονομικοί περιορισμοί και το κλίμα του καταναλωτισμού των τελευταίων δεκαετιών έχουν, επίσης, αναγνωριστεί ως παράγοντες που συντέλεσαν στην αυξημένη προσοχή που δίνεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (Guzman et al 1988, Linder – Pelz 1982a).

Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί όλα τα ανεπτυγμένα κράτη (Scardina 1994).

Το καταναλωτικό κλίμα της εποχής μας έχει οδηγήσει σε ένα έντονο ανταγωνισμό και στην απαίτηση των καταναλωτών για μεγαλύτερη υπευθυνότητα όλων εκείνων που προσφέρουν υπηρεσίες (Guzman et al 1988). Η στάση, δηλαδή, των καταναλωτών έχει δραματικά αλλάξει με τη μετάβαση από ένα παθητικό προς ένα ενεργητικό ρόλο.

Η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει επίσης αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια, με συνέπεια, όχι μόνο την αύξηση του κόστους, αλλά και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών (OTA 1988). Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην

ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών (Strasen 1988). Γι' αυτό το λόγο, πολλοί ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (Linder – Pelz 1982a).

Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στην(ν): αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, (β) αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας, (γ) λήψη διοικητικών αποφάσεων, (δ) αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας, (ε) διοίκηση προσωπικού, (στ) προσέλκυση ασθενών – πελατών (marketing), και (ζ) διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

5.3 Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών

Η ικανοποίηση του ασθενή, κατά τον Yucelt, αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, ύπαρχε πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987). Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρά) και την εξυπηρέτηση (Teiberg et al, 1994). Κατά τον Karydis et al (2001), η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
2. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,
3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Mosialos, 1991) ,
4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί (Eastaugh,, 1987),
5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,

6. Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Maniadakís, 1996).

Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπευτών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angeloroulou, 1999).

Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας (Salamdari, 2001).

Η βιβλιογραφία για την ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή (Crolin and Taylor, 1994), καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες αναγνωρίστηκε διεθνώς ως σημαντικό βοήθημα για τον κλάδο της υγείας (Smith, 2000).

5.4 Νοσηλευτική και μέτρηση ικανοποίησης ασθενών

Στην ιατρική, όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται στην άποψη των ασθενών σε σχέση με το τι αποτελεί κατάλληλη θεραπεία (Bond & Thomas 1992). Το ιατρικό προσωπικό έχει συνειδητοποιήσει ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφηθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών (Epstein 1990). Στις Η.Π.Α. το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 1990) έχει συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας.

Η προσφορά της νοσηλευτικής δεν είχε αναγνωριστεί πλήρως και στο πρόσφατο παρελθόν η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμοζόταν με ένα τυπολατρικό και μηχανικό τρόπο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μη δίνεται έμφαση στον καθορισμό αντικειμενικών σκοπών και στη μέτρηση των αποτελεσμάτων από την άποψη της προόδου της υγείας των ασθενών (WHO 1979). Η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς

κώδικες (CBO 1990). Όμως, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και την αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σήμερα, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη νοσηλευτική έρευνα, διοίκηση και πράξη (Bond & Thomas 1991). Παράλληλα, η εισαγωγή της νοσηλευτικής διεργασίας, ως επιστημονικής μεθόδου παροχής φροντίδας και η υιοθέτηση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας, δείχνουν τη μεγάλη έμφαση που έχει δοθεί τελευταία, στη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία (Bond & Thomas 1992). Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των νοσηλευτικών υπηρεσιών αντανακλούν ουσιαστικά τη μετάβαση από την παραδοσιακή μηχανική σε μία επιστημονικότερη προσέγγιση που βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς και στην έρευνα (Lanara 1996).

Η επικέντρωση στον ασθενή και στην επίλυση των προβλημάτων του έχει ανοίξει το δρόμο στους νοσηλευτές να αναλάβουν περισσότερη δραστηριότητα στον καθορισμό της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς (CBO 1990). Η Πλατή (1991) υποστηρίζει ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθήκον των νοσηλευτών, αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Οι νοσηλευτές σήμερα δε μπορούν να αποδεχτούν την εκτέλεση ορισμένων εργασιών και εντολών με μηχανικό τρόπο ως στόχους της νοσηλευτικής πράξης (Clifford 1988) και πιστεύουν ότι η έρευνα και η μέτρηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας είναι δυνατό να αναδείξουν τη μοναδική προσφορά της νοσηλευτικής (Kasch & Knutson 1986).

Η νοσηλευτική ευθύνη για τη διατήρηση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσω ανάπτυξης συστημάτων ποιοτικής διασφάλισης, είναι σύμφωνη με το στόχο 31 του Π.Ο.Υ. : «Το 1990 όλα τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας που διαθέτουν (WHO 1985). Η προσπάθεια για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας έχει αρχίσει από τη δεκαετία του '50 με τη διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών και λειτουργών υγείας από τις Abdellah και Levine (1957 a,b,c,d,e, 1964). Σήμερα, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA), όπως και οι αντίστοιχοι ιατρικοί σύνδεσμοι, δίνουν μεγάλη έμφαση στα κριτήρια αποτελέσματος παρεχομένων υπηρεσιών, όπως είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Wright 1984), η οποία σύμφωνα με την άποψη του Reeder

(1972) συνδέεται άμεσα με τη συμμετοχή των ασθενών στην παροχή φροντίδας. Είναι φανερό, ότι με την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας μπορούν να ωφεληθούν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι νοσηλευτές και το νοσηλευτικό επάγγελμα γενικότερα.

Σε πολλές έρευνες, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα έχει βρεθεί ότι είναι ο σημαντικότερος συνεισφέρων παράγοντας στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών (Abramowitz et al 1987, Carey & Posavac 1981, Fleming 1981, Oberst 1984). Στην πραγματικότητα, ο ρόλος των νοσηλευτών διαπερνά όλο το φάσμα των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών συνεισφέροντας σε μεγάλο βαθμό στην ικανοποίηση των ασθενών από το σύνολο των υπηρεσιών (Caplan & Sussman 1966). Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί, εν μέρει, από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές συνιστούν την πλειοψηφία των λειτουργών υγείας και λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας (Scardina 1994). Συνεπώς, οι ασθενείς συχνά κρίνουν την ποιότητα όλων των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Παρά το γεγονός, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι τόσο «ορατό» στο σύστημα παροχής φροντίδας και η επίδρασή του στην ικανοποίηση των ασθενών είναι καθοριστική (Miller – Bader 1988), η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν έχει διερευνηθεί στο βαθμό που θα έπρεπε. Τα τελευταία χρόνια, οι προσπάθειες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχουν πολλαπλασιαστεί και το ενδιαφέρον είναι έντονο (Scardina 1994), αλλά τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται έχουν περιορισμένες ψυχομετρικές ιδιότητες και τα περισσότερα δε δημοσιεύονται, ώστε να γίνουν γνωστά στον ευρύτερο νοσηλευτικό χώρο (McDonnel & Nash 1990).

Η σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι προφανής. Είναι όμως ανάγκη, οι νοσηλευτές να αναπτύξουν εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες με επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες και να δημοσιεύσουν τα αποτελέσματα. Θα δοθεί με αυτόν τον τρόπο η δυνατότητα συνεχούς μελλοντικής αξιολόγησης και βελτίωσής τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα την συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων πληροφοριών, οι οποίες θα βοηθήσουν στη βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών και στην ανάδειξη της μοναδικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στα πλαίσια των προσπαθειών αποτίμησης αλλά και βελτίωσης του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, συναντάμε διάφορες έρευνες και συγγράμματα με γνωστικά αντικείμενα που ποικίλουν.

Πιο κάτω παρουσιάζουμε περιληπτικά κάποιες έρευνες Ελλήνων και ξένων επιστημόνων σχετικά με την ποιότητα υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Η Βίκυ Παπανικολάου και ο Δρ. Ιωακείμ Σιγάλας κάνουν μια προσπάθεια μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή. Ο σκοπός τη έρευνας και του προγράμματος που πραγματοποιήθηκε ήταν να αναπτυχθεί μία μέθοδος συλλογής πληροφοριών για τους ασθενείς, η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην εκτίμηση της ποιότητας της περίθαλψης και στον εφοδιασμό των υπεύθυνων των κλινικών και της διοίκησης των Νοσοκομείων με χρήσιμα στοιχεία, όσον αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας. Ο στόχος της έρευνας αυτής ήταν η περιγραφή ενός βασικού μοντέλου διανομής Νοσοκομειακής Φροντίδας, μιας θεωρίας για τη βελτίωση του, και των τρόπων με τους οποίους οι κρίσεις των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών μπορούν να οδηγήσουν στο σχεδιασμό βελτιώσεων.

Το δείγμα της έρευνας ήταν οι εξερχόμενοι ασθενείς από το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (531 άτομα) και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ (300 άτομα), δυναμικότητας σε κρεβάτια 710 και 670 αντίστοιχα. Η όλη έρευνα διήρκησε τέσσερις εβδομάδες.

Σύμφωνα με τα συναχθέντα συμπεράσματα, η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δύο Νοσοκομεία είναι υψηλού βαθμού για την Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα που δέχτηκαν και μετρίου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο αποτέλεσε το αντικείμενο έρευνας του Α. Μερκούρη και συν, με σκοπό την αξιολόγηση της ικανοποίησης, τη σύγκριση δεδομένων και τη διερεύνηση συσχετισμών με δημογραφικούς ή άλλους παράγοντες προκειμένου να γίνει δυνατή η σύγκριση ως προς την επίδραση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη φροντίδα των ασθενών.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο περιφερικό νοσοκομείο των Αθηνών, σε τυχαίο δείγμα 100 ασθενών ,πέντε χειρουργικών και οχτώ παθολογικών τμημάτων (με τουλάχιστον 3 ημέρες νοσηλείας ο κάθε ασθενής, άνω των 17 ετών, καλό επίπεδο συνείδησης και συναισθηματικής κατάστασης).

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 20 ερωτήσεις που αφορούσαν την τεχνική πλευρά της νοσηλευτικής φροντίδας, την πληροφόρηση και εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το διαθέσιμο χρόνο, το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς των παθολογικών τμημάτων ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με αυτούς των χειρουργικών τμημάτων (3,20 vs 2,97 $p < 0,01$). Το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι προσδοκίες των ασθενών φαίνεται να είναι χαμηλές με τάση να δικαιολογούν την κατάσταση. Τέλος διαπιστώνεται η ανάγκη για συνεχή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών είναι το αντικείμενο μελέτης και έρευνας και των Α. Αντωνόπουλου, Δ. Καραμητόπουλου και Ε. Σοφianού. Η έρευνα αυτή αφορά την ανοικτή περίθαλψη και ειδικότερα, τη ζήτηση περίθαλψης που παρέχεται από τα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των παθολογικών κλινικών στο Γενικό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Στόχος της έρευνας είναι να διερευνήσει τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση του επιπέδου εξυπηρέτησης των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρες εφημερίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων. Το δείγμα ήταν 200 άτομα, τα οποία επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του παθολογικού τομέα στο Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης σε ημέρες εφημερίας.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, η διαμόρφωση των γνώμων των ασθενών σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία καθορίζεται από την επικοινωνία που είχαν κυρίως με τους ιατρούς και από τους λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το Νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, δείχνουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι οι οποίοι οδηγήθηκαν σε αυτό για οικονομικούς λόγους, είναι δυσαρεστημένοι από τις προαναφερθείσες υπηρεσίες. Ένα άλλο συμπέρασμα που προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων είναι ότι υπάρχει μια κατηγορία, νέων κυρίως ανθρώπων, εξαρτημένων οικονομικά, οι οποίοι είναι

δυσανεστημένοι από τις υπηρεσίες περίθαλψης, ιδίως λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό.

Οι Μ. Καμπάντα και Δ. Νιάκας πραγματοποίησαν ερευνητική εργασία με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών ενός κοινοτικού κέντρου Ψυχικής Υγείας, το οποίο βρίσκεται στη βόρεια Ελλάδα, καθώς και τη διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη. Η ικανοποίηση μετρήθηκε σε τρεις βασικές διαστάσεις, που περιελάμβαναν την υποδομή και τις διοικητικο-διαχειριστικές διαδικασίες, τις ιατρικές-παραϊατρικές υπηρεσίες (κλινικό έργο) και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους.

Από τα 272 άτομα του δείγματος, δέχτηκαν να συμμετάσχουν 250 (ποσοστό συμμετοχής 92%). Η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή στους τομείς της υποδομής και των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών και, ακόμη περισσότερο, στο κλινικό έργο. Σε ό,τι αφορά το επίπεδο υγείας του ασθενούς, αυτό βελτιώθηκε αρκετά μετά τις επισκέψεις στο κέντρο. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το βαθμό ικανοποίησης υπάρχουν μόνο σε δύο μεταβλητές, τον τόπο διαμονής (οι διαμένοντες στην ύπαιθρο είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης) και το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών (τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης). Επίσης, η ικανοποίηση από το κλινικό έργο δείχνει να έχει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Οι ερευνητές αυτοί, προσθέτουν ακόμη ότι η εκτίμηση της γνώμης των χρηστών είναι δυνατή με τη χρήση τηλεφωνικής συνέντευξης, η οποία μπορεί να προσφέρει μια ποικιλία στοιχείων με χαμηλό κόστος. Ακόμη, ότι η μέθοδος αυτή είναι πιθανό να αποτελέσει έναν από τους παράγοντες αξιολόγησης, τόσο των διοικούντων, όσο και των επαγγελματιών του συστήματος υγείας.

Η ανάπτυξη ενός συνόλου εργαλείων μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών είναι ο σκοπός της έρευνας που διεξήχθη από τους Frances M. Hill και L. McCrory. Η έρευνα αυτή είναι μέρος μιας ευρύτερης πραγματοποιηθείσας έρευνας μέτρησης της ποιότητας των Μαιευτηρίων στην Ιρλανδία, αρχικά και στη συνέχεια και σε άλλες χώρες.

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε την άνοιξη του 1996, διήρκησε 10 εβδομάδες και συμμετείχαν σ' αυτή 253 ασθενείς, 54 partners και 91 άτομα προσωπικού. Ο στόχος των ερευνητών του Δουβλίνου ήταν η ανάπτυξη ενός συνόλου εργαλείων

μέτρησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών σ' ένα σύνολο από μαιευτικές εγκαταστάσεις, όπου συνδυάζονται διαφορετικές πολιτισμικές κουλτούρες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με στόχο τον εντοπισμό των παραμέτρων οι οποίες, σύμφωνα με τους εξωτερικούς και εσωτερικούς πελάτες, καθορίζουν το επίπεδο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η έρευνα καθόρισε σημαντικούς παράγοντες των υπηρεσιών και τους διαίρεσε σε κλινικές και μη κλινικές κατηγορίες. Στη συνέχεια ζητήθηκε, τόσο από τους εξωτερικούς πελάτες (ασθενείς), όσο και από τους εσωτερικούς (προσωπικό) του Νοσοκομείου να ταξινομήσουν με σειρά προτεραιότητας και σπουδαιότητας τους παράγοντες αυτούς.

Εντοπίστηκαν τα αδύναμα σημεία των υπηρεσιών και δημιουργήθηκε ένας «οδηγός» διοίκησης του Νοσοκομείου όσον αφορά τον εντοπισμό των προσπαθειών και των πηγών στην προσπάθεια βελτίωσης του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών.

Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού των ασθενοφόρων και η ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών είναι το αντικείμενο μελέτης και έρευνας των Σταύρου Σταύρου και Φωτίου Αναγνωστόπουλου. Η ερευνητική αυτή μελέτη, με την επιστράτευση σταθμισμένων ερωτηματολογίων (MBI, SF – 36 κ.α.), πραγματοποιήθηκε στο ΕΚΑΒ Ιωαννίνων και τους τομείς Κέρκυρας, Πρέβεζας, Θεσπρωτίας και Λευκάδας. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση συσχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με όλους τους παράγοντες ποιότητας του SF – 36. Θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρείται στην καθυστερημένη ανταπόκριση του διασώστη στο κάλεσμα του ασθενή κατά τη διακομιδή, στους αρνητικούς χαρακτηρισμούς του ασθενή για τη συμπεριφορά του διασώστη, στη συνολική δυσαρέσκεια του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΚΑΒ και στις απουσίες των διασωστών με άδειες (αναρρωτικές, κανονικές και άλλες).

Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης κατέδειξε ότι την ικανοποίηση του ασθενή μπορούν να προβλέψουν τα σχόλια των ασθενών στο γιατρό του τμήματος επειγόντων περιστατικών για τη συμπεριφορά του διασώστη και η σωματική λειτουργικότητα, γεγονός που παραπέμπει στην ανάπτυξη παρεμβατικής δράσης.

Η Μαρία Καλαφάτη, η Χρυσούλα Λεμονίδου, ο Περικλής Δεδούσης και η Rita Sunonen (2007) κάνουν μία προσπάθεια διερεύνησης των απόψεων νοσηλευόμενων ορθοπεδικών ασθενών για την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Ο σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της άποψης των ασθενών για την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και την εμπειρία της δικής τους φροντίδας, των παραγόντων που σχετίζονται με την εξατομικευμένη φροντίδα και ο έλεγχος της αξιοπιστίας του εργαλείου μέτρησης.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ορθοπεδικά τμήματα ενός γενικού νοσοκομείου. Το δείγμα αποτέλεσαν 315 ορθοπεδικοί ασθενείς. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την κλίμακα εξατομικευμένης φροντίδας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς γενικά δεν θεωρούν ότι η ατομικότητά τους υποστηρίζεται μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και δεν αντιλαμβάνονται ότι τους παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα, αλλά ούτε ότι η φροντίδα τους επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της κλινικής τους κατάστασης και την κατάσταση της προσωπικής τους ζωής και ούτε τους παρέχονται πληροφορίες ή ευκαιρίες για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους. Το φύλο, οι ημέρες νοσηλείας, η προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και ο τύπος της εισαγωγής (επείγουσα ή προγραμματισμένη) βρέθηκε ότι συσχετίζονται με τα αποτελέσματα σε βαθμό στατιστικά σημαντικό.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το επίπεδο της παρεχόμενης από τους νοσηλευτές εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας είναι χαμηλό. Στο μέλλον πρέπει να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάσταση αυτή, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, το επίπεδο στελέχωσης, το σύστημα παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας κ.α.

Ο Ventura και οι συνεργάτες του (1982) διεξήγαγαν μία ερευνητική μελέτη χρησιμοποιώντας ένα μη – τυχαίο δείγμα 46 ασθενών, για να διερευνήσουν της επίδραση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας στην ικανοποίηση των ασθενών. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, μεταξύ του τμήματος που εφαρμόστηκε το πρωτοβάθμιο νοσηλευτικό σύστημα εργασίας και του τμήματος ελέγχου, στο οποίο εφαρμόζοταν ένας συνδυασμός ομαδικού και λειτουργικού συστήματος εργασίας. Όμως, η έλλειψη προ – μέτρησης, το μικρό δείγμα χωρίς την απαραίτητη ανάλυση ισχύος, καθώς και το γεγονός, ότι τα δύο τμήματα ήταν από διαφορετικά νοσοκομεία περιορίζουν σε σημαντικό βαθμό την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων αυτών.

Ο Αναστάσιος Μερκούρης και η Χρυσούλα Λεμονίδου (1998) παρουσιάζουν μελέτη βιβλιογραφικής ανασκόπησης με ευρύτερο στόχο την ανίχνευση έγκυρων εργαλείων μέτρησης για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές διαδικασίες.

Μελετήθηκαν άρθρα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών κατ' εξοχήν από τις νοσηλευτικές διαδικασίες από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία (19 στο σύνολο τους). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κριτική των βιβλιογραφικών δεδομένων ως προς την

εγκυρότητα του εργαλείου μέτρησης, τη μεθοδολογία, το σχεδιασμό, την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, τη στατιστική ανάλυση.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα που προέκυψαν, το κύριο εύρημα αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η έλλειψη αξιοπιστίας και εγκυρότητας εργαλείων μέτρησης για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Οι περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν εργαλεία μέτρησης που έχουν κατασκευαστεί αρκετές δεκαετίες παλαιότερα, χωρίς να δίνουν μεγάλη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους. Επίσης φαίνεται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τη σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Τέλος, σε μία έρευνα που έκανε η Mayer (1982), πραγματοποιώντας μία περιγραφική έρευνα σε ένα τυχαίο δείγμα 146 ασθενών, ανέφερε την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα και της ικανότητάς τους να αναγνωρίζουν τον πρωτοβάθμιο νοσηλευτή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγκριση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης και τη διερεύνηση των εξής ερωτημάτων: «ποια η αντίληψη των ασθενών για την προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα;», «ποια η αντίληψη των νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας;», «υπάρχει διαφορά μεταξύ των απόψεων;», «ποια η διαφορά μεταξύ των απόψεων;», «υπάρχει συσχέτιση με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες;»,

Μέθοδος υλικό: Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι ερευνητικός – περιγραφικός. Το δειγματοληπτικό υπόβαθρο αποτέλεσαν ασθενείς των παθολογικών τμημάτων των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης που πληρούν τα κριτήρια επιλογής (ηλικία > 17 ετών, τουλάχιστον τρεις ημέρες νοσηλείας, ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης, σταθερή συναισθηματική κατάσταση, προφορική πληροφορημένη συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα) και το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων των αντίστοιχων τμημάτων. Η επιλογή ήταν τυχαία σε ποσοστό 40-50% των ασθενών κάθε τμήματος.

Αποτελέσματα: η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος ήταν άνδρες (62%) και η μέση ηλικία τα 66 έτη (SD 15,92). Η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος ήταν γυναίκες (82%) και η μέση ηλικία τα 37 έτη (SD 5,14). Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών στα παθολογικά τμήματα των νοσοκομείων της Κρήτης σύμφωνα με την ποσοτική ανάλυση κυμάνθηκε από 70,4% για την πρωινή έγερση έως 95% για την επιδεξιότητα και τη συνέπεια στη νοσηλεία ασθενούς. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους νοσηλευτές κυμάνθηκε από 61% για την ποικιλία του φαγητού έως > 98,3% για την τεχνική πλευρά της φροντίδας. Οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νοσηλευτές (4,14 έναντι 3,76 $p < 0,01$). Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας ενώ η ηλικία σχετίζεται θετικά. Οι απαιτήσεις των ασθενών δείχνουν να είναι χαμηλές με τάση αποδοχής της υπάρχουσας κατάστασης λόγω έλλειψης προσωπικού.

Συμπεράσματα: Υπάρχει ανάγκη για συνεχή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε αντιπαράθεση με τους νοσηλευτές προκειμένου να γίνει δυνατή η σύγκριση ως προς την επίδραση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη φροντίδα των ασθενών με απώτερο στόχο την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στη Ελλάδα.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα έχει σαν σκοπό την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης προκειμένου να διερευνηθούν τα εξής ερωτήματα: «ποια η αντίληψη των νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας;» «ποια η αντίληψη των ασθενών για την προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα;», «υπάρχει διαφορά μεταξύ των απόψεων;», «ποιά η διαφορά μεταξύ των απόψεων;», «υπάρχει συσχέτιση με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες;». Τα ευρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή συμπερασμάτων χρήσιμων για τη βελτίωση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι ερευνητικός –περιγραφικός .

Τον πληθυσμό του δείγματος αποτέλεσαν οι ασθενείς των παθολογικών τμημάτων των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης (Χανίων, Ρεθύμνου, ΠΑΓΝ Ηρακλείου, Βενιζελείου, Αγ. Νικολάου, Ιεράπετρας και Σητείας).

Η συλλογή του δείγματος ($n = 233$) ολοκληρώθηκε σε χρονική περίοδο περίπου τεσσάρων εβδομάδων (Απρίλιος 2007). Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος της μελέτης ήταν: ηλικία μεγαλύτερη των 17 ετών, τουλάχιστον 3 ημέρες νοσηλείας, ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης, σταθερή συναισθηματική κατάσταση και προφορική πληροφορημένη συναίνεση συμμετοχής στη έρευνα. Έγινε τυχαία επιλογή ασθενών σε ποσοστό 40-50% κάθε παθολογικού τμήματος των νοσοκομείων. Συμπεριλήφθηκε το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων κάθε τμήματος.

Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων στους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη, πρόσωπο με πρόσωπο, με βάση ερωτηματολόγιο 20 κλειστών ερωτήσεων (παράρτημα), που έχει δοκιμαστεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του και έχει αξιολογηθεί θετικά ως προς τις ψυχομετρικές του ιδιότητες (Μερκούρης 1996).

Προηγήθηκε έγκριση του πρωτοκόλλου της μελέτης από το επιστημονικό συμβούλιο του κάθε νοσοκομείου και προσωπική επικοινωνία με τον υπεύθυνο του τμήματος για το σκοπό της έρευνας και τη διαδικασία που θα ακολουθούσε.

Οι συνεντεύξεις προγραμματίστηκαν σε τέτοιο χρόνο ώστε να μην παρεμποδίζουν τις επισκέψεις του ιατρικού προσωπικού, τη νοσηλεία, τις διαγνωστικές εξετάσεις, το φαγητό την ανάπαυση και το επισκεπτήριο (ανάμεσα στις 8-11πμ και 5-7μμ), ενώ ο συνολικός χρόνος για την ολοκλήρωση της συνέντευξης πιθανολογείται κατά μέσο όρο στα 15 λεπτά.

Η συνέντευξη περιελάμβανε τρία μέρη: την εισαγωγή, την κλίμακα μέτρησης και τα δημογραφικά στοιχεία. Κατά την εισαγωγή συστηνόταν ο ερευνητής, ενημέρωνε τον ασθενή για τη σημαντικότητα του θέματος και το σκοπό της έρευνας, διαβεβαίωνε την ανωνυμία της, ζητούσε την προφορική συγκατάθεση του ασθενούς για τη συμμετοχή του στην έρευνα, του έδινε τη δυνατότητα διακοπής οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσε και επεξηγούσε τη διαδικασία της συνέντευξης.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αναφέρθηκαν οι διάφορες περιοχές της φροντίδας με μια σύντομη επεξήγηση χωρίς παραπέρα διευκρινίσεις ώστε να διασφαλιστεί η αξιοπιστία της μέτρησης.

Την κλίμακα μέτρησης αποτέλεσαν 20 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε ουδέτερο ύφος και αφορούσαν την τεχνική πλευρά της νοσηλευτικής φροντίδας, την πληροφόρηση και εκπαίδευση του ασθενούς και των συγγενών, τον χρόνο που διαθέτει ο νοσηλευτής κοντά στον ασθενή, τις παρεχόμενες ξενοδοχειακές υπηρεσίες δηλ. την ποιότητα του χώρου, την καθαριότητα, τη διατροφή, τη συνολική ικανοποίηση, επίσης την ηλικία των ασθενών και όσον αφορά τους νοσηλευτές την προϋπηρεσία τους. Οι 12 πρώτες ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν για να διευκολύνουν τους ερωτώμενους. Στο τέλος της κλίμακας τοποθετήθηκαν 8 γενικές ερωτήσεις και τέλος τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Κάθε ερώτηση (ομαδοποιημένη) αποτελείται από δύο μέρη, μια σύντομη περιγραφή της νοσηλευτικής παρέμβασης και μια λεπτομερή επεξήγηση. Ο ερευνητής ζήτησε από τον ασθενή να σχολιάσει την κάθε ερώτηση και στη συνέχεια να αξιολογήσει το επίπεδο ικανοποίησης με τη βοήθεια μιας κλίμακας τύπου Likert πέντε σημείων (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ).

Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων στο νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο 18 ερωτήσεων που διανεμήθηκε στους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων (ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ) στα αντίστοιχα τμήματα. Ο ερευνητής δεν ήταν παρών κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Συλλέχθηκε σε καθορισμένο χρόνο.

Τα στοιχεία αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS/PC (statistical package for social sciences). Για την επεξεργασία ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson, οι δοκιμασίες χ^2 , t-test. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων εκτιμήθηκε βάσει του συντελεστή εσωτερικής συνοχής άλφα (Cronbach alpha). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο ή μικρότερο του 0,05 και οι τιμές πιθανότητας σφάλματος τύπου α (p value) μικρότερες του 0,05 θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

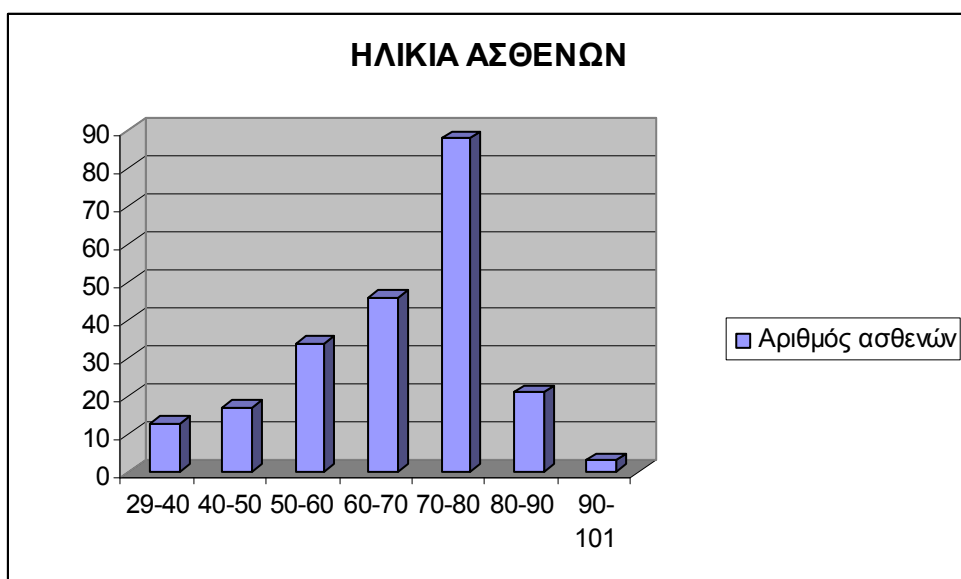
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σ' αυτό το κεφάλαιο παραθέτουμε συγκριτικά τα περιγραφικά και τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίησή τους από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Α) ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

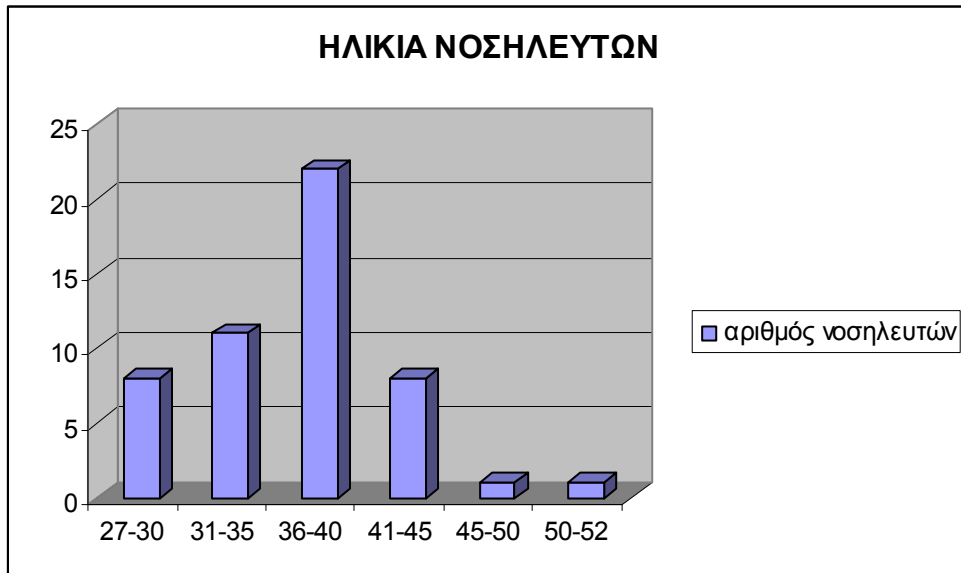
α) Δημογραφικά στοιχεία

Από τους ασθενείς του δείγματος οι 143 ήταν άνδρες (62%) και οι 86 ήταν γυναίκες (37,6%). Η ηλικία κυμάνθηκε από 17 ετών η μικρότερη έως 101 ετών η μεγαλύτερη, με μέση τιμή τα 66 έτη (SD=15,920). Η πλειοψηφία των ασθενών (60%) ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 66 χρονών, ενώ η διάμεσος ήταν τα 70 έτη. Η κατανομή της ηλικίας φαίνεται στο σχήμα 1.



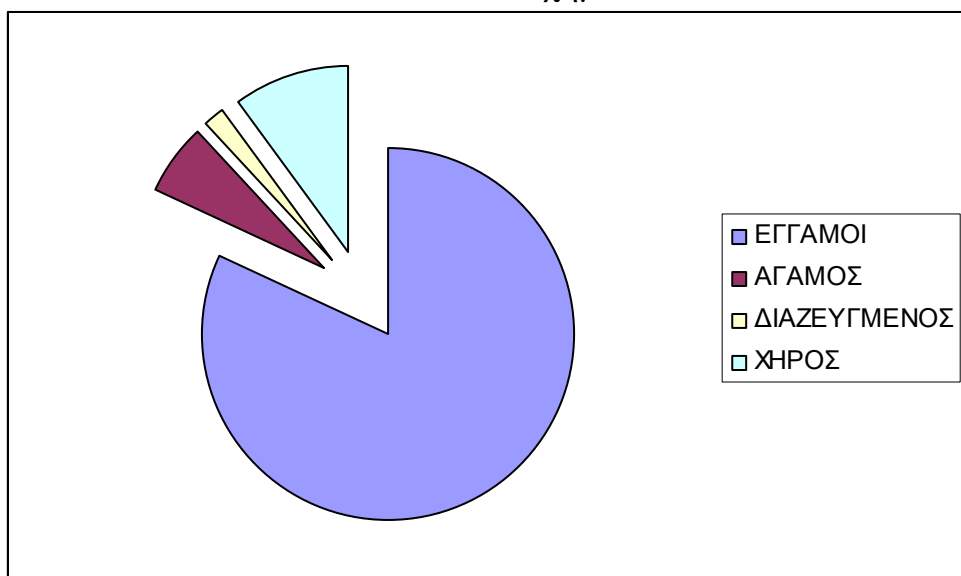
Η ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος κυμάνθηκε από 27 έως 52 ετών , με μέση ηλικία τα 37 έτη (SD:5,14) (σχήμα 2).

Σχήμα 2



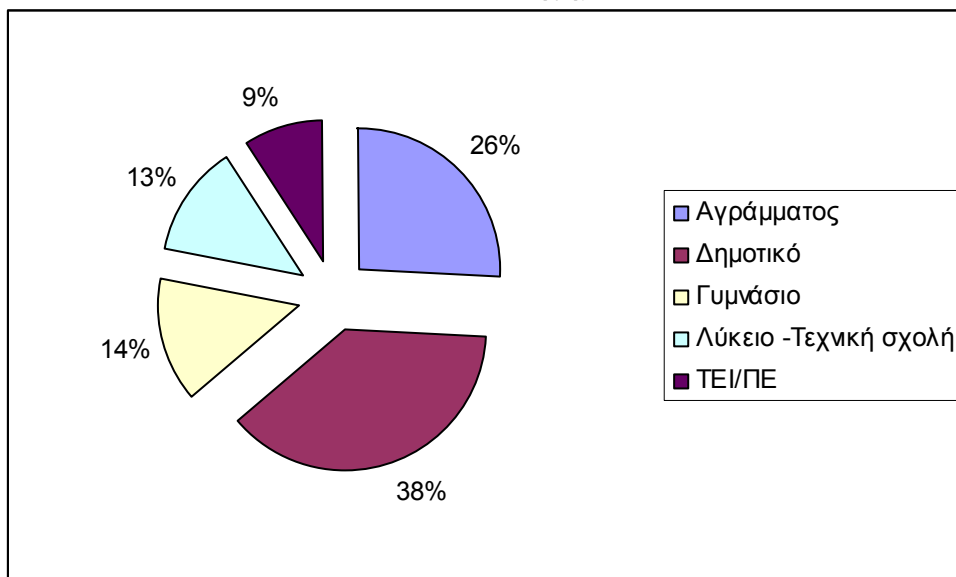
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν έγγαμοι (82%).Το σχήμα 3 δείχνει την κατανομή σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση.

Σχήμα 3



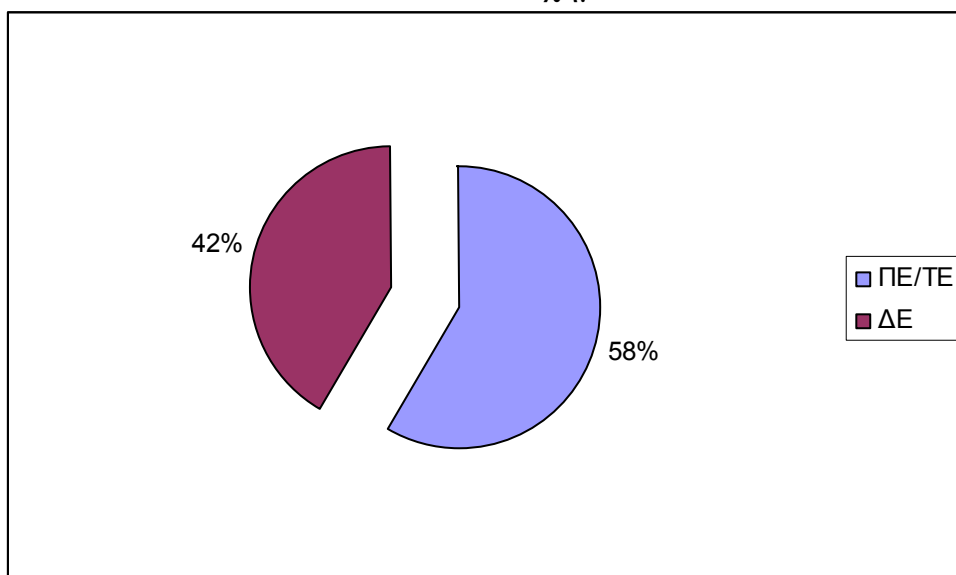
Όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο ,οι περισσότεροι ασθενείς (37.7%) είχαν στοιχειώδη εκπαίδευση (σχήμα 4).

Σχήμα 4



Όσο αφορά τους νοσηλευτές το 58,2 % ήταν απόφοιτοι ανώτατης (ΠΕ) ή ανώτερης εκπαίδευσης (ΤΕΙ) ενώ το 41,8 % ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.(σχήμα 5)

Σχήμα 5



Οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος είχαν ασφαλιστική κάλυψη από τον ΟΓΑ (50,2%) (πίνακας 1)

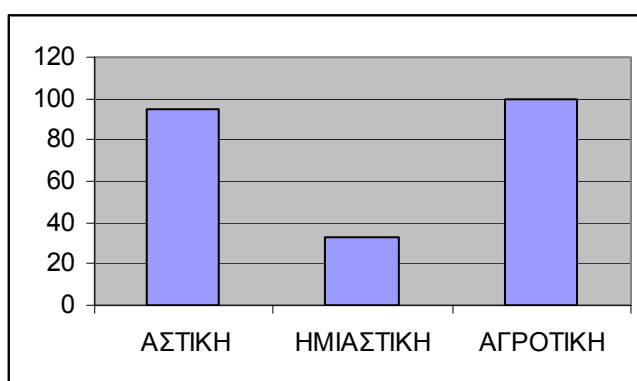
ΠΙΝΑΚΑΣ 1
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Ασφαλιστικός φορέας	Αριθμός ασθενών
ΙΚΑ	74 (32,3%)
ΟΓΑ	115 (50,2%)
ΔΗΜΟΣΙΟ	16 (7%)
ΑΛΛΟ	24 (10,5%)

β) Ατομικά χαρακτηριστικά σε σχέση με την νοσηλεία

Το σχήμα 6 δείχνει την κατανομή των ασθενών σε σχέση με τον τόπο μόνιμης κατοικίας. Το 43,9% των ασθενών κατοικούσε σε αγροτική περιοχή ,το 41,7% σε αστική και το 14,5% σε ημιαστική.

ΣΧΗΜΑ 6
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ



Προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο περισσότερες από τρεις φορές ανέφερε το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (44,55%),ενώ μόνο το15,2% νοσηλευόταν για πρώτη φορά. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο για πρώτη φορά νοσηλευόταν το18,9% του δείγματος ενώ το 44,8% ανέφερε ότι είχε νοσηλευτεί ξανά πάνω από τρεις φορές Η

κατανομή των προηγούμενων εισαγωγών των αρρώστων σε νοσοκομείο φαίνεται στον παρακάτω πίνακα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

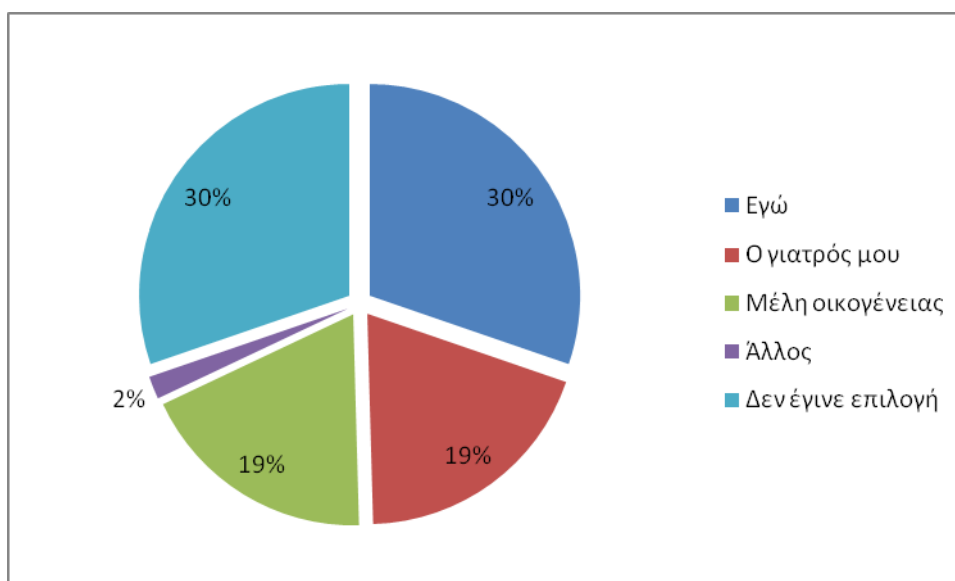
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αριθμός εισαγωγών	Εισαγωγές σε νοσοκομείο	Εισαγωγές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο
0	13 (6.2%)	13 (6.2%)
1	32 (15.2%)	40 (18.9%)
2	36 (17.1%)	42 (19.8%)
3	36 (17.1%)	22 (10.4%)
>3	94 (44.5%)	95 (44.8%)

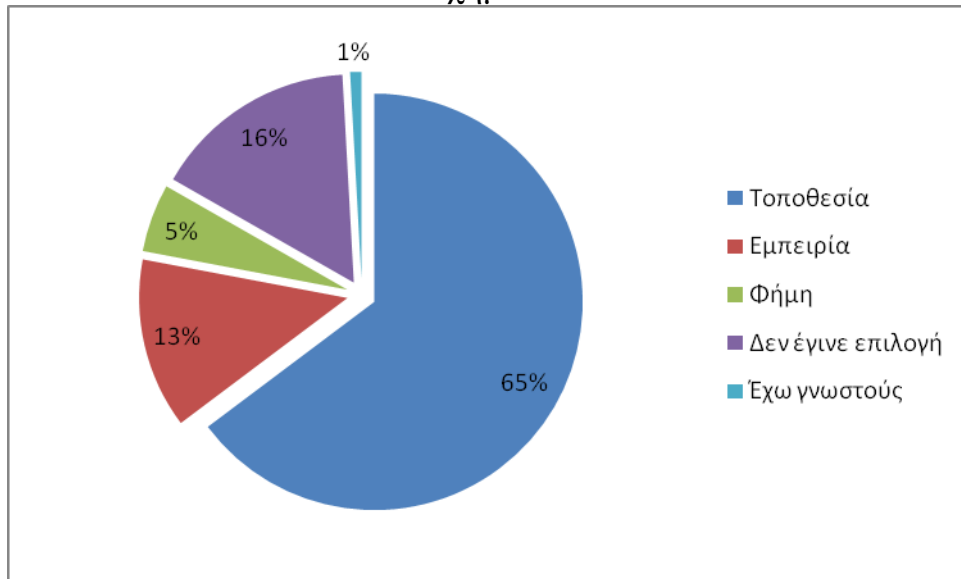
Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών του δείγματος ήταν 5.87 ημέρες (SD=4.75) ενώ η διάμεσος τιμή ήταν 4 ημέρες. Το 10% των ασθενών νοσηλευόταν σε δωμάτια με κρεβάτια, το 34.1% σε δωμάτια με 3 κρεβάτια και το 13.1% σε δωμάτια με 2 κρεβάτια.

Το Σχήμα 7 δείχνει την κατανομή των ασθενών ανάλογα με το ποιος διάλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο, ενώ το Σχήμα 8 δείχνει την κατανομή σύμφωνα με τον παράγοντα επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Σχήμα 7



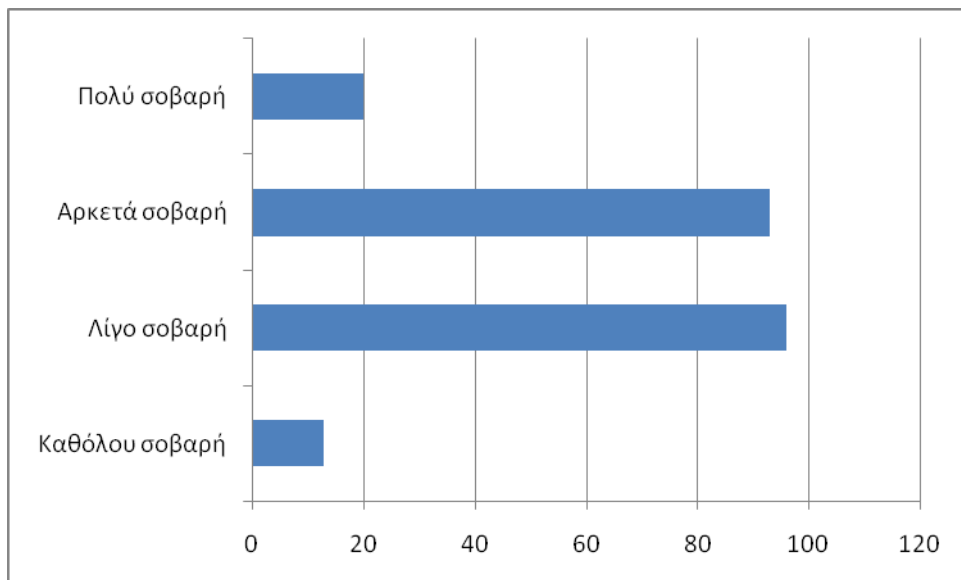
Σχήμα 8



γ) Αυτοαξιολόγηση ασθενών

Το παρακάτω σχήμα δείχνει την κατανομή των απαντήσεων των ασθενών όσο αφορά την προσωπική αντίληψη τους για την σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους (Σχήμα 9).

Σχήμα 9

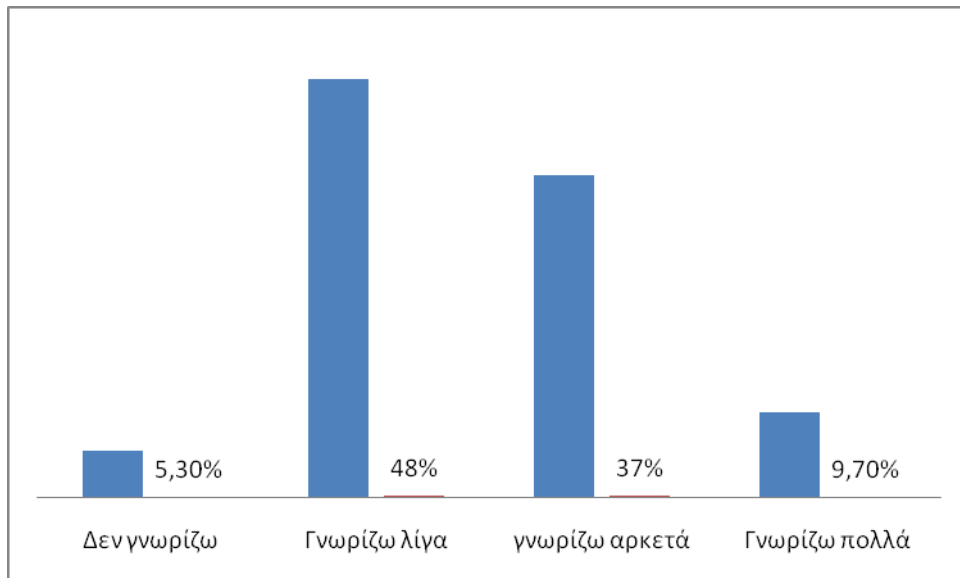


Διαπιστώνουμε ότι το 50% των ασθενών θεωρεί την κατάσταση της υγείας του αρκετά ή πολύ σοβαρή.

Όσο αφορά τις γνώσεις για την ασθένεια, το 54% αναφέρει ότι γνωρίζει λίγα ή τίποτα ενώ το 46% ότι γνωρίζει αρκετά ή πολλά. (σχήμα 10).

Σχήμα 10

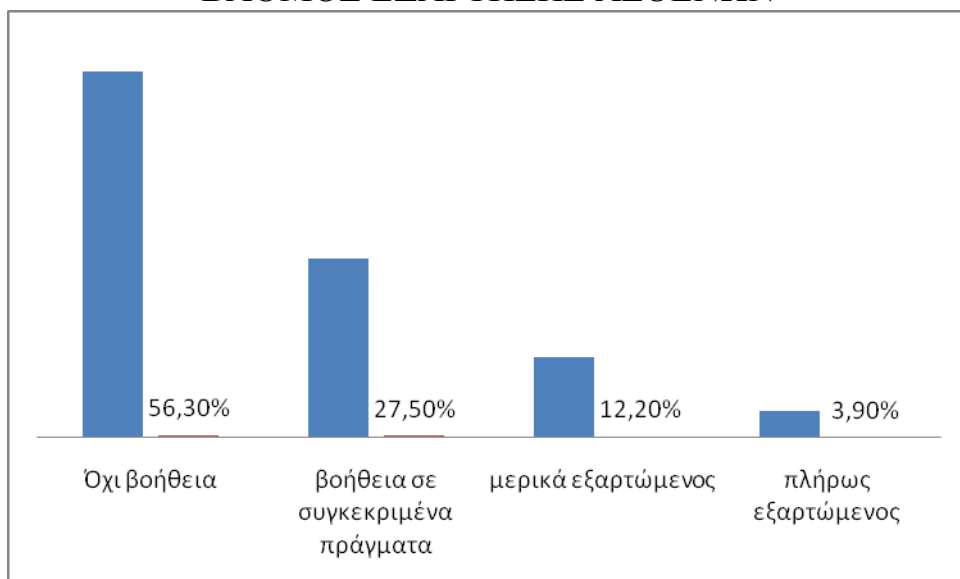
ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ



Όσο αφορά τον βαθμό εξάρτησης το 56,3% αναφέρει ότι δεν χρήζει βοήθειας ενώ μόνο 17% αναφέρει ότι είναι μερικά ή πλήρως εξαρτώμενος (σχήμα 11)

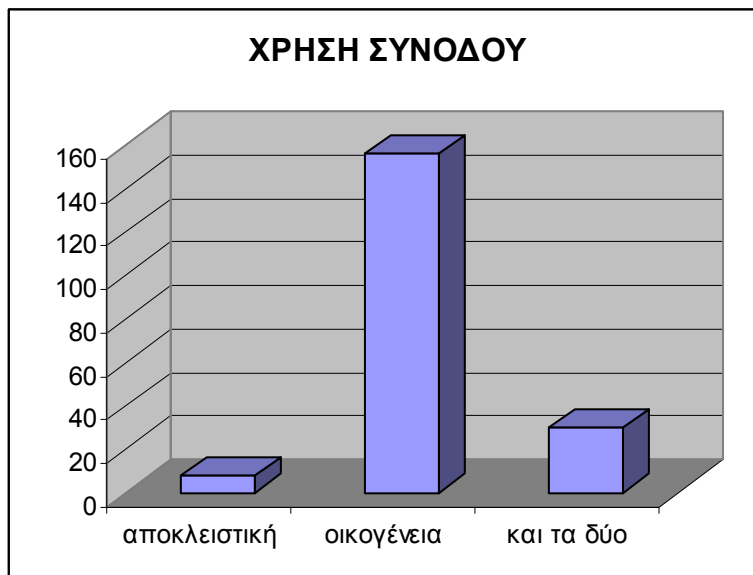
Σχήμα 11

ΒΑΘΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ



Επίσης είναι σκόπιμο να αναφέρουμε ότι μόνο το 8% των ασθενών δήλωσε ότι συνοδεύεται από αποκλειστική αδελφή σε 24ωρη βάση, το 80% συνοδεύεται από την οικογένεια του ενώ μόλις το 15,5% και από τους δύο (σχήμα 12)

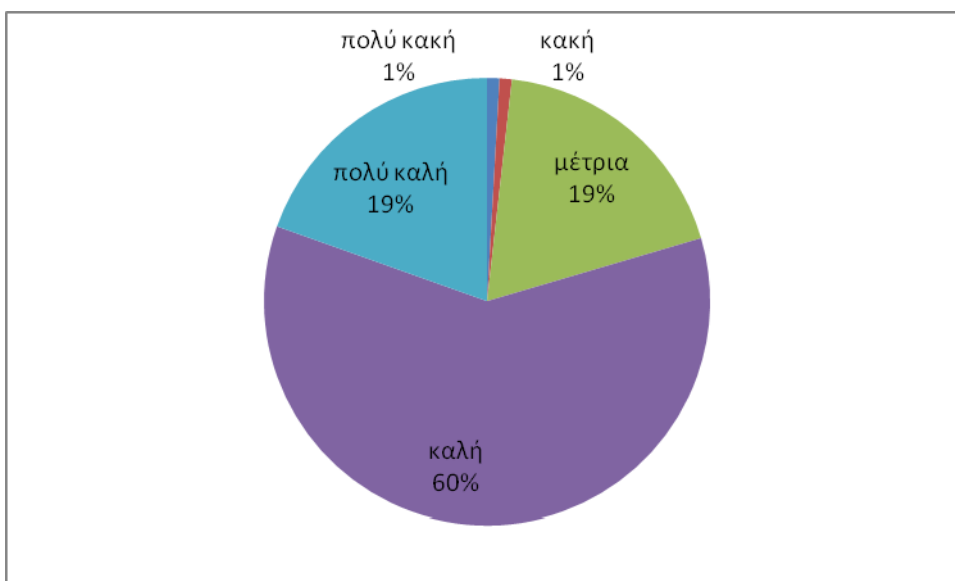
Σχήμα 12



Τέλος το 80% των ασθενων χαρακτήρισε την αποτελεσματικότητα των ελληνικών νοσοκομείων από καλή έως πολύ καλή, ενώ μόνο το 0,9% την χαρακτήρισε πολύ κακή (σχήμα 13)

Σχήμα 13

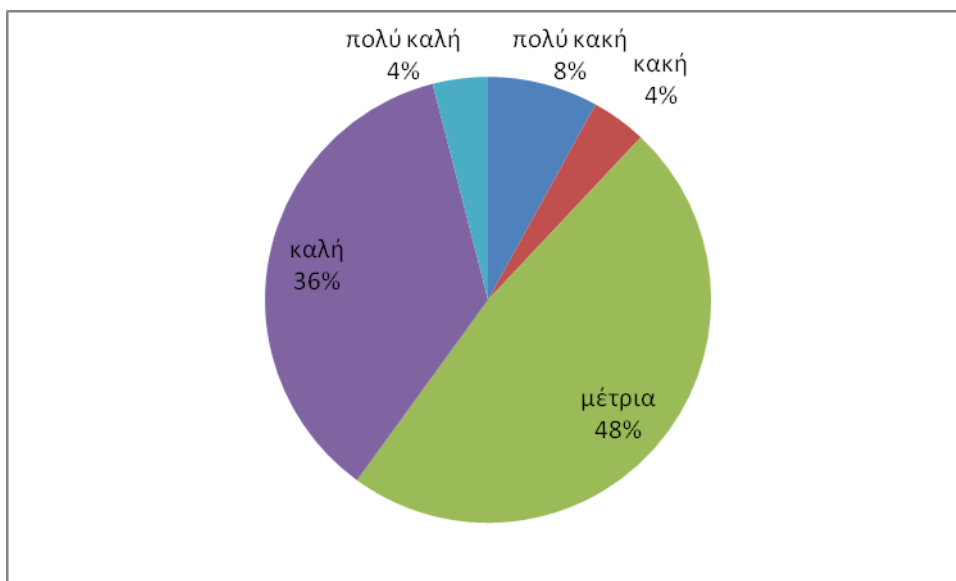
ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ



Στο σημείο αυτό αξίζει να σταθούμε στις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων στην Ελλάδα. Σε αντίθεση με τους ασθενείς μόνο το 40% των νοσηλευτών θεωρεί την αποτελεσματικότητα καλή έως πολύ καλή, το 48% την θεωρεί μέτρια και το 8% πολύ κακή (σχήμα 14).

Σχήμα 14

ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ



δ) Ικανοποίηση ασθενών και νοσηλευτών από την νοσηλευτική φροντίδα

Ακολουθεί περιγραφή των αποτελεσμάτων της ποσοτικής ανάλυσης, καθώς και σύγκριση των απόψεων μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 1-ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	3(1,3%)	3(4,9%)
Λίγο	6 (2,6%)	7(11,5%)
Μέτρια	37 (16,1%)	16(26,2%)
Πολύ	100 (43,5%)	24(39,3%)
Πάρα πολύ	84 (36,5%)	11(18%)
Μέση τιμή:	4,11(SD:0,859 SE:0,057)	3,54(SD:1,074 SE:0,137)

Σχόλια: Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 96,1% ενώ το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών είναι 83,5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 2-ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	0	0
Λίγο	2(0,9%)	0
Μέτρια	20(8,7%)	6(10,2%)
Πολύ	94(40,9%)	27(45,7%)
Πάρα πολύ	114(49,6%)	26(44,1%)
Μέση τιμή:	4,39(SD:0,683 SE:0,045)	4,34(SD:0,659 SE:0,086)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι σχεδόν ίσο με εκείνο των ικανοποιημένων νοσηλευτών σε ότι αφορά την επιδεξιότητα κατά την εφαρμογή της νοσηλείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 3-ΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΣΥΝΕΠΕΙΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	0	0
Λίγο	2(0,9%)	0
Μέτρια	18(7,8%)	16(27,6%)
Πολύ	89(38,7%)	22(37,9%)
Πάρα πολύ	121(52,6%)	20(34,5%)
Μέση τιμή:	4,43(SD:0,675 SE:0,045)	4,07(SD:0,659 SE:0,104)

Σχόλια :Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι σχεδόν ίσο με το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών όσο αφορά την συνέπεια κατά την εκτέλεση της της νοσηλείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 4-ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ
ΠΟΝΟΥ,ΤΑΧΥΤΗΤΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	0	1(1,7%)
Λίγο	3(1,4%)	3(5,1%)
Μέτρια	26(11,7%)	8(13,6%)
Πολύ	85(38,3%)	23(39%)
Πάρα πολύ	108(48,6%)	24(40,7%)
Μέση τιμή:	4,34(SD:0,737 SE:0,049)	4,12(SD:0,948 SE:0,123)

Σχόλια:Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών(98,6%) είναι ελάχιστα μεγαλύτερο από εκείνο των ικανοποιημένων νοσηλευτών (93,3%) όσο αφορά την ταχύτητα λήψης μέτρων με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 5-ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ
ΠΟΝΟΥ ΜΕΤΡΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	0	1(1,8%)
Λίγο	3(1,4%)	2(3,6%)
Μέτρια	26(11,7%)	7(12,5%)
Πολύ	91(41%)	27(48,2%)
Πάρα πολύ	102(45,9%)	19(33,9%)
Μέση τιμή:	4,32(SD:0,730 SE:0,049)	4,09(SD:0,880 SE:0,118)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (98,6%) είναι ελάχιστα μεγαλύτερο από εκείνο των ικανοποιημένων νοσηλευτών (94,6%) όσο αφορά τα μέτρα λήψης με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 6 –ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ,
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	23(10,1%)	2(3,3%)
Λίγο	11(4,8%)	11(18,3%)
Μέτρια	45(19,7%)	14(23,3%)
Πολύ	92(40,4%)	16(26,7%)
Πάρα πολύ	57(25%)	17(28,3%)
Μέση τιμή:	3,65(SD:1,198 SE:0,079)	3,58(SD:1,183 SE:0,153)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (85,1%) είναι μεγαλύτερο από εκείνο των ικανοποιημένων νοσηλευτών (78,3%) όσο αφορά την πληροφόρηση για τον προσανατολισμό στον χώρο του θαλάμου και γενικότερα του νοσηλευτικού τμήματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 7-ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ,
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	12(5,2%)	1(1,7%)
Λίγο	10(4,3%)	6(10,2%)
Μέτρια	44(19,1%)	15(25,4%)
Πολύ	106(46,1%)	16(27,1%)
Πάρα πολύ	58(25,2%)	21(35,6%)
Μέση τιμή:	3,82(SD:1,029 SE:0,068)	3,85(SD:1,080 SE:0,141)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών(90,4%) είναι σχεδόν ίσο με εκείνο των ικανοποιημένων νοσηλευτών (88,1%) όσο αφορά την πληροφόρηση των ασθενών για τις εξετάσεις (διαδικασία, αποτελέσματα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 8-ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ,
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	13(5,7%)	1(1,7%)
Λίγο	11(4,8%)	5(8,6%)
Μέτρια	44(19,3%)	17(29,3%)
Πολύ	95(41,7%)	12(20,7%)
Πάρα πολύ	65(28,5%)	23(39,7%)
Μέση τιμή:	3,82(SD:1,076 SE:0,071)	3,88(SD:1,093 SE:0,144)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών(89,5%) είναι ίσο με εκείνο των ικανοποιημένων νοσηλευτών (89,7%) όσο αφορά την πληροφόρηση των ασθενών που σχετίζεται με την θεραπεία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 9-ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ
Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	18(7,9%)	1(1,7%)
Λίγο	20(8,8%)	5(8,6%)
Μέτρια	73(32%)	19(32,8%)
Πολύ	78(34,2%)	22(37,9%)
Πάρα πολύ	39(17,1%)	11(19%0
Μέση τιμή:	3,44(SD:1,115 SE:0,074)	3,64(SD:0,95 SE:0,125)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (83,3%) είναι μικρότερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (89,7%) όσο αφορά την παροχή γενικών οδηγιών εκ μέρους των δεύτερων για την αντιμετώπιση της ασθένειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 10-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΣΥΓΓΕΝΩΝ
Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	27(11,7%)	4(6,8%)
Λίγο	40(17,4%)	6(10,2%)
Μέτρια	69(30%)	23(39%)
Πολύ	54(23,5%)	19(32,2%)
Πάρα πολύ	40(17,4%)	7(11,9%)
Μέση τιμή	3,17(SD:1,245 SE:0,082)	3,32(SD:1,041 SE:0,136)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (70,9%) είναι αρκετά μικρότερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (83,1%) όσο αφορά την ενημέρωση των συγγενών για την πορεία της νόσου των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 11
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ,ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	17(7,9%)	1(1,7%)
Λίγο	16(7,4%)	5(8,3%)
Μέτρια	53(24,5%)	20(33,3%)
Πολύ	70(32,4%)	21(35%)
Πάρα πολύ	60(27,8%)	13(21,7%)
Μέση τιμή	3,65(SD:1,188 SE:0,081)	3,67(SD:0,968 SE:0,125)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (84,7%) είναι σχεδόν ίσο με το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (86,7%) όσο αφορά την εκπαίδευση και διδασκαλία των ασθενών σε θέματα που έχουν σχέση με την αντιμετώπιση της νόσου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 12-
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	8(3,5%)	2(3,3%)
Λίγο	10(4,4%)	4(6,7%)
Μέτρια	63(27,6%)	16(26,7%)
Πολύ	83(36,4%)	20(33,3%)
Πάρα πολύ	64(28,1%)	18(30%)
Μέση τιμή	3,81(SD:1,009 SE:0,067)	3,80(SD:1 054 SE:0,136)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (92,1%) είναι σχεδόν ίσο με εκείνο το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (90%) όσο αφορά την παρακολούθηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗ 13-ΤΑΧΥΤΗΤΑ
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	5(2,3%)	1(1,7%)
Λίγο	6(2,7%)	3(5%)
Μέτρια	32(14,5%)	12(20%)
Πολύ	93(42,1%)	17(28,3%)
Πάρα πολύ	85(38,5%)	27(45%)
Μέση τιμή	4,12(SD:0,912 SE:0,061)	4,10(SD:1,003 SE:0,130)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (95,1%) είναι σχεδόν ίσο με εκείνο το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (93,3%) όσο αφορά την ταχύτητα ανταπόκρισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 14-ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ
ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	2(0,9%)	0
Λίγο	5(2,2%)	4(6,7%)
Μέτρια	38(17%)	13(21,7%)
Πολύ	91(40,6%)	23(38,3%)
Πάρα πολύ	88(39,3%)	20(33,3%)
Μέση τιμή	4,15(SD:0,844 SE:0,056)	3,98(SD:0,911 SE:0,118)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (96,9%) είναι περίπου ίσο με το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (93,3%) όσο αφορά την ανταπόκριση στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 15-ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	4(1,7%)	4(6,8%)
Λίγο	14(6,1%)	4(6,8%)
Μέτρια	64(27,9%)	21(35,6%)
Πολύ	85(37,1%)	22(37,3%)
Πάρα πολύ	62(27,1%)	8(13,6%)
Μέση τιμή	3,82(SD:0,960 SE:0,063)	3,44(SD:1,038 SE:0,135)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (92,1%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (86,5%) όσο αφορά τον διαθέσιμο χρόνο των νοσηλευτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 16-ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	2(0,9%)	0
Λίγο	4(1,8%)	1(1,7%)
Μέτρια	31(13,6%)	10(16,9%)
Πολύ	98(43%)	23(39%)
Πάρα πολύ	93(40,8%)	25(42,4%)
Μέση τιμή	4,21(SD:0,807 SE:0,053)	4,22(SD:0,789 SE:0,103)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (97,4%) είναι περίπου ίσο με το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (98,3%) όσο αφορά την συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 17-ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ,
ΘΟΡΥΒΟΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	39(17%)	2(3,4%)
Λίγο	27(11,7%)	9(15,3%)
Μέτρια	44(19,1%)	22(37,3%)
Πολύ	78(33,9%)	13(22%)
Πάρα πολύ	42(18,3%)	13(22%)
Μέση τιμή	3,25(SD:1,346 SE:0,089)	3,44(SD:1,103 SE:0,144)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (71,3%) είναι μικρότερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (81,3%όσο αφορά την εξασφάλιση ξεκούρασης σε σχέση με τον θόρυβο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 18-ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ,
ΠΡΩΙΝΗ ΕΓΕΡΣΗ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	47(20,4%)	2(3,8%)
Λίγο	21(9,1%)	9(17%)
Μέτρια	42(18,3%)	18(34%)
Πολύ	79(34,3%)	14(26,4%)
Πάρα πολύ	41(17,8%)	10(18,9%)
Μέση τιμή	3.20(SD:1,391 SE:0,092)	3,40(SD:1,098 SE:0,151)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (70,4%) είναι μικρότερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (79,3%) όσο αφορά την ξεκούραση σε σχέση με την πρωινή έγερση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 19-ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΔΩΜΑΤΙΟΥ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	2(0,9%)	5(8,3%)
Λίγο	12(5,2%)	7(11,7%)
Μέτρια	37(16,1%)	15(25%)
Πολύ	98(42,6%)	20(33,3%)
Πάρα πολύ	81(35,2%)	13(21,7%)
Μέση τιμή	4,06(SD:0,894 SE:0,059)	3,48(SD:1,200 SE:0,155)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (93,9%) είναι αρκετά μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (80%) όσο αφορά την καθαριότητα δωματίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 20-ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ, ΤΟΥΑΛΕΤΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	6(2,6%)	7(11,7%)
Λίγο	19(8,3%)	9(15%)
Μέτρια	42(18,3%)	18(30%)
Πολύ	90(39,1%)	16(26,7%)
Πάρα πολύ	73(31,7%)	10(16,7%)
Μέση τιμή	3,89(SD:1,029 SE:0,068)	3,22(SD:1,236 SE:0,160)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (89,1%) είναι αρκετά μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (73,4%) όσο αφορά την καθαριότητα της τουαλέτας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 21-ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΟΧΡΗΣΤΟΙ ΧΩΡΟΙ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	2(0,9%)	4(6,7%)
Λίγο	14(6,1%)	9(15%)
Μέτρια	35(15,3%)	15(25%)
Πολύ	99(43,2%)	20(33,3%)
Πάρα πολύ	79(34,5%)	12(20%)
Μέση τιμή	4,04(SD:0,907 SE:0,060)	3,45(SD:1,171 SE:0,151)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (93%) είναι αρκετά μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (78,35) όσο αφορά την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 22-ΦΑΓΗΤΟ, ΠΟΣΟΤΗΤΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	3(1,3%)	2(3,4%)
Λίγο	13(5,7%)	7(11,9%)
Μέτρια	35(15,4%)	16(27,1%)
Πολύ	96(42,3%)	15(25,4%)
Πάρα πολύ	80(35,2%)	19(32,2%)
Μέση τιμή	4,04(SD:0,925 SE:0,061)	3,71(SD:1,145 SE:149)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (92,9%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (84,7%) 'όσο αφορά την ποσότητα του φαγητού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 23-ΦΑΓΗΤΟ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	8(3,5%)	6(10,2%)
Λίγο	16(7%)	10(16,9%)
Μέτρια	45(19,8%)	11(18,6%)
Πολύ	99(43,6%)	18(30,5%)
Πάρα πολύ	59(26%)	14(23,7%)
Μέση τιμή	3,81(SD:1,014 SE:0,067)	3,41(SD:1,301 SE:0,169)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (89,4%) είναι αρκετά μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (72,8%) όσο αφορά την ποιότητα του φαγητού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 24-ΦΑΓΗΤΟ, ΤΡΟΠΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑΤΟΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	8(3,5%)	3(5,2%)
Λίγο	15(6,6%)	9(15,5%)
Μέτρια	69(30,4%)	15(25,9%)
Πολύ	85(37,4%)	18(31%)
Πάρα πολύ	50(22%)	13(22,4%)
Μέση τιμή	3,68(SD:1,003 SE:0,067)	3,50(SD:1,158 SE:0,152)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (89,8%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (79,3%) όσο αφορά τον τρόπο μαγειρέματος του φαγητού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 25-ΦΑΓΗΤΟ,
ΠΟΙΚΙΛΙΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	10(4,4%)	10(16,9%)
Λίγο	36(15,9%)	13(22%)
Μέτρια	59(26%)	13(22%)
Πολύ	81(35,7%)	16(27,1%)
Πάρα πολύ	41(18,1%)	7(11,9%)
Μέση τιμή	3,47(SD:1,094 SE:0,073)	2,95(SD:1,292 SE:0,168)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (79,8%) είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (61%) όσο αφορά την ποικιλία του φαγητού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 26-ΦΑΓΗΤΟ,
ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	7(3,1%)	3(5,1%)
Λίγο	17(7,5%)	15(25,4%)
Μέτρια	46(20,3%)	17(28,8%)
Πολύ	106(46,7%)	16(27,1%)
Πάρα πολύ	51(22,5%)	8(13,6%)
Μέση τιμή	3,78(SD:0,980 SE:0,065)	3,19(SD:1,121 SE:0,146)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (89,5%) είναι αρκετά μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (69,5%) όσο αφορά την θερμοκρασία του φαγητού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 27-ΦΑΓΗΤΟ,
ΣΕΡΒΙΡΙΣΜΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	5(2,2%)	5(8,5%)
Λίγο	14(6,2%)	6(10,2%)
Μέτρια	33(14,5%)	17(28,8%)
Πολύ	100(44,1%)	26(44,1%)
Πάρα πολύ	75(33%)	5(8,5%)
Μέση τιμή	4,00(SD:0,962 SE:0,064)	3,34(SD:1,060 SE:0,138)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (91,6%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (81,4%) όσο αφορά το σερβίρισμα του φαγητού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 28-ΕΥΓΕΝΕΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	0	0
Λίγο	2(0,9%)	3(5,1%)
Μέτρια	17(7,4%)	7(11,9%)
Πολύ	106(46,1%)	24(40,7%)
Πάρα πολύ	105(45,7%)	25(42,4%)
Μέση τιμή	4,37(SD:0,659 SE:0,043)	4,20(SD:0,846 SE:0,110)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (99,1%) είναι σχεδόν ίσο με το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (94,9%) όσο αφορά την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 29-ΣΕΒΑΣΜΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	0	0
Λίγο	2(0,9%)	1(1,7%)
Μέτρια	21(9,1%)	7(12,1%)
Πολύ	103(44,8%)	23(39,7%)
Πάρα πολύ	104(45,2%)	27(46,6%)
Μέση τιμή	4,34(SD:0,680 SE:0,045)	4,31(SD:0,754 SE:0,099)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (99,1%) είναι σχεδόν ίσο με το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (98,3%) όσο αφορά τον σεβασμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 30-ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ,
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	3(1,3%)	4(6,8%)
Λίγο	16(7,1%)	6(10,2%)
Μέτρια	47(21%)	16(27,1%)
Πολύ	96(42,9%)	23(39%)
Πάρα πολύ	62(27,7%)	10(16,9%)
Μέση τιμή	3,88(SD:0,940 SE:0,063)	3,49(SD:1,104 SE:0,144)

Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (91,6%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (83%) όσο αφορά το ενδιαφέρον και την επικοινωνία του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 31-ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ
ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ

Κατανομή ποσοτικών δεδομένων

	Ασθενείς	Νοσηλευτές
Καθόλου ικανοποιημένος	3(1,4%)	1(1,7%)
Λίγο	13(6%)	8(13,6%)
Μέτρια	51(23,4%)	22(37,3%)
Πολύ	89(40,8%)	18(30,5%)
Πάρα πολύ	62(28,4%)	10(16,9%)
Μέση τιμή	3,89(SD:0,934 SE:0,063)	3,47(SD:0,989 SE:0,129)

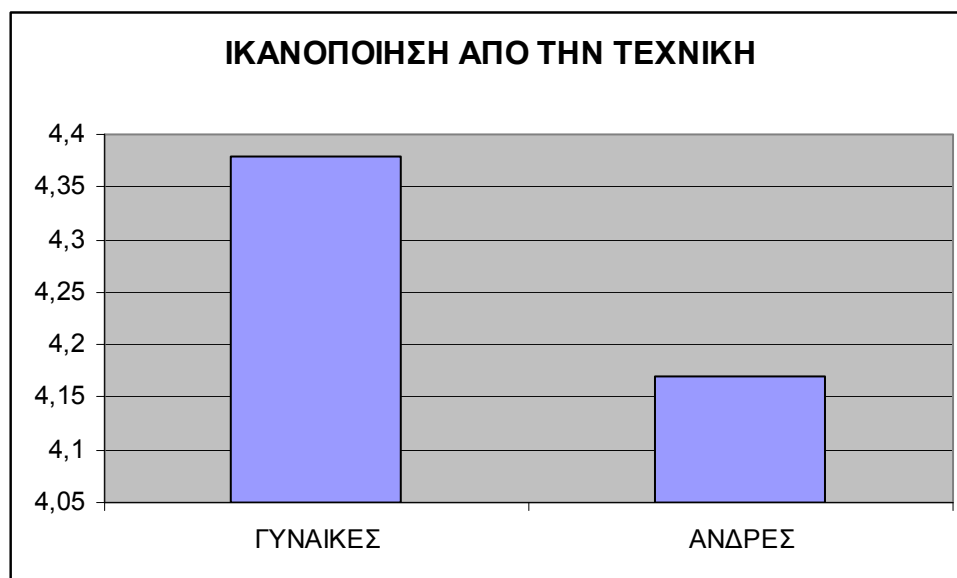
Σχόλια: Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (92,6%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών (84,7%) όσο αφορά την ικανοποίηση των προσωπικών προτιμήσεων των ασθενών.

ΣΥΝΟΨΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ
ΑΝΑΛΥΣΗΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
(Μέση τιμή-αναλυτικά αποτελέσματα)
ΠΙΝΑΚΑΣ 34

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ - ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	P(<0,05)
1.Εξυπηρέτηση	4,11 4,39	3,54 4,34	0,00
2.Νοσηλεία-επιδεξιότητα			0,03
3.Νοσηλεία-συνέπεια	4,43	4,07	0,01
4.Ανακούφιση πόνου- ταχύτητα	4,34	4,12	-
5.Ανακούφιση πόνου- μέτρα	4,32	4,09	0,048
6.Πληροφόρηση- προσανατολισμός	3,65	3,58	0,042
7.Πληροφόρηση –εξετάσεις	3,82	3,85	-
8.Πληροφόρηση –θεραπεία	3,82	3,88	-
9.Γενικές οδηγίες	3,44	3,64	0,046
10.Ενημέρωση συγγενών	3,17	3,32	0,032
11.Εκπαίδευση	3,65	3,67	0,030
12.Παρακολούθηση	3,81	3,80	-
13.Ανταπόκριση –ταχύτητα	4,12	4,10	0,046

14.Ανταπόκριση – ικανοποίηση αναγκών	4,15	3,98	0,046
15.Διαθέσιμος χρόνος	3,82	3,44	0,09
16.Συνέχεια	4,21	4,22	0,004
17.Ξεκούραση θόρυβος	3,25	3,44	0,030
18.Ξεκούραση –πρωινή έγερση	3,20	3,40	0,032
19.Καθαριότητα δωματίου	4,06	3,48	-
20.Καθαριότητα τουαλέτας	3,89	3,22	0,00
21.Καθαριότητα κοινόχρηστων	4,04	3,45	0,00
22.Φαγητό ποσότητα	4,04	3,71	0,020
23.Φαγητό ποιότητα	3,81	3,41	0,010
24.Φαγητό τρόπος μαγειρέματος	3,68	3,50	-
25.Φαγητό ποικιλία	3,47	2,95	0,02
26.Φαγητό θερμοκρασία	3,78	3,19	0,01
27.Φαγητό σερβίρισμα	4,00	3,34	0,01
28.Ευγένεια	4,37	4,20	-
29.Σεβασμός	4,34	4,31	-
30.Ενδιαφέρον –επικοινωνία	3,88	3,49	0,06
31.Προσωπικές προτιμήσεις	3,89	3,47	0,03

ΠΙΝΑΚΑΣ 35



Στατιστικά αποτελέσματα

Ένα όργανο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα , αν δεν έχει προηγουμένως εγκαταστήσει ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Μερκούρης 1996) . Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στη συνέπεια και ακρίβεια των τιμών που λαμβάνονται από αυτό. Η εγκυρότητα αναφέρεται στη σχετικότητα του οργάνου μέτρησης. Το θέμα της αξιοπιστίας και εγκυρότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην νοσηλευτική έρευνα , επειδή ένα μεγάλο μέρος μέτρησης των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών περιλαμβάνει έμμεσα μέτρα (δείκτες).

Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης είναι το κύριο κριτήριο της ποιότητας του. Τους ερευνητές ενδιαφέρουν τρία χαρακτηριστικά αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης : η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή και η ισοδυναμία.

Ο συντελεστής άλφα (Cronbach' alpha) που αποτελεί το μέτρο αξιολόγησης της αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων βρέθηκε ίσος με 0,94 για τις ερωτήσεις που αποτελούν την κλίμακα μέτρησης .Ο υψηλός συντελεστής σημαίνει ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων ή αλλιώς ότι οι ερωτήσεις που συνιστούν την κλίμακα μέτρησης μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό.

Ο βαθμός συσχέτισης των διαφόρων ερωτήσεων με το συνολικό τους άθροισμα όπως μετρήθηκε από τον παραμετρικό συντελεστή Pearson φαίνεται στον πίνακα 36.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΤΟΥΣ ΑΘΡΟΙΣΜΑ

Ερώτηση	Συσχέτιση με το συνολικό άθροισμα(Pearson)	
	Ασθενείς	Νοσηλευτές
1.Εξυπηρέτηση	0,68	0,50
2.Νοσηλεία-επιδεξιότητα	0,69	0,73
3.Νοσηλεία-συνέπεια	0,75	0,70
4.Ανακούφιση πόνου-ταχύτητα	0,82	0,66
5.Ανακούφιση πόνου- μέτρα	0,80	0,73
6.Πληροφόρηση-προσανατολισμός	0,71	0,74
7.Πληροφόρηση –εξετάσεις	0,84	0,77
8.Πληροφόρηση –θεραπεία	0,85	0,75
9.Γενικές οδηγίες	0,84	0,80
10.Ενημέρωση συγγενών	0,69	0,64
11.Εκπαίδευση	0,68	0,73
12.Παρακολούθηση	0,72	0,55
13.Ανταπόκριση –ταχύτητα	0,76	0,63
14.Ανταπόκριση –ικανοποίηση αναγκών	0,79	0,75

15. Διαθέσιμος χρόνος	0,79	0,53
16. Συνέχεια	0,74	0,56
17. Ξεκούραση θόρυβος	0,51	0,53
18. Ξεκούραση –πρωινή έγερση	0,51	0,53
19. Καθαριότητα δωματίου	0,73	0,63
20. Καθαριότητα τουαλέτας	0,68	0,63
21. Καθαριότητα κοινόχρηστων	0,74	0,65
22. Φαγητό ποσότητα	0,69	0,71
23. Φαγητό ποιότητα	0,72	0,79
24. Φαγητό τρόπος μαγειρέματος	0,77	0,71
25. Φαγητό ποικιλία	0,71	0,72
26. Φαγητό θερμοκρασία	0,65	0,65
27. Φαγητό σερβίρισμα	0,75	0,68
28. Ευγένεια	0,72	0,62
29. Σεβασμός	0,73	0,61
30. Ενδιαφέρον –επικοινωνία	0,81	0,64
31. Προσωπικές προτιμήσεις	0,81	0,61

Η εγκυρότητα οργάνου μέτρησης είναι το δεύτερο κριτήριο με το οποίο αξιολογείται η ποιότητά του. Συγκεκριμένα αναφέρεται στην μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει. Σήμερα χρησιμοποιούνται τρεις τύποι εγκυρότητας : εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion-related validity), και δομική εγκυρότητα (construct validity).

Η εγκυρότητα περιεχομένου του εργαλείου μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στην εργασία αυτή και δείχνει την αντιπροσωπευτικότητα των ερωτήσεων (Knapp 1985) βασίζεται:

- Στην εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση
- Στη συμμετοχή ασθενών στην ανάπτυξη του περιεχομένου με σχόλια τους και ημιδομημένες συνεντεύξεις
- Στη συμμετοχή ειδικών και ασθενών στη κριτική και αξιολόγηση των ερωτήσεων του εργαλείου μέτρησης
- Στη πραγματοποίηση δοκιμής προκειμένου να διευκρινιστούν δυσκολονόητα σημεία και να γίνουν διορθώσεις
- Στη χρησιμοποίηση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης του εργαλείου μέτρησης

Η εγκυρότητα δομής μετράει το βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μέτρησης μετράει την έννοια που μελετάται (Knapp 1985). Ένδειξη της εγκυρότητας δομής συνιστά η διερευνητική ανάλυση παραγόντων.

Για την ανάλυση των παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Principal Components Equamax, η οποία ανέδειξε 4 παράγοντες: την τεχνική, την πληροφόρηση, τον διαθέσιμο χρόνο -διαπροσωπικές σχέσεις, τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες .

Στον πίνακα 37 παρουσιάζονται οι αξιολογήσεις αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής των παραπάνω παραγόντων με βάση τον συντελεστή άλφα του Cronbach.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Παράγοντες	Μέση τιμή		Cronbach a	
	Ασθενείς	Νοσηλεύτές	Ασθενείς	Νοσηλεύτές
	4,26	4,03	0,92	0,86
Τεχνική				
Πληροφόρηση	3,59	3,65	0,92	0,90
Διαθέσιμος χρόνος	4,01	3,84	0,91	0,82
Ξενοδοχειακές υπηρεσίες	3,74	3,37	0,91	0,89

Η μέση τιμή για κάθε παράγοντα υπολογίστηκε με βάση τις μέσες τιμές των ερωτήσεων που τον αποτελούν.

Το κριτήριο για να συμπεριληφθεί μια ερώτηση σε έναν παράγοντα αποφασίστηκε να είναι η συσχέτιση της ερώτησης μόνο με τον συγκεκριμένο παράγοντα σε επίπεδο μεγαλύτερο του 0,50.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι βαθμολογήσεις των ασθενών ήταν αρκετά υψηλές παρουσιάζοντας μερική μεταβλητότητα (πίνακας 34) συμφωνώντας έτσι με τα βιβλιογραφικά δεδομένα τα οποία αναφέρουν ότι στις περισσότερες έρευνες το 80% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι με όλες τις ερωτήσεις των εργαλείων μέτρησης (Fitzpatrick 1991, Guzman et all 1988). Συγκριτικά οι βαθμολογήσεις των νοσηλευτών δεν ήταν τόσο υψηλές παρουσιάζοντας αρκετή μεταβλητότητα (πίνακας 34).

Ο πίνακας 34 δείχνει αναλυτικά τις διαφορές ανά περιοχή φροντίδας. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε για την εξυπηρέτηση, τη νοσηλεία, την πληροφόρηση και τον προσανατολισμό, την εκπαίδευση, την ταχύτητα ικανοποίησης αναγκών, τη συνέχεια της φροντίδας, την ξεκούραση, την καθαριότητα της τουαλέτας και των κοινόχρηστων χώρων, του φαγητού, της ευγένειας, του σεβασμού και του ενδιαφέροντος. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τον πόνο, την παρακολούθηση, την καθαριότητα του δωματίου, την ποιότητα του φαγητού.

Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών σύμφωνα με την ποσοτική ανάλυση διακυμάνθηκε από 70,4 % (αφορά την πρωινή έγερση) έως 99,2% (για την επιδεξιότητα της νοσηλείας).

Παρατηρώντας το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών διαπιστώνουμε ότι διακυμάνθηκε από 61% (ποικιλία του φαγητού) έως 98,3 (στο σεβασμό και τη συνέχεια της φροντίδας) με ακόμα πιο μεγάλο ποσοστό στην ερώτηση που αφορά τη συνέπεια και την επιδεξιότητα της νοσηλείας έχοντας υπόψη ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (58,2%) του δείγματος στο νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούσαν νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (σχήμα 5).

Συγκεκριμένα η ποσοτική ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την νοσηλεία-επιδεξιότητα (99,2%), το σεβασμό και την ευγένεια (99,1%), τη συνέχεια της φροντίδας (97,4%), την εξυπηρέτηση και περιποίηση (96,1%), την ανταπόκριση στην ικανοποίηση των αναγκών (96,9%), την ταχύτητα ανταπόκρισης (95,1%), την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων (93%), το σεβίρισμα του φαγητού (91,6%), το ενδιαφέρον και η επικοινωνία (91,6%).

Λιγότερο ικανοποιημένοι παρουσιάζονται όσον αφορά την ενημέρωση των συγγενών, την ξεκούραση- θόρυβο (71,3%), την ποικιλία του φαγητού (79,8%), τις γενικές οδηγίες (83,3%), την εκπαίδευση (84,7%), την πληροφόρηση και τον προσανατολισμό (85,1%).

Τα αποτελέσματα δείχνουν να συμφωνούν με υπάρχουσες έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και τις διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερο ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση και την εκπαίδευση (Doering 1983, Steven 1991).

Από νοσηλευτικής πλευράς το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης αφορά τη συνέπεια και επιδεξιότητα της νοσηλείας (>99%), ακολουθεί η συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας (98,3%), ο σεβασμός (98,3%), η ευγένεια (94,9%), η ταχύτητα ανταπόκρισης και ικανοποίησης των αναγκών (93,3%), η παρακολούθηση (90%), πληροφόρηση-θεραπεία (89,7%), γενικές οδηγίες (89,7%), πληροφόρηση- εξετάσεις (88,1%).

Λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι νοσηλευτές όσον αφορά την ποικιλία του φαγητού (61%), τη θερμοκρασία του φαγητού (69,5%), την ποσότητα του φαγητού την καθαριότητα της τουαλέτας (73,4%), την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων (78,3%), την πληροφόρηση- προσανατολισμό (78,3%), τον τρόπο μαγειρέματος του φαγητού (79,3%).

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλευτές είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την τεχνική πλευρά της φροντίδας, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την πληροφόρηση (σε αντίθεση με τους ασθενείς) και λιγότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Τα περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα και η έλλειψη ελληνικών αντίστοιχων δεδομένων έχει ως αποτέλεσμα να μη μπορούν να γίνουν σημαντικές συγκρίσεις.

Η συσχέτιση των ερωτήσεων με το συνολικό άθροισμά τους μας επισημαίνουν τις σημαντικότερες ερωτήσεις στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον πίνακα 36 (όσον αφορά τους ασθενείς), οι ερωτήσεις για την πληροφόρηση –εξετάσεις, πληροφόρηση –θεραπεία, γενικές οδηγίες, ανακούφιση πόνου ταχύτητα, ενδιαφέρον- επικοινωνία, προσωπικές προτιμήσεις, ανταπόκριση ικανοποίηση αναγκών, ταχύτητα ανταπόκρισης, ανακούφιση πόνου-μέτρα, συνέπεια νοσηλεία δείχνουν υψηλό βαθμό συσχέτισης με το συνολικό άθροισμα ($r>0,75, p<0,01$). Χαμηλότερη συσχέτιση δείχνουν οι ερωτήσεις για την ώρα πρωινής έγερσης, τον θόρυβο, το φαγητό και την καθαριότητα ($r<0,65, p<0,01$).

Σύμφωνα με τον ίδιο πίνακα (36) όσον αφορά τους νοσηλευτές οι ερωτήσεις για τις γενικές οδηγίες, την πληροφόρηση –εξετάσεις, την πληροφόρηση- θεραπεία, την ανταπόκριση στην ικανοποίηση αναγκών, δείχνουν υψηλό βαθμό συσχέτισης με το συνολικό άθροισμα ($r>0,75 p<0,01$). Χαμηλότερη συσχέτιση δείχνουν οι ερωτήσεις για την ώρα πρωινής έγερσης, το θόρυβο, το διαθέσιμο χρόνο, την εξυπηρέτηση και τις προσωπικές προτιμήσεις.

Το υψηλό ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών (99,2%) από την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή της φροντίδας ερμηνεύεται εν μέρει από την ιδιαίτερη έμφαση που προσδίδει το σύστημα εργασίας στην τεχνική πλευρά της φροντίδας υγείας, από την έλλειψη ειδικών γνώσεων ή από το φόβο των ασθενών λόγω της εξάρτησής τους από το προσωπικό (Hall and Dornan 1988, Abdallah and Levine 1957).

Η περιορισμένη βαρύτητα που προσδίδεται τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους νοσηλευτές στην διατροφή, την καθαριότητα και το θόρυβο ερμηνεύεται από το γεγονός ότι οι πιο πάνω τομείς δεν αποτελούν την αποκλειστική αρμοδιότητα των

νοσηλευτών, αλλά αρμοδιότητα της διοικητικής υπηρεσίας στην οποία υπάγονται οι εργαζόμενοι στους τομείς αυτούς. Σχεδόν όλες οι έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς έχουν χαμηλές απαιτήσεις για τη διατροφή και η αξιολόγησή τους είναι πάντα αρνητική σε σχέση με τις υπόλοιπες πλευρές της νοσηλευτικής φροντίδας (Παπανικολάου και Σιγάλας 1995, Δημητριάδου και σύν.1991, Abdelah end Levine 1957). Τα ποσοστά των ικανοποιημένων ασθενών από το φαγητό με βάση την ποσοτική ανάλυση κυμάνθηκαν από 79,8% έως 92% για την ποσότητα του φαγητού (πίνακας 24). Ενώ χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης στο ίδιο θέμα παρουσιάζονται στο νοσηλευτικό προσωπικό, τα οποία κυμάνθηκαν από 61% για την ποικιλία έως 81,4% για το σερβίρισμα (πίνακας 29).

Αξιοσημείωτο είναι το υψηλό ποσοστό ικανοποιημένων ασθενών από την αποτελεσματικότητα των ελληνικών νοσοκομείων (σχήμα 13). Αυτό το ποσοστό επιβεβαιώνει τις χαμηλές προσδοκίες των ασθενών του δείγματος. Ενώ στην ίδια ερώτηση το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευτών είναι σημαντικά χαμηλότερο (σχήμα 14).

Στην ερώτηση για τα ελεύθερα σχόλια ένα μεγάλο ποσοστό των αποκριθέντων ασθενών (75%) επισήμανε την έλλειψη προσωπικού.

Συγκρίνοντας τον βαθμό ικανοποίησης ανάμεσα στα δυο φύλα των ασθενών διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μόνο στον παράγοντα της τεχνικής. Συγκεκριμένα παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένες οι γυναίκες με μέση τιμή 4,38 έναντι των ανδρών με μέση τιμή 4,17 (πίνακας 35).

Επιπρόσθετα η στατιστική ανάλυση στο δείγμα των νοσηλευτών δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες του νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ-ΤΕ και ΔΕ). Ίσως να απαιτείται μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτών για να εξαχθούν ασφαλέστερα αποτελέσματα. Αντίθετα παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στο βαθμό ικανοποίησης ως προς το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών σε όλους τους τομείς. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει υψηλή ικανοποίηση στους ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και μικρότερη ικανοποίηση σε εκείνους με υψηλό επίπεδο.

Κατά την ανάλυση Pearson διαπιστώθηκε υψηλού βαθμού θετική συσχέτιση ($0,78 < r < 0,90$) της συνολικής ικανοποίησης με κάθε τομέα – παράγοντα των υπηρεσιών υγείας (τεχνική, πληροφόρηση, διαθέσιμος χρόνος, ξενοδοχειακές υπηρεσίες) . Επίσης βρέθηκε μικρού βαθμού θετική συσχέτιση ($0,10 < r < 0,26$) μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των τεσσάρων παραγόντων υπηρεσιών υγείας. Φαίνεται ότι οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας έχουν αυξημένες απαιτήσεις ικανοποίησης .

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι περιορισμοί της έρευνας είναι αρκετοί. Οι σημαντικότεροι είναι το μικρό δείγμα και η ελάχιστη ύπαρξη μέτρων σύγκρισης. Τα περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα και η ελλιπής παρουσία ελληνικών αντίστοιχων δεδομένων είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να γίνουν σημαντικές συγκρίσεις με άλλες έρευνες. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να έχει συνέχεια προκειμένου να διαμορφωθεί το μέτρο σύγκρισης και να γίνει δυνατή η αξιολόγηση των αλλαγών στην παροχή φροντίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια σημαντική έννοια για τις υπηρεσίες υγείας, τους λειτουργούς υγείας, αλλά και τους ασθενείς. Στην παρούσα έρευνα οι ασθενείς με βάση τα ποσοτικά δεδομένα είναι ικανοποιημένοι σε υψηλότερο βαθμό από τους νοσηλευτές από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως σπουδαιότερους παράγοντες την τεχνική, το περιβάλλον και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών (Μερκούρης 1996).

Η υψηλή θέση που καταλαμβάνει, σύμφωνα με τα ποσοτικά δεδομένα, η ικανοποίηση από την τεχνική πλευρά της νοσηλείας μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στη μεγάλη έμφαση που δίνει το σύστημα εργασίας στην τεχνική πλευρά της φροντίδας. Η εφαρμογή του βιοιατρικού μοντέλου εργασίας και προσέγγισης του ασθενούς δεν αφήνει περιθώρια στους νοσηλευτές να αναπτύξουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας και να αναδείξουν την προσφορά τους.

Ο μέσος ασθενής δεν έχει την πείρα ή τις γνώσεις για να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Oberst 1984). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί αντιπροσωπευτικά στοιχεία που ο ίδιος μπορεί να κατανοήσει, ώστε να αξιολογήσει τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Τα στοιχεία αυτά συνήθως αναφέρονται στην ικανοποίηση των βασικών αναγκών βιολογικών αναγκών οι οποίες είναι περισσότερο κατανοητές στον ασθενή.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει χαμηλό βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με παρεμβάσεις μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης

διοίκησης. Υψηλό βαθμό ικανοποίησης εκφράζουν στον τομέα της τεχνικής. Άποψη που συμφωνεί εν μέρει με την άποψη των νοσηλευομένων ασθενών.

Η έλλειψη προσωπικού αναφέρθηκε συχνά στις περισσότερες απαντήσεις. Οι έλληνες ασθενείς αναφέροντας συνεχώς την έλλειψη προσωπικού δηλώνουν την τάση τους να δικαιολογήσουν τις ελλείψεις στην παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Δημητριάδου κ σύν 1991, Μερκούρης 1996). Δεν υπάρχει αντίστοιχο εύρημα στην ξένη βιβλιογραφία και αυτό μπορεί να αποδοθεί στη μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που υπάρχει στα ελληνικά νοσοκομεία (Πολύζος 1994).

Αξίζει να σημειωθεί ακόμα ότι στα περισσότερα νοσοκομεία, η διατροφή, η καθαριότητα και ο θόρυβος δεν είναι ευθύνη αποκλειστικά των νοσηλευτών αλλά κυρίως της διοικητικής υπηρεσίας στην οποία υπάγονται οι εργαζόμενοι στους τομείς αυτούς. Είναι όμως επαγγελματική νοσηλευτική ευθύνη η επίβλεψη για την καθαριότητα των χώρων, για την ποιότητα του φαγητού και το θόρυβο.

Επίσης για τους ασθενείς τα έτη σπουδών σχετίζονται αρνητικά σε μικρό βαθμό με κάποιες παρεμβάσεις. Επιβεβαιώνεται έτσι ότι όσοι έχουν μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο είναι και περισσότερο απαιτητικοί.

Η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος κατοικίας, το ασφαλιστικό ταμείο, ο βαθμός εξάρτησης, οι γνώσεις των ασθενών, η σοβαρότητα της κατάστασης, η διάρκεια της νοσηλείας, η θέση και το είδος της εισαγωγής, δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών.

Τέλος οι νοσηλευτές πρέπει να επιδιώκουν την χρησιμοποίηση αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων μέτρησης για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, έτσι ώστε να μπορούν να αξιολογηθούν όχι μόνο οι ανάγκες των ασθενών αλλά και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την ικανοποίηση αυτών των αναγκών. Οι έρευνες προς αυτή την κατεύθυνση είναι απαραίτητες ώστε να γίνει ορατή η συνεισφορά της νοσηλευτικής στο τελικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

(πριν τη συνέντευξη)

Καλημέρα σας. Πώς είστε σήμερα; Το όνομα μου είναι
Είμαι φοιτητής – τρια της νοσηλευτικής και θα ήθελα στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας να συμπληρώσουμε μαζί ένα ερωτηματολόγιο για το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Σε πολλές χώρες του εξωτερικού η γνώμη αυτή του ασθενούς είναι κατοχυρωμένη με νόμο και λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στην προσπάθεια βελτίωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα φιλοδοξούμε ότι θα χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Σημειώστε ότι δεν είναι κριτική αξιολόγησης του προσωπικού. Θεωρούμε τη βοήθεια σας σημαντική. Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και εθελοντική. Εάν δεχτείτε να συμμετάσχετε, μπορείτε να σταματήσετε οποτεδήποτε θέλετε, εάν εσείς το κρίνετε σκόπιμο.

Η διαδικασία θα έχει ως εξής: θα σας αναφέρω ορισμένες νοσηλευτικές ανάγκες και θα ήθελα σκεπτόμενος – η το νοσηλευτικό προσωπικό αυτής της κλινικής και την προσπάθεια του να καλύψει αυτές τις ανάγκες, να μου λέτε πόσο ικανοποιημένος είστε (καθόλου – λίγο – αρκετά – πολύ – πάρα πολύ) σε σχέση με την κάλυψη κάθε μιας ανάγκης.

Θα θέλατε να μας βοηθήσετε σ' αυτήν μας την προσπάθεια;

A/A:.....

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ
ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)**

Νοσοκομείο:.....Κλινική:.....Ημερομηνία:.....Ωρα:.....

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ

ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ;

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ:

**ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ
ΠΟΛΥ**

1 2 3 4 5

1. Εξυπηρέτηση-Περιποίηση. Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορούν οι ασθενείς να εκτελέσουν από μόνοι τους

(Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος)

1 2 3 4 5

2. Νοσηλεία. (Δηλαδή, χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, αλλαγή ορών, επιδέσμων, φλεβοκεντήσεις κτλ.)

α. επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

β. συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

3. Ανακούφιση πόνου.

α. ταχύτητα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται

1 2 3 4 5

β. λήψη μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου. (Όπως αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον άρρωστο, αλλαγή θέσεως, χορήγηση φαρμάκων, κτλ.)

1 2 3 4 5

4. Πληροφόρηση. Πληροφόρηση και ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δηλαδή πληροφόρηση για:

α. τον προσανατολισμό στην μονάδα την πρώτη μέρα που έρχεται ο ασθενής στην κλινική (χώρος, ρουτίνα, σύστημα κλήσης). 1 2 3 4 5

β. εξετάσεις (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα). 1 2 3 4 5

γ. θεραπευτικές διαδικασίες, φάρμακα 1 2 3 4 5

δ. οδηγίες γενικά για κατανόηση της ασθένειας και των αναγκών στο βαθμό που ο κάθε άρρωστος καταλαβαίνει 1 2 3 4 5

ε. πληροφόρηση και ενημέρωση των συγγενών. 1 2 3 4 5

5. Εκπαίδευση - Οδηγίες. Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για το πώς οι ασθενείς θα φροντίσουν τον εαυτό τους στο βαθμό που μπορούν , τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο τους από αυτό.

1 2 3 4 5

6. Παρακολούθηση. Πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτεται, και αξιολογεί την κατάσταση των ασθενών.

1 2 3 4 5

7. Ανταπόκριση - ταχύτητα.

α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα των ασθενών (κουδούνι - σήμα) όταν αυτοί χρειάζονται βοήθεια. 1 2 3 4 5

β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να ικανοποιήσει αυτό που του ζητούν οι ασθενείς. 1 2 3 4 5

8. Διαθέσιμος χρόνος. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για την φροντίδα των ασθενών, σε σχέση με τον χρόνο που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός.

1 2 3 4 5

9. Συνέχεια νοσ/κής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια γνωρίζει την κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς.

1 2 3 4 5

10. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο.

α. θόρυβος από άλλους αρρώστους, συνοδούς, προσωπικό, τον διάδρομο 1 2 3 4 5

β. ώρα που ξυπνάνε οι ασθενείς το πρωί 1 2 3 4 5

11. Καθαριότητα.

α. δωματίου 1 2 3 4 5

β. τουαλέτας 1 2 3 4 5

γ. διαδρόμων, κοινόχρηστων χώρων 1 2 3 4 5

12. Φαγητό.

α. ποσότητα 1 2 3 4 5

β. ποιότητα 1 2 3 4 5

γ. τρόπος μαγειρέματος 1 2 3 4 5

δ. ποικιλία 1 2 3 4 5

ε. θερμοκρασία 1 2 3 4 5

στ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος 1 2 3 4 5

13. Ευγένεια - φιλικότητα. Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. 1 2 3 4 5

14. Σεβασμός. Τρόπος ομιλίας και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό προς τους ασθενείς.

1 2 3 4 5

15. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει για να συζητήσει μαζί με τους ασθενείς, να ακούσει τα παράπονα τους, να κατανοήσει τα προβλήματα τους και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές. 1 2 3 4 5

16. Προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτιμήσεις του κάθε ασθενούς χωριστά. 1 2 3 4 5

17. Αποτελεσματικότητα. Συνολικά, πόσο αποτελεσματικές θεωρείτε τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας των ασθενών. 1 2 3 4 5

18. Σχόλια (επιπλέον) - Τι θα θέλατε να σχολιάσετε;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ- ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία:.....

Φύλο: άντρας γυναίκα

Κατηγορία προσωπικού: ΤΕ-ΠΕ ΔΕ

Έτη προϋπηρεσίας: ()

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι:

πολύ κακή κακή μέτρια καλή πολύ καλή

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ
ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΑΣΘΕΝΕΙΣ)**

Νοσοκομείο:.....Κλινική:.....Ημερομηνία:.....Ωρα:.....

**ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ;**

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ:

**ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ
ΠΟΛΥ**

1 2 3 4 5

1. Εξυπηρέτηση-Περιποίηση. Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορούν οι ασθενείς να εκτελέσουν από μόνοι τους

(Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος)

1 2 3 4 5

2. Νοσηλεία. (Δηλαδή, χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, αλλαγή ορών, επιδέσμων, φλεβοκεντήσεις κτλ.)

α. επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

β. συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

3. Ανακούφιση πόνου.

α. ταχύτητα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται

1 2 3 4 5

β. λήψη μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου. (Όπως αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον άρρωστο, αλλαγή θέσεως, χορήγηση φαρμάκων, κτλ.)

1 2 3 4 5

4. Πληροφόρηση. Πληροφόρηση και ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δηλαδή πληροφόρηση για:

α. τον προσανατολισμό στην μονάδα την πρώτη μέρα που έρχεται ο ασθενής στην κλινική (χώρος, ρουτίνα, σύστημα κλήσης). 1 2 3 4 5

β. εξετάσεις (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα). 1 2 3 4 5

γ. θεραπευτικές διαδικασίες, φάρμακα 1 2 3 4 5

δ. οδηγίες γενικά για κατανόηση της ασθένειας και των αναγκών στο βαθμό που ο κάθε άρρωστος καταλαβαίνει 1 2 3 4 5

ε. πληροφόρηση και ενημέρωση των συγγενών. 1 2 3 4 5

5. Εκπαίδευση - Οδηγίες. Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για το πώς οι ασθενείς θα φροντίσουν τον εαυτό τους στο βαθμό που μπορούν , τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο τους από αυτό.

1 2 3 4 5

6. Παρακολούθηση. Πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτεται, και αξιολογεί την κατάσταση των ασθενών.

1 2 3 4 5

7. Ανταπόκριση - ταχύτητα.

α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα των ασθενών (κουδούνι - σήμα) όταν αυτοί χρειάζονται βοήθεια. 1 2 3 4 5

β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να ικανοποιήσει αυτό που του ζητούν οι ασθενείς. 1 2 3 4 5

8. Διαθέσιμος χρόνος. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για την φροντίδα των ασθενών, σε σχέση με τον χρόνο που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός.

1 2 3 4 5

9. Συνέχεια νοσ/κής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια γνωρίζει την κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς.

1 2 3 4 5

10. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο.

α. θόρυβος από άλλους αρρώστους, συνοδούς, προσωπικό, τον διάδρομο 1 2 3 4 5

β. ώρα που ξυπνάνε οι ασθενείς το πρωί 1 2 3 4 5

11. Καθαριότητα.

α. δωματίου 1 2 3 4 5

β. τουαλέτας 1 2 3 4 5

γ. διαδρόμων, κοινόχρηστων χώρων 1 2 3 4 5

12. Φαγητό.

α. ποσότητα 1 2 3 4 5

β. ποιότητα 1 2 3 4 5

γ. τρόπος μαγειρέματος 1 2 3 4 5

δ. ποικιλία 1 2 3 4 5

ε. θερμοκρασία 1 2 3 4 5

στ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος 1 2 3 4 5

13. Ευγένεια - φιλικότητα. Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. 1 2 3 4 5

14. Σεβασμός. Τρόπος ομιλίας και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό προς τους ασθενείς. 1 2 3 4 5

15. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει για να συζητήσει μαζί με τους ασθενείς, να ακούσει τα παράπονα τους, να κατανοήσει τα προβλήματα τους και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές. 1 2 3 4 5

16. Προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτιμήσεις του κάθε ασθενούς χωριστά. 1 2 3 4 5

17. Αποτελεσματικότητα. Συνολικά, πόσο αποτελεσματικές θεωρείτε τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας των ασθενών. 1 2 3 4 5

18. Εάν ξαναχρειαστώ νοσηλευτική φροντίδα θα ήθελα να με φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό. 1 2 3 4 5

19. Σκεπτόμενος το νοσηλευτικό προσωπικό θα συνιστούσα αυτή τη νοσηλευτική μονάδα (κλινική) σε φίλους και συγγενείς. 1 2 3 4 5

20. Σχόλια (επιπλέον) - Τι θα θέλατε να σχολιάσετε;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία:

Φύλο: άντρας γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος άγαμος διαζευγμένος χήρος

Μορφωτικό επίπεδο: αγράμματος δημοτικό γυμνάσιο λύκειο -τεχν. σχολή ανώτερη-ανώτατη

Τόπος μόνιμης κατοικίας: πόλη κωμόπολη χωριό

Ασφαλιστικό ταμείο:

Προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο > 1 μέρα: 0 1 2 3 >3

Προηγούμενες εισαγωγές σε αυτό το νοσοκομείο: 0 1 2 3 >3

Ημέρες νοσηλείας αυτή την φορά:

Αριθμός ασθενών στο ίδιο δωμάτιο:

Ποιος διάλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο:

εγώ ο γιατρός μου άλλα μέλη της οικογένειάς μου άλλος δεν πάρθηκε απόφαση ή δεν έγινε επιλογή

Στην επιλογή του νοσοκομείου το περισσότερο σημαντικό ήταν:

η τοποθεσία η προηγούμενη εμπειρία η φήμη το κόστος δεν έγινε επιλογή
οι γνωστοί

Πόσο σοβαρή θεωρείτε την κατάσταση σας: καθόλου λίγο αρκετά πολύ σοβαρή ή κρίσιμη

Για το πρόβλημα της υγείας μου γνωρίζω: τίποτα λίγα αρκετά πολλά

Εξάρτηση: ανεξάρτητος - βοήθεια με συγκεκριμένα πράγματα - μερικώς εξαρτώμενος (φαγητό ή και τουαλέτα) πλήρως εξαρτώμενος

Υπάρχει συνοδός: οικογένεια αποκλειστική και τα δύο

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι:

πολύ κακή κακή μέτρια καλή πολύ καλή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Evans R.J., Lindsay M.W.: «The Management and Control of Quality», 3rd ed. West Publishing Company, New York, 1996, σελ. 15.
2. Μαρινάκης Γ: «Εισαγωγή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Στο: Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.). «Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία». Εκδ. θεμέλιο, Αθήνα, 2000, σελ. 115.
3. Τσιότρας Γ: «Βελτίωση Ποιότητας», Β' έκδοση. Εκδόσεις Ε. Μπένου, Αθήνα, 2002, σελ. 14, 17, 93-98, 297-325, 132-134.
4. Αλεξιάδης Α.Δ., Σιγάλας Ι.: «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις». Τόμος Δ': «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας - Νοσοκομείων: Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές». Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999, σελ. 17-35, 48-83.
5. Σπανός Α.: «Ολική Ποιότητα». Εκδ. Γαλαίος - Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1993.
6. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας - Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων: Στόχοι για «Υγεία για Όλους» - Πολιτική υγείας για την Ευρώπη. Αθήνα, 1992, σελ. 47.
7. Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ.: «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας». Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999, σελ. 401, 431-432, 451, 533-543, 496-497, 341-350, 42-43.
8. Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ.: «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις». Τόμος Γ: «Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας» (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις). Ε.Α.Π., Πάτρα, 1999, σελ. 125-149, 156-157.
9. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.: «Συστήματα υγείας». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2001, σελ. 191-198, 320-325.
10. Abel – Smith Calltorp J., Dixon M., Dunning Ad., Evans R., Holland W., Jarman B., Μόσιαλος Η.: «Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας». Εκδ. Φαρμέτρικα, Αθήνα, 1994, σελ. 30-38, 71-72, 82-83.
11. Ferrera M. EC Citizens and Social Protection: «Main results from a Eurobarometer survey. Commission of European Communities», Brussels, 1993.

12. Mossialos E.: «Citizen's views on the health care systems in the 15 member states of the European Union». *Health Economics* 1997; 6: 109-116.
13. Εισηγητική Έκθεση Ν 2519/97.: «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες διατάξεις».
14. Νόμος υπ' αριθμόν 2519/1997.: «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ 165, Αθήνα, 21/8/1997.
15. Νόμος υπ' αριθμόν 2889/2001.: «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ 37, Αθήνα, 2/3/2001.
16. Εισηγητική Έκθεση του Νόμου υπ' αριθμόν 2889/2001.: «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας».
17. Θεοδώρου Μ.: «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας». *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ* 1992; 3(1): 41-47.
18. Montana P.J., Charnov B.H.: «Μάνατζμεντ». Εκδ. Κλειδάριθμος, Αθήνα, 1993, σελ. 345-347, 50-51.
19. A.Donabedian, «The End Results of Health Care: Ernest Codman's (Contribution to Quality Assessment and Beyond, » *The Milbank Quarterly* 67 (1989): 233-256 (quoting E.A. Codman, *A Study in Hospital Efficiency: As Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital* [Boston: Thomas Todd, 1916]).
20. Η ιστορία της Joint Commission βρίσκεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση [http:// www jcaho.org/about_jc/mh_hist.htm](http://www.jcaho.org/about_jc/mh_hist.htm), στο δικτυακό τόπο της Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
21. W.E. Deming, *Out of the Crisis* (Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986).
22. Πληροφορίες σχετικά με τον W.E. Deming υπάρχουν στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις <http://www-caes.mit.edu.html> και <http://www.lii.net/deming.html>
23. Deming, *Out of the Crisis*.
24. J.M. Juran και P.M. Gryna, eds., *Juran's Quality Control Handbook*, 4th ed. (New York: McGraw-Hill, 1988).
25. J.M. Juran, *Managerial Breakthrough*, 2nd ed. (New York: McGraw-Hill, 1995).
26. Juran και Gryna, *Juran's Quality Control Handbook*.
27. Ibid.
28. A. Donabedian, «The Quality of Medical Care, » *Science* 200 (1978): 856-864.

29. A. Donabedian, «The Seven Pillars of Quality,» *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 114 (1990): 1115-1118.
30. D.M. Berwick et al., *Curing Health Care* (San Francisco: Jossey-Bass, 1990).
31. D. Berwick, *Return on Quality Report* (New Rochelle, NY: Corporate Research Group, Inc., 1998).
32. Berwick et al., *Curing Health Care*, 24-25.
33. I. McDowell και C. Newell, *Measuring Health*, 2nd ed. (London: Oxford University Press, 1996).
34. G.J. Scheiber et al., «Health Care Systems in Twenty-Four Countries,» *Health Affairs* 10, no. 3 (1991): 22-38.
35. J.N. Edwards et al., «Small Business and the National Health Care Reform Debate,» *Health Affairs* 11, no. 1 (1992): 164-173.
36. M.A. Peterson et al., «Momentum toward Health Care Reform in the U.S. Senate,» *Journal of Health Politics, Policy and Law* 17, no. 3 (1992): 553-573.
37. Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency, Social Policy Studies No. 7* (Paris: OECD, 1990). (Also published as the 1989 Annual Supplement, *Health Care Financing Review*.)
38. Schieber et al., "Health Care Systems in Twenty-Four Countries."
39. Himmelstein et al., "The Vanishing Health Care Safety Net."
40. S.M. Shortell et al., «The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems,» *Health Affairs* 13, no.1 (1994): 46-64.
41. S.M. Shortell et al., *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems* (San Francisco: Jossey – Bass, Publishers, 1996).
42. Donabedian AK. Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review* (annual supplement), 1987, 75-85.
43. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 1983, 6:189.
44. Abramowitz S, Cote AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 1987, 13(4): 122-130.
45. McDonnell C, Nash JG. Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *Quality Review Bulletin*, (May), 1990, 182-188.
46. Taylor C. *In horizontal orbit: Hospitals and the cult of efficiency*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970.

47. Shulka RK, Turner WE. Patients perception of care under primary and team nursing. *Research in Nursing and Health*, 1984, 7: 93-99.
48. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 1975, 24(1): 45-52.
49. LaMonica EL, Oberst MT, Madea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health*, 1986, 9: 43-50.
50. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Journal of Nursing Management* 1999, 7: 91-100.
51. JCAHO (Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations). *Accreditation manual for hospitals 1992*. Chicago. IL. Author, 1991.
52. Μερκούρης AB, Λεμονίδου XB. Ικανοποίηση ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες : Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Νοσηλευτική* 1998, 1: 4-26.
53. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, and Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management* 1999. 7:19-29.
54. Παπανικολάου Β. Σιγάλας Ι. Η ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας* 1995, 56:248-256.
55. Μερκούρης AB, Λεμονίδου XB. Μέτρηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. *Νοσηλευτική* 1999, 1: 6-15.
56. Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957b). What factors affect patients' opinions of their nursing care. *Hospitals*, 31, 61-4.
57. Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957d). What patients say about their nursing care. *Hospitals* 31, 44-48.
58. Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957e). What personnel say about nursing care. *Hospitals*, 31, 53-57.
59. Abramowitz, S., Cote, A.A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.
60. Αντωνοπούλου, Λ., Καραμητοπούλου, Δ., & Σοφιανός, Ε. (1991). Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 50, 370-374.
61. Blair, F., & Walts, L. (1982). Primary nursing in the emergency department: nurse and patient satisfaction. *Journal of Emergency Nursing* 8 (4), 181-186.

62. Μερκούρης Α, Ουζουνίδου Αι, Μουδερίδου Δ, Ρουμπή Μ, Τουγρής Π, Λεμονίδου Χ. Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 2001, 3: 74-84.
63. Bond, S. & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.
64. Caplan, E. K., & Sussman, M.B. (1966). Rang order of important variables for patient and staff satisfaction with out- patient services. *Journal of Health and Social Behavior*, 7, 133-137.
65. CBO, (1990). Nursing quality assurance in practice. Utrecht: RCN/CBO Publication.
66. Δημητριάδου, Α. et al. (1991). Απόψεις των νοσηλευομένων που αξιολογούν τη νοσηλευτική υπηρεσία. Πρακτικά, 18^ο, Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 14-16 Μαΐου, 1991 στην Αθήνα, 71-87.
67. Doll, A. (1979). The things patients say about their nurses. *Nursing*, 7(5), 113-120.
68. Donabedian, A.K. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Health and Society*, 44,166.
69. Donabedian, A.K. (1970). Patient care evaluation. *Hospitals*, 44(1), 131-136.
70. Donabedian, A. (1982). Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
71. Ferguson, G.H., & Ferguson, W.F.(1983). As patients see us. *Nursing Management*, 14(8), 20-21.
72. Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I – Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
73. Guzman, P.M., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehike, P.L., & Wright, W.R. (1988). Tapping patients satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12, 225-233.
74. Institute of Medicine. (1990). Health, health care and quality of care. In K. Lohr (Ed.), *Medicare: A strategy for quality assurance: Vol. 1.* (pp. 19-44). Washington, D.C.: National Academy Press.
75. Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO (1991). *Accreditation manual for hospitals 1992.* Chicago IL: Author.
76. Joy, L. & Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management* 23(7), 73-77.
77. Juran, J.M. (1989). *Juran on leadership for quality.* New York: The Free Press.

78. Καραγιάννη Β. (1994). Η ποιότητα του λειτουργικού κύκλου διανομής φαρμάκου στα ελληνικά νοσοκομεία: συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ δύο διαφορετικών συστημάτων. Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας», 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 161 – 172 Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
79. Κυριόπουλος, Ι., Δράκου, Ι., Κτενάς, Ε. & Γεωργούση, Ε. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. *Επιθεώρηση υγείας*, 44, 300-306, 320.
80. LaMonica, E.L., Oberst, M.T., Madea, A.R. & Wolt, R.M. (1986). Development of a patient satisfaction scale, *Research in Nursing & Health*, 9, 43-50.
81. Λανάρα, Β.Α. (1990). Νοσηλευτική έρευνα: εξέλιξη και προοπτικές. *Επιθεώρηση υγείας*, 54, 37-41,43.
82. Lanara, B.A. (1996). Research and the discipline of nursing: a European perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 90-96.
83. Lawler. J. (1983). Ousting Maslow from nursing. *Australian Nurses Journal* 13(1), 36-38.
84. Leino – Kilpi, H., & Vuorenheimo, J. (1992). Patient satisfaction as an indicator of nursing care. *Vard I. Norden*, 12 (3/4), 22-28.
85. Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
86. MacGuire, J. (1989). An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an article medical unit for the elderly. *International Journal of Nursing Studies*, 26(3), 243-251.
87. Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
88. Megivern, K., Halm, M.A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4), 9-24.
89. Nelson, E.C., et al. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance. *Journal of Health Care Marketing*, 12(4), 6 -12.
90. Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι.(1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248-256.
91. Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 6, 189.
92. Pearson, A., Durand, I., & Punton, S. (1989). Determining quality in unit where nursing is the primary invention. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 269-273.

93. Πλατή, Χ.Δ. (1991). Εκτίμηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, πρόκληση για τους νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*, 2, 133-139.
94. Πολύζος, Ν. (1994). Ολική ποιότητα και δείκτες νοσοκομειακού προϊόντος. Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας». 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 71-89. Θεσσαλονίκη : Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
95. Ραγιά, Χ.Α. (1987). Βασική Νοσηλευτική, Αθήνα.
96. Risser, N.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45-52.
97. Roberts, J.G. & Tugwell, P. (1987). Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Services Research*, 22(5), 637-654.
98. Ross, M.J. & Turner, J. (1986). The human needs model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 643-649.
99. Scardina, S.A.(1994). SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 8(2), 38-46.
100. Shulka, R.K., & Turner, W.E. (1984). Patients perception of care under primary and team nursing. *Research in Nursing and Health*, 7, 93-99.
101. Simpson, k. (1985). Opinion surveys reveal patients' perceptions of care. *Dimensions in Health Care*, 62(7), 30-31.
102. Τριχόπουλος, Δ. (1975). Ιατρική Στατιστική, Αρχές και Βασικά Μέθοδοι Βιο - ιατρικής Στατιστικής, Αθήνα, Παρισιάνος.
103. Ventura, M.R. Fox, R.N. Cortey, M.C. & Mercurio, S.M. (1982). A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing. *Nursing Research*, 31(4), 226-230.
104. Wilson, H.S. (1989). *Research in nursing* (2nd ed). California: Addison – Wesley Publishing Company.
105. Μερκούρης Α., Ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, Διδακτορική διατριβή, 1996 – www.EKT.gr
106. Μαρία Καλαφάτη, Χρυσούλα Λεμονίδου, Περικλής Δεδούσης, Ritta Suhonen (2007), *Νοσηλεία και Έρευνα*, T18, σελ. 15 – 23.
107. Σαραφίδης Παντελής, Σταφυλάς Παναγιώτης (2005), *Επιθεώρηση Υγείας*, T16 – 92, σελ. 27-31.

- 108.** Κυριόπουλος Γ. και συν. «Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας», Casus Sanitatis, Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, εκδ. Παπαζήση 2003.
- 109.** Τούντας Γ. «Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική» και στις υπηρεσίες υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003.