



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

**«Διαφορές στην Ποιότητα της Παρεχόμενης Φροντίδας Υγείας
στα Νοσοκομεία της Κρήτης»**

υπό:

Γιαννουλέα Παναγιώτα

Κοψαχείλη Αναστασία

Σφακιωτάκη Στέλλα

Φοιτήτριες Νοσηλευτικής

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Προπτυχιακού Τίτλου Σπουδών
Ηράκλειο, 2017



Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις **13 Νοεμβρίου 2015** με αριθμό Πρωτοκόλλου (...) και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων και του Ιδρύματος εν γένει (Ν. 2121 /1993).

Τριμελή επιτροπή

Επιβλέπων:

Δρ. Χρήστος Κλεισιάρης

Επίκουρος Καθηγητής «Νοσηλευτική Πρωτοβάθμιας και κατ’

Οίκον Φροντίδας Υγείας» Τμήμα Νοσηλευτικής - ΤΕΙ Κρήτης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή μας Δρ. Χρήστο Κλεισιάρη κυρίως για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας, καθώς και για τη συνεχή και αδιάλειπτη καθοδήγηση του.

Αισθανόμαστε, επίσης την ανάγκη να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερω τον Δρ. Χρήστο Μελά, ο οποίος συνέβαλε σε μεγάλο ποσοστό στην διεκπεραίωση της, όπως και τον κ. Καραμανωλάκη από την Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ Κρήτης) ο οποίος μας παρείχε τη δυνατότητα αποκόμισης των στατιστικών δεδομένων της πτυχιακής μας εργασίας

Τέλος, θα θέλαμε να επισημάνουμε την απέραντη ευγνωμοσύνη μας τους γονείς μας, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μας με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μας.

«Σα βρεις στο πηγαϊμό για την Ιθάκη,
να εύχεται να 'ναι μακρύς ο δρόμος,
γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις...
...Τους Λαιστρυγόνες και τους Κύκλωπες
τον άχρην Ποσειδώνα δεν θα συναντήσεις
αν δεν τους κουβαντίς μες στην ψυχή σου,
αν η ψυχή σου δεν τους στήνει εμπρός σου.
...Κι αν πτωχική την βρεις, η Ιθάκη δεν σε γέλασε
Έτσι σοφός που έγινες, με τόση πείρα,
ήδη θα το κατάλαβες οι Ιθάκες τι σημαίνουν.»

Κ.Τ. Καβάφης

Γιώτα-Νατάσα-Στέλλα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο, συγκεντρώνοντας έντονο ερευνητικό αλλά και πρακτικό ενδιαφέρον. Η ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες έμπρακτα υιοθετούν τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων τόσο για άτομα όσο και για πληθυσμούς.

Σκοπός: Πρωταρχικός σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστούν πιθανές διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ των επτά Τριτοβάθμιων Νοσοκομείων της Κρήτης (7^η Υ.ΠΕ). Επιπλέον να αναδειχτούν ενδεχόμενες διαφορές σε σχέση με το ετήσιο ατομικό εισόδημα, την ηλικία και το φύλο.

Μεθοδολογία: Προκειμένου να αναλυθεί ο ρόλος της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, γίνεται αναφορά σε βασικές έννοιες που αφορούν την υγεία και τις υπηρεσίες. Στη παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με την μέθοδο της τηλεφωνικής συνέντευξης (γραφεία της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης). Η προσέγγιση των ασθενών-δείγμα έγινε 4-5 μέρες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 3 θεματικές ενότητες (ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό και γενικές ερωτήσεις) και αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών στα 7 Τριτοβάθμια Νοσοκομεία της Κρήτης.

Αποτελέσματα: Το πλήθος των ατόμων που συμμετείχαν στη παρούσα μελέτη ανέρχεται στους 1.003 ασθενείς μέσης ηλικίας 52,19 έτη εκ των οποίων μεγαλύτερο ποσοστό αντιπροσωπεύεται από γυναίκες (55,9%). Σχετικά με την κλινική στη οποία νοσηλεύτηκαν το 30,4 % των ερωτηθέντων εισήχθηκε στην παθολογική κλινική, το 69,3% στην χειρουργική. Βάση των στατιστικών αποτελεσμάτων οι ασθενείς των αγροτικών περιοχών παρόλο που αντιπροσωπεύουν το μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων (14.4%) έδειξαν το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης (83.4%). Τέλος όσον αφορά τον χρηματισμό στον τομέα της υγείας τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 81.6% των ατόμων που νοσηλεύτηκαν δεν έδωσαν αλλά ούτε τους ζητήθηκε κάποιο φιλοδώρημα.

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση που εισπράττει κάθε πολίτης μιας χώρας από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας των αντίστοιχων Υγειονομικών Συστημάτων Υγείας διαδραματίζει ιδιαίτερα βαρύγδουπο ρόλο για τον καθορισμό της ποιότητας

περίθαλψης του. Η παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε εξετάζοντας την παρεχόμενη φροντίδα από τα νοσοκομεία της Κρήτης παρουσιάζει τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών σε αρκετά υψηλά ποσοστά τόσο στην γενική φροντίδα όσο και ειδικότερα στην ιατρική.

Λέξεις-Κλειδιά: ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα φροντίδας, κριτήρια πιστοποίησης, κλινική διακυβέρνηση, διασφάλιση ποιότητας, νοσηλευτικό-ιατρικό-διοικητικό προσωπικό.

ABSTRACT

Introduction: The last years, the issue of securing the quality of health services comes to the front gathering keen investigatory as well as practical interest. The quality of Health Services is determined by the extend that services adopt in fact the existing professional and scientific knowledge and increase the possibility of desired health results individual people and populations.

Object: The primary object of the paper is to present possible differences of patients' satisfaction among the seven third degree hospitals of Crete (7th Health District). Also the aim is to show possible differences in relation with annual, personal income, age and sex of patients.

Methodology: To analyze the role of quality in health services supply, we refer to basic meanings that have to do with health and services. In this paper, we used a questionnaire with the method of interviewing from telephone (offices of 7th Health District of Crete). The approach of patient-sample was made 4-5 days after their discharge from the hospital. The questionnaire consisted of three thematic units (medical staff, nursing staff and general questions) and had to do with the satisfaction of the patients at the 7 third degree hospitals of Crete.

Results: The number of the people that participated in this research is 1003 patients with average age 52,19 years from which the biggest proportion is represented by women (55,9%). Regarding the clinic which the patients were hospitalized, 30,4% of the patients were admitted in the pathological clinic and 69, 3% of the patients in the surgery clinic. Based on the statistical results of the agricultural areas, even though they represent the

smallest proportion of the asked people (14,4%) showed the highest percentage of satisfaction (83,4%). Regarding bribery in the field of health, the results showed that 81,6% of the people hospitalized didn't give or was asked to give any tip/money.

Conclusion: The satisfaction that any citizen of a country receives from the provided health care Medical Health Systems was a particularly significant role in the determination of hospitalization quality. The research that was carried out investigating the provided care from the hospitals of Crete shows that the levels of satisfaction of the patients are in high rate regarding general care and medical care as well.

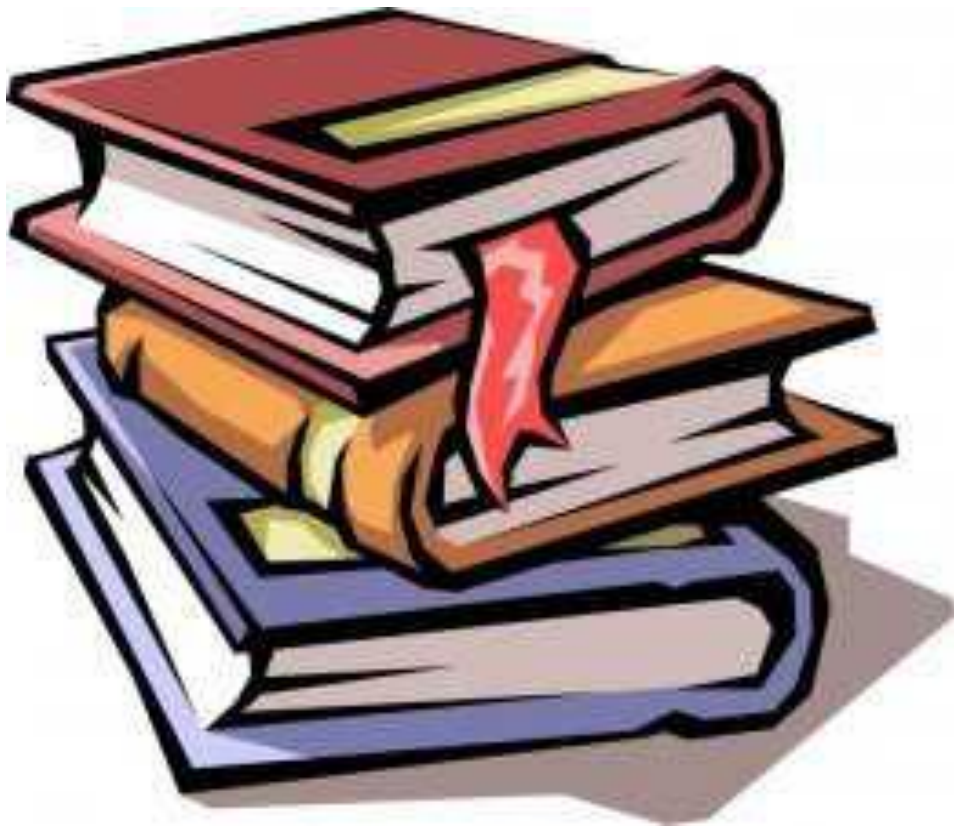
Keywords: patients' satisfaction, quality of care, certification criteria, quality assurance, nursing-medical-administrative staff.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
Γενικό Μέρος.....	10
Κεφάλαιο 1 ^ο	10
Το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης.....	11
1.1 Ο Τομέας της Υγείας.....	11
1.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).....	12
1.3 Δομή του ΕΣΥ	16
1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	18
1.5 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	24
1.6 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	27
Κεφάλαιο 2 ^ο	29
Η ποιότητα φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας.....	29
2.1 Τι ορίζεται ως Ποιότητα.	29
2.2 Τι ορίζεται ως Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	32
2.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	35
2.4 Ο κύκλος της Ποιότητας.....	37
2.5 Δείκτες και κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας.....	38
2.6 Κλινικός έλεγχος στην ποιότητας φροντίδας.....	41
2.7 Η κλινική διακυβέρνηση.....	45
2.8 Κριτήρια Πιστοποίησης (ISO).	50
2.9 Διασφάλιση ποιότητας.....	53
Κεφάλαιο 3ο	59
Η ικανοποίηση ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας	59
3.1 Η ικανοποίηση από την πλευρά των ασθενών.....	59
3.2 Η ικανοποίηση από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας.....	71
3.3 Η ικανοποίηση από την πλευρά των Διοικητικών Υπηρεσιών.....	73
Κεφάλαιο 4 ^ο	77
Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την πλευρά των ασθενών	77
4.1 Οι αντιλήψεις των ασθενών.....	77
4.2 Οι προσδοκίες των ασθενών.....	80
4.3 Εργαλεία αξιολόγησης της ικανοποίησης.....	86
4.4 Τι γνωρίζουμε έως τώρα (από μελέτες στην Ελλάδα).....	88
4.5 Διατύπωση και τεκμηρίωση της σημαντικότητας του θέματος.....	92
Ερευνητικό Μέρος.....	94
1. Μεθοδολογία	95
1.1 Σκοπός	95
1.2 Είδος μελέτης	95
1.3 Χώρος και χρόνος μελέτης	96
1.4 Πλήθος (περιγραφή δείγματος)	96
1.5 Προσέγγιση πληθυσμού – δείγματος	97
2. Ανάλυση μελέτης και Στατιστική ανάλυση	98
3. Ηθική και Δεοντολογία.....	100
4. Αποτελέσματα	101
5. Συζήτηση.....	119

6. Συμπεράσματα	121
Βιβλιογραφία.....	123

Γενικό Μέρος



Κεφάλαιο 1^ο

Το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης

1.1 Ο Τομέας της Υγείας.

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μία παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται. Η ατομική και συλλογική υγεία και έμμεσα οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν επιθυμητό αγαθό (Παπαπαναγιώτου 2000). Η υγεία είναι παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια, από ιατρούς με σύγχρονα ή μη μέσα. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία, την κοινωνική ασφάλιση, από το προσωπικό εισόδημα ή ακόμα από ένα συνδυασμό των παραπάνω μέσων (Freeman 1998). Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεση της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2.330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθόριστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας.¹

Είναι γενικά αποδεκτό ότι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλαιότερα, οι διοικητές-managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στη θεραπεία της ασθένειας (Angelorouli, 1999). Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς.²

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως. Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών,

αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούνταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.³

1.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδρύθηκε το 1983 από την πρώτη Κυβέρνηση Αντρέα Παπανδρέου στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης. Σκοπός του είναι η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Αιχμή του συστήματος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών και νομαρχιακών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Η μεταρρύθμιση αυτή εισήχθη με το νόμο 1397/83.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.⁵

Οι βασικοί του στόχοι ήταν : η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η φροντίδα υγείας

παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι:

- μεικτό σύστημα
- ότι η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
- οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΥΠΕ)
- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι:

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών

Μετά το 1960, σημειώθηκαν ουσιαστικές αλλαγές στο χώρο της υγείας, αλλά στον ελληνικό λαό είχε δημιουργηθεί μία αρνητική εικόνα για τα νοσοκομεία πριν από αυτή την περίοδο. Γι' αυτό το λόγο πολλοί ασθενείς μεταφέρονται από την επαρχία προς το κέντρο ακόμα και σήμερα (Δημητριάδου και συν 1991, Καπανίδης 1991). Τα τελευταία χρόνια γίνεται αρκετός λόγος για τη συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους των δαπανών για την υγεία και τη καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Νιάκας 1991). Έχει παρατηρηθεί μία αύξηση των δαπανών υγείας στην χώρα μας, η οποία δεν συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα (Κυριόπουλος 1991). Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με το στόχο 31 της Π.Ο.Υ (Καραγιάννη 1994, Σέτζης 1994). Λίγες έρευνες έχουμε που να αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες (Αντωνοπούλου και συν 1991, Κυριόπουλος και συν 1993, Παπανικολάου και Σιγάλας 1995).

Αντίθετα, το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των καταναλωτών στον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έχει αυξηθεί, γεγονός που αποδεικνύεται από τις προσπάθειες του κράτους να βελτιώσει τις σχέσεις πολίτη-κράτους και να καταχωρήσει τα δικαιώματα των καταναλωτών με νομοθετικές ρυθμίσεις.⁶

Στις υπηρεσίες υγείας υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Πολύζος 1994). Η νοσηλευτική έρευνα βρίσκεται στο στάδιο της ακμής και οι περισσότερες προσπάθειες γίνονται από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Λανάρα 1990). Μία δημοσιευμένη έρευνα που αναφέρεται στη μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι της Δημητριάδου και των συνεργατών της (1991). Είναι ανάγκη η διεξαγωγή νέων ερευνών που να εστιάζουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με εικόνες που αποδεικνύουν την σημαντική έλλειψη οποιασδήποτε οργάνωσης ή εθνικής στρατηγικής για το θέμα της υγείας από τους κεντρικά υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων. Εικόνες αποδιοργάνωσης πολλών ελληνικών νοσοκομείων και αποτελέσματα ερευνών από διάφορα πανεπιστήμια σε εθνικό διευρωπαϊκό επίπεδο έρχονται να στηρίξουν την άποψη ότι:

- Τα ελληνικά νοσοκομεία είναι λιγότερο οργανωμένα στην Ε.Ε
- Οι Έλληνες ασθενείς λιγότερο ικανοποιημένοι σε ευρωπαϊκό επίπεδο από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν
- Το χάσμα μεταξύ υπηρεσιών προσφερομένων σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία συνεχώς μεγαλώνει, όπως μεγαλώνει και το κόστος που επηρεάζεται ο ασθενής
- Η στροφή του πληθυσμού στην ιδιωτική ασφάλιση και την ιδιωτική περίθαλψη είναι εκτεταμένη και αυξάνεται ολοένα. Παράλληλα, μία σειρά σημαντικών παραμέτρων σκιαγραφούν το πλαίσιο με βάση το οποίο διαμορφώνονται διεθνώς οι υπηρεσίες εν γένει και κατά προέκταση, οι υπηρεσίες υγείας όπως:
 - Αλλαγή σε δημογραφικά στοιχεία. Ο πληθυσμός της γης γερνάει γεγονός που έχει ως συνέπεια την αλλαγή των αναγκών του για παροχή φροντίδας και εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας αλλά και την αύξηση των απαιτήσεων του για τις υπηρεσίες που λαμβάνει
 - Αλλαγή της παραδοσιακής έννοιας των υπηρεσιών υγείας. Αποκτά πλέον μεγάλη σημασία η σωστή με σεβασμό στις εξατομικευμένες ανάγκες του πελάτη-ασθενή, παροχή φροντίδας, όπως άλλωστε απαιτείται και σε κάθε άλλη υπηρεσία.
 - Αδυναμία των νοσοκομείων να ελέγξουν, με βάση τις παραδοσιακές μεθόδους, το διαρκώς αυξανόμενο κόστος
- Γίνεται λοιπόν σαφές, ότι είναι αναγκαία η συνεχής βελτίωση συστημάτων παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Η Βελτίωση αφορά:
 - Στην καταγραφή και αξιολόγηση σε πρώτη φάση του επιπέδου της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών
 - Τη προσέγγιση του πελάτη-ασθενή με σκοπό την κατανόηση των απαιτήσεων και των αναγκών του

- Την υιοθέτηση συστημάτων πιστοποίησης που θα διευκολύνουν την αποτελεσματική οργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και την καλύτερη γνώση του τρόπου με τον οποίο εμπλέκονται οι εργαζόμενοι στις διάφορες διαδικασίες
- Την οργάνωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τρόπο που θα εστιάζει στη κάλυψη των αναγκών του ασθενή

Η φιλοσοφία της ολικής ποιότητας μπορεί να προσφέρει αρκετά και σημαντικά στη σωστή οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας αφού με τις αρχές, τις λειτουργίες, τα εργαλεία, αλλά και τις πρακτικές μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση σημαντικών προβλημάτων στο χώρο της Υγείας. Στη περίπτωση ενός νοσοκομείου για παράδειγμα δεν αρκεί η ύπαρξη ενός κατάλληλου προσωπικού σε γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικούς για διάφορα εργαστήρια και άλλες ειδικότητες, αλλά απαιτείται και μια ανάλογη συμπεριφορά που να δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης, ασφάλειας, και φροντίδας που απορρέει από τη συνειδητή προσπάθεια τους να καλύψουν τις πραγματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών.

1.3 Δομή του ΕΣΥ

Κεφαλή του ΕΣΥ είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Κάτω από τον υπουργό οργανωτικά, βρίσκεται η Γενική Διεύθυνση Υγείας που σκοπός της είναι να οργανώνει και να διοικεί τους πάντες που συμμετέχουν ενεργά στην υγεία του Έλληνα πολίτη. Περιλαμβάνει τμήματα Οργάνωσης, Διοίκησης και Λειτουργίας Νοσοκομείων, Ιατρών, Επιστημονικού Νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, Ειδικευόμενων Ιατρών, Παροχής Άμεσης Βοήθειας και άλλα. Ακριβώς κάτω από τη Γενική Διεύθυνση Υγείας οργανωτικά, βρίσκεται η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών και σκοπός της είναι οι μεγάλες μίζες, η πάταξη της ανεργίας των συγγενών μελών τοπικών αυτοδιοικήσεων και των λειτουργών υγείας καθώς και οι Διεθνείς Σχέσεις. Στην τέταρτη βαθμίδα βρίσκεται η Γενική Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης που είναι επιφορτισμένη κυρίως με το βαρύ έργο της παροχής υπηρεσιών ποιότητας ζωής σε συνανθρώπους μας που έχουν κάποια αναπηρία και η συντήρηση του

ύψιστου θεσμού της οικογένειας. Υπάρχει λοιπόν η Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, η Διεύθυνση Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης και η Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας. Στην πέμπτη θέση, η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, ασχολείται με τη Δημόσια Υγιεινή για την οποία η Ελλάδα είναι ξακουστή, με τμήματα Φαρμάκων και τα Φαρμακείων, Στοματικής Υγείας (του οποίου οι υπεράνθρωπες προσπάθειες καρποφόρησαν τα τελευταία έτη και έτσι οι Έλληνες θεωρούνται 2^{οι} στη στοματική υγιεινή παγκοσμίως μετά τους Άγγλους) και με τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών ώστε ο Έλληνας να μην πίνει, να μην καπνίζει και να μη λαμβάνει ναρκωτικά. Ακολουθούν στον οργανωτικό τομέα του ΕΣΥ η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, Υπηρεσίες Υπαγόμενες απευθείας στον Υπουργό και στους Γενικούς Γραμματείς, το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και ακόμη μια υπηρεσία με σκοπό την πάταξη της ανεργίας.⁷

Οι μονάδες υγείας χωρίζονται σε δύο τμήματα ως εξής:

- Κέντρα Υγείας: Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.
- Νοσοκομεία: δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Τα νοσοκομεία της Ελλάδας διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες:
 - Γενικά Νοσοκομεία: τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας με περισσότερες από μία ειδικότητες.
 - Ειδικά Νοσοκομεία: τα οποία διαθέτουν τμήματα κυρίως νοσηλείας για μία ειδικότητα.

Τα γενικά νοσοκομεία μπορεί να είναι περιφερειακά ή νομαρχιακά, δηλαδή λειτουργούν στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ή σε κάθε νομό αντίστοιχα. Τα Περιφερειακά Νοσοκομεία παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ενώ τα νομαρχιακά καλύπτουν μόνο μερικές ειδικότητες. Από την άλλη μεριά και τα δύο συμβάλλουν στη προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Μέσα σε ένα νοσοκομείο συναντιούνται οι εξής υπηρεσίες:

- Ιατρική

- Νοσηλευτική
- Διοικητική
- Τεχνική

Όπως έχει προαναφερθεί οι υπηρεσίες που λειτουργούν μέσα σε ένα νοσοκομείο θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε υπηρεσίες υποστήριξης και κύριες υπηρεσίες υγείας. Σε κάθε ένα από τα προαναφερθέντα 4 είδη υπηρεσιών υγείας που αποτελούν το πλέγμα των υπηρεσιών σε ένα νοσοκομείο, μπορεί να διακρίνει κανείς τόσο κύριες όσο και υποστηρικτικές υπηρεσίες υγείας.

Για τους ασφαλισμένους σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους ή τον νεοσύστατο Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το θεμέλιο και το επίκεντρο του συστήματος υγείας της χώρας. Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η λειτουργία, η εποπτεία, ο έλεγχος και η αξιολόγησή της ασκείται θεσμικά από την Πολιτεία, στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι:

- α) Ενιαία και συντονισμένη, διασφαλίζοντας τη λειτουργική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ, που λειτουργούν σε μια γεωγραφικά προσδιορισμένη περιοχή, υπό κοινό συντονισμό από έναν μόνον φορέα
- β) Ολοκληρωμένη και συνεχής, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και τη συνέπεια στη φροντίδα υγείας, οι οποίες αναφέρονται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας, τη θεραπεία της αρρώστιας, τη φυσική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη
- γ) Δημόσια, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό, με ευθύνη της Πολιτείας, στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος υγείας, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση

δ) Κοινωνικά ελεγχόμενη, με θεσμική κατοχύρωση της συμμετοχής φορέων της κοινότητας, στο σχεδιασμό, τη λειτουργία και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.⁸

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από την Ομάδα Υγείας και αφορούν άτομα και οικογένειες, πληθυσμό και κοινότητα, φυσικό και δομημένο περιβάλλον:

Άτομα και οικογένειες (εικόνα 1):

- Συστηματική παρακολούθηση της υγείας
- Κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών (επειγόντων, εκτάκτων, χρόνιων προβλημάτων υγείας, ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές, αναπτυξιακών διαταραχών)
- Κοινωνική φροντίδα
- Φροντίδα κατ' οίκον
- Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού επιπολασμού
- Φυσική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη
- Αγωγή υγείας

Πληθυσμός και κοινότητα (εικόνα 2)

- Εκτίμηση των αναγκών υγείας της κοινότητας
- Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων (πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής της υγείας)

Φυσικό και δομημένο περιβάλλον

- Εκτίμηση και παρέμβαση σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης στο σπίτι, | τη γειτονιά, την εργασία, το σχολείο.



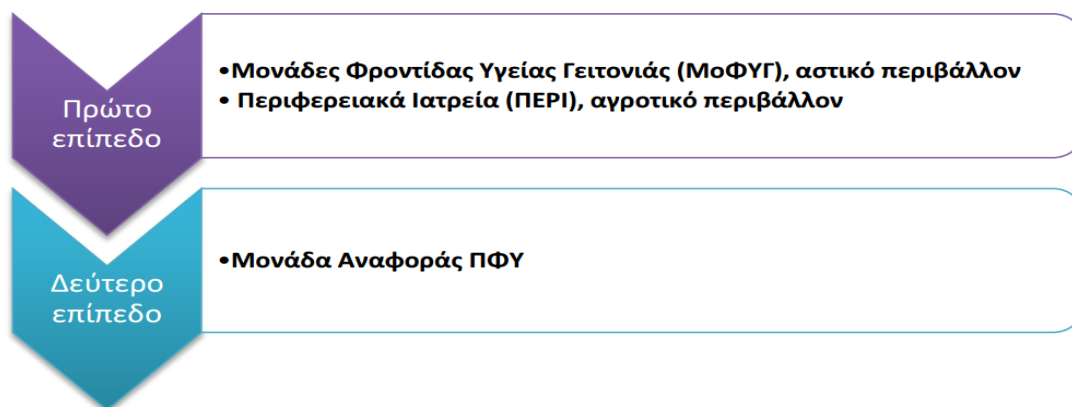
Εικόνα 1



Εικόνα 2

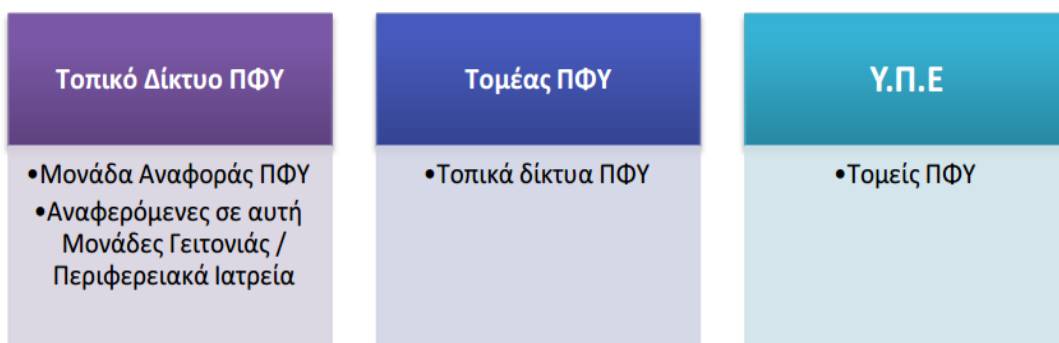
Απαραίτητη για τα παραπάνω είναι η ανάπτυξη και η δυναμική αποτύπωση του Υγειονομικού Χάρτη καθώς και η λειτουργία ενιαίου και διαλειτουργικού σε όλο το σύστημα υγείας, Ηλεκτρονικού Φακέλου. Οι στόχοι που πρέπει να υπηρετεί η ΠΦΥ πρέπει να είναι μετρήσιμοι και να καθορίζονται στη βάση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές, πολιτιστικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες. Δείκτες, κυρίως διαδικασιών (όπως εκτίμηση των αναγκών για φροντίδα υγείας, εμβολιαστική κατάσταση, εκτίμηση κινδύνου κοινών μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, ψυχοκινητική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων κ.α.) και όχι εκβάσεων στην υγεία, θα πρέπει να κατευθύνουν την ανάπτυξη του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ από την πρώτη κιόλας εφαρμογή του.⁹

Όλες οι δημόσιες δομές ΠΦΥ, που αναπτύσσονται στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) όλης της χώρας, αποτελούν το Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ. Η κάθε ΥΠΕ χωρίζεται, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητές της και με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης, σε Τομείς ΠΦΥ. Τα γεωγραφικά όρια κάθε Τομέα καθορίζονται σε συνεργασία με το Υ.Υ από την οικεία ΥΠΕ, με βάση συγκεκριμένα κριτήρια (πληθυσμιακά, πολιτισμικά, κοινωνικά, οικονομικά κ.α.), ώστε να καθίσταται η καλύτερη δυνατή κατανομή και ομοιογένεια.

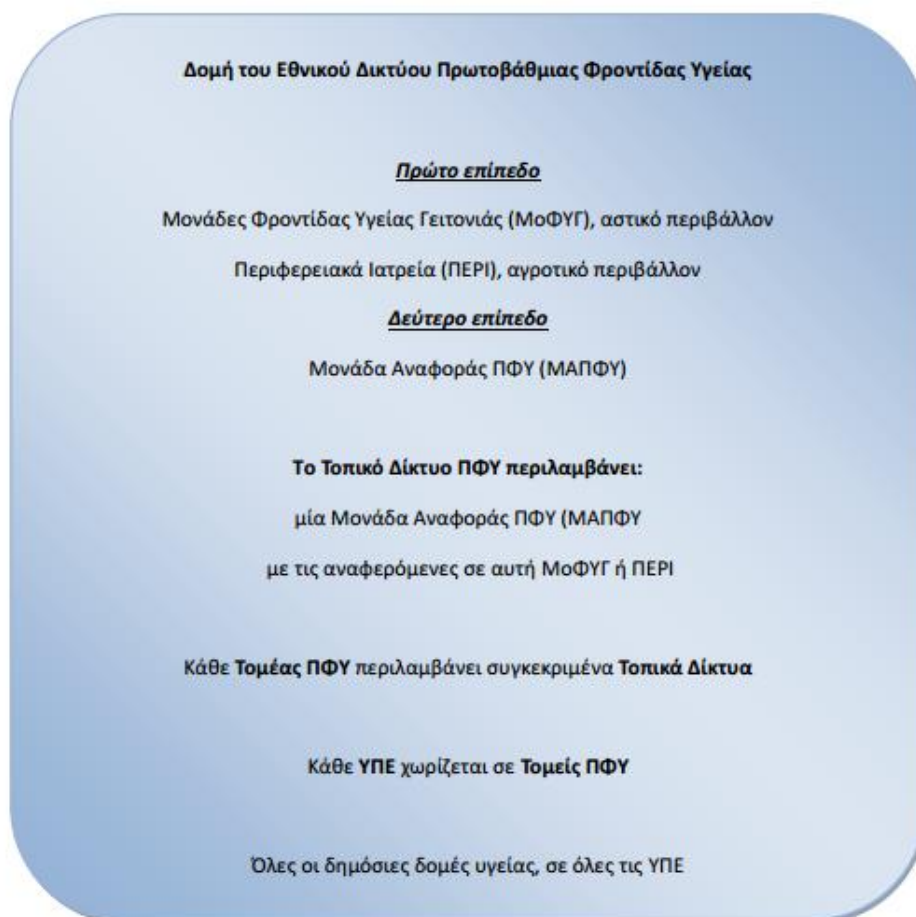


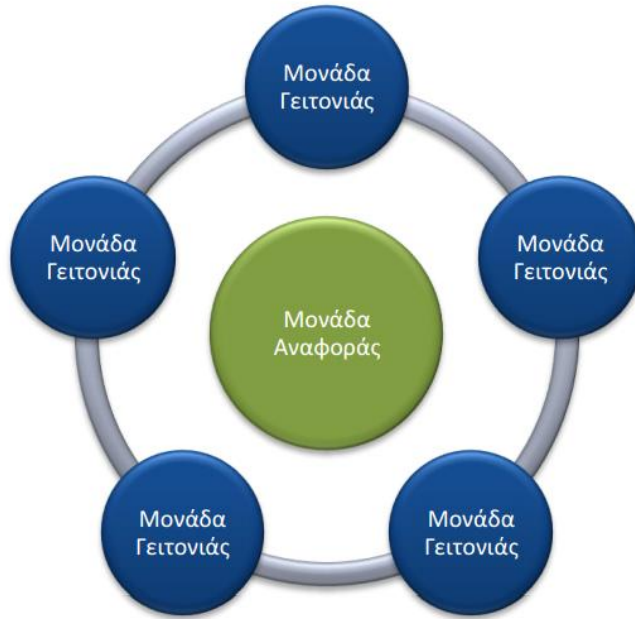
Εικόνα 3

Κάθε Τομέας περιλαμβάνει συγκεκριμένα Τοπικά Δίκτυα ΠΦΥ, ο καθορισμός των οποίων γίνεται με βάση τις Μονάδες Αναφοράς ΠΦΥ (ΜΑΠΦΥ) και τις μονάδες υγείας που αναφέρονται σε αυτές οι οποίες είναι οι Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (ΜοΦΥΓ), στο αστικό περιβάλλον και τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΕΡΙ), στο αγροτικό περιβάλλον.

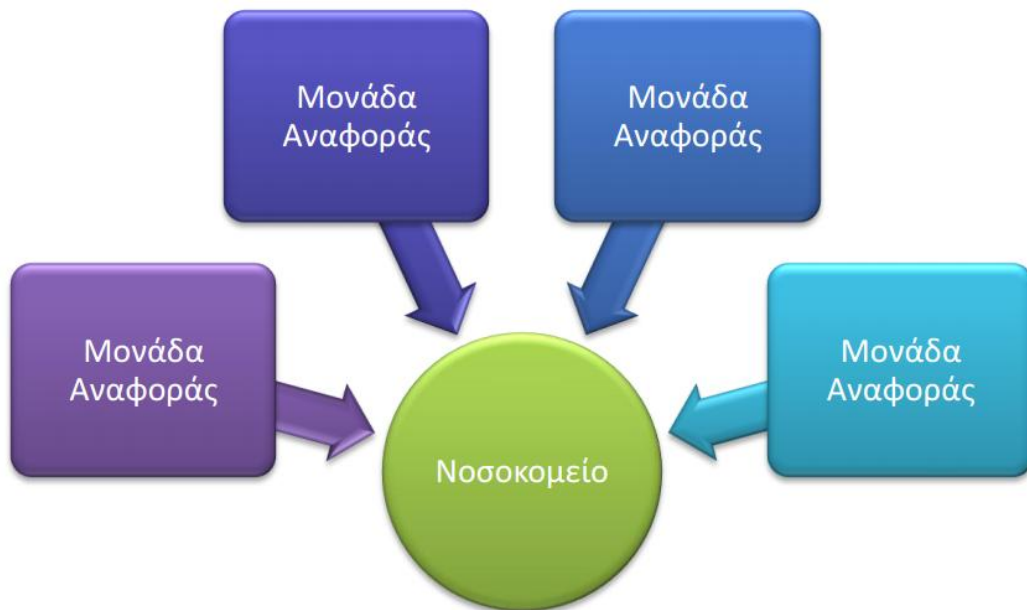


Κάθε Τοπικό Δίκτυο ΠΦΥ απαρτίζεται από μία Μονάδα Αναφοράς ΠΦΥ και από τις Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς/Περιφερειακά Ιατρεία που αναφέρονται σε αυτήν.





Εικόνα 4



Εικόνα 5

1. Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονίας/ Περιφερειακό Ιατρείο

Συστήνονται οι Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονίας (ΜοΦΥΓ) στο αστικό περιβάλλον και τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΕΡΙ) στο αγροτικό περιβάλλον, που είναι οι μικρότερες μονάδες υγείας και αποτελούν το επίκεντρο και το θεμέλιο του νέου συστήματος ΠΦΥ.

Η ΠΦΥ σε πρώτο επίπεδο (πρώτο σημείο επαφής) παρέχεται δίπλα στον άνθρωπο και μέσα στην κοινότητα, από τις ΜοΦΥΓ και τα ΠΕΡΙ, οι οποίες είναι ο βασικός πυλώνας της ΠΦΥ και του ΕΣΥ. Σε αυτές, και από αυτές, παρέχονται όλες οι δυνατές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ αποτελούν τον ικανό και αναγκαίο κρίκο για την διασύνδεση στις δομές του ΕΣΥ. Σε κάθε ΜοΦΥΓ / ΠΕΡΙ δημιουργείται, από όλους τους εργαζόμενους, η Ομάδα Υγείας, η οποία, σε συνεργασία με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς, σχεδιάζει, υλοποιεί και αξιολογεί την παροχή ολιστικής φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης της.

2. Μονάδα Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Συστήνονται οι Μονάδες Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΜΑΠΦΥ), οι οποίες συνιστούν το δεύτερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ και στις οποίες αναφέρονται οι Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονίας και Περιφερειακά Ιατρεία, για παραπομπή ασθενών σε γιατρούς ειδικοτήτων, με σκοπό την περαιτέρω διαγνωστική και εργαστηριακή διερεύνηση, για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, καθώς και για ειδικές υπηρεσίες υγείας. Ο σκοπός των ΜΑΠΦΥ είναι στηρικτικός και συμπληρωματικός των υπηρεσιών ΠΦΥ, που παρέχονται από τις μονάδες πρώτου επιπέδου.¹⁰

1.5 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ως “**Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας**” (Δ.Φ.Υ.) νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται εντός των εσωτερικών τμημάτων των νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας- αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων

παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

Στο πεδίο της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας (νοσοκομειακή περίθαλψη), υφίσταται σωρεία προβλημάτων:

1. Ανεπάρκεια του σημερινού συστήματος διοίκησης και ελέγχου
2. Ποσοτική ανεπάρκεια εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού (μη ιατρικού)
3. Ανισοκατανομή στις περιφέρειες της χώρας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
4. Υστέρηση στην εκπαίδευση του διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των νοσοκομείων
5. Χαμηλή ποιότητα προσφοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών
6. Πλήρη αδράνεια λειτουργίας των επενδύσεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας
7. Αύξηση του χρόνου αναμονής (λίστα αναμονής) για εξειδικευμένες παρεμβατικές πράξεις
8. Αύξηση της παραοικονομίας

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να προσλάβει έναν καθαρά αυτοδύναμο χαρακτήρα λειτουργίας με δυνατότητα διοικητικής-διαχειριστικής πρωτοβουλίας και ευελιξίας. Έτσι θα μπορεί να προβαίνει στα εξής:

- Ενιαία Οργάνωση Διαχείρισης Πόρων Υγείας
- Εξυγίανση του Κυκλώματος Νοσοκομειακών προμηθειών
- Δημιουργία και εφαρμογή σαφώς οριοθετημένου καθηκοντολογίου ανάλογα με την ειδικότητα και το εκπαιδευτικό επίπεδο
- Υιοθέτηση ιατρικών πρωτοκόλλων κ.ά.
- Ηλεκτρονική διαχείριση κλινών
- Δημιουργία ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο καλύπτει πληθυσμό ως 500.000 και αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, των γενικών νοσοκομείων της κάθε περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό).

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου κ.α. (2001) η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην χώρα μας παρέχεται από 400 δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία με 53.388 κλίνες. Πιο αναλυτικά από:

- ✓ 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ (119 γενικά και 9 ψυχιατρικά), εκ των οποίων τα 95 παρέχουν δευτεροβάθμια και τα 23 τριτοβάθμια περίθαλψη
- ✓ 23 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ, λοιπά μη κερδοσκοπικά) εκ των οποίων τα 21 είναι γενικά και τα 2 ψυχιατρικά
- ✓ 249 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές (209 γενικά και 40 ψυχιατρικά).

Την ευθύνη για την διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία για τα δημόσια νοσοκομεία την έχει το κράτος ενώ η χρηματοδότηση γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία πληρώνουν τις υπηρεσίες που τα νοσοκομεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους. Τα ταμεία υγείας αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με βάση ένα ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο είναι πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό ημερήσιο κόστος (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ως βαθμίδα παροχής υπηρεσιών αποτελεί σημαντικότερο και αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα όταν η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν έχει αναπτυχθεί σε σημείο ώστε να συμβάλει στη αποσυμφόρηση τους. Η απουσία ενός συστήματος παραπομπών που θα εξασφαλίζει την ομαλή πρόσβαση σε όσους ασθενείς το έχουν πραγματικά ανάγκη στα νοσοκομεία, τα υπερφορτώνει με αποτέλεσμα να γίνονται διακρίσεις και να παρατηρούνται ανισότητες (Θεοδώρου κ.α., 2001)

Το σύνολο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που σήμερα παρέχουν δευτεροβάθμια φροντίδα είναι γεωγραφικά άνισα κατανομημένο. Ανάμεσα σε διαφορετικές περιοχές της χώρας παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας. Οι διακυμάνσεις αφορούν κυρίως στην κατανομή των νοσοκομειακών κλινών, της βιοϊατρικής τεχνολογίας, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Αποτέλεσμα αυτών είναι οι μεγάλες

διαπεριφερειακές ροές των ασθενών. Γίνεται κατανοητό πως η αναβάθμιση των υπηρεσιών των νοσοκομείων σε συνδυασμό με τη λειτουργία ενός συστήματος παραπομπών που θα κατευθύνει τους ασθενείς στα νοσοκομεία του νομού ή της περιφέρειας μπορούν να περιορίσουν τις αυξημένες διαπεριφερειακές ροές των ασθενών (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Στα προβλήματα όμως της νοσοκομειακής περίθαλψης συγκαταλέγονται τα κτιριακά, οι ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό, σε ανθρώπινο δυναμικό αλλά και το μεγάλο πρόβλημα της χρηματοδότησης που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία. Αν ξεπεραστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, η θεραπευτική αντιμετώπιση θα αποκτήσει διαφορετική έννοια και περιεχόμενο (Θεοδώρου κ.α., 2001).

1.6 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η φροντίδα υγείας που προϋποθέτει υψηλά εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες (τεχνογνωσία), εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές, και την υποστήριξη διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας.

Ένα Νοσοκομείο χαρακτηρίζεται Τριτοβάθμιο στο σύνολο του ή για επιμέρους τμήματα αυτού εφόσον διαθέτει αποδεδειγμένα την απαιτούμενη υλικοτεχνική υποδομή και επιστημονική υπεροχή και εξειδίκευση. Η αξιολόγηση για τον ορισμό πρέπει να γίνεται από ειδική επιτροπή με επανεκτίμηση ανά τριετία.

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- ❖ Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- ❖ Στην προαγωγή της Ιατρικής Έρευνας
- ❖ Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- ❖ Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.¹¹

Στην Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάγονται:

- α) τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία
- β) τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία

Κεφάλαιο 2^ο

Η ποιότητα φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας

2.1 Τι ορίζεται ως Ποιότητα.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το σύγχρονο περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις παγκοσμίως είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικό. Ο καταναλωτής έχει στη διάθεσή του μία ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών για να επιλέξει. Οι επιχειρήσεις, που θα ανταγωνίζονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να διαφοροποιηθούν, να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή.

Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών της ποιότητας και στην ενσωμάτωση τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους.

Πως μπορούμε όμως να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ελληνικά και ξένα συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Ακολουθώς παρατίθενται μερικοί από αυτούς.

Ο όρος ποιότητα προκαλεί συχνά σύγχυση, διότι ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τη σκοπιά από την οποία εξετάζεται. Συμφωνά με τον Πλάτωνα η ποιότητα ήταν συνδεδεμένη με την αρετή, την ηθική, την πνευματική και φυσική υπεροχή του ανθρώπου. Σήμερα ως ποιότητα θεωρείται η αίσθηση της υπεροχής (excellence) που προσδίδει η απόκτηση ενός αγαθού, απόλυτα αναγνωρίσιμου, για τα εξαιρετικά χαρακτηριστικά του.¹²

Αρχικά ο ορισμός σήμαινε ένα αγαθό ή μία υπηρεσία που συμφωνούσε με τις προδιαγραφές. Αργότερα έγινε κατανοητό ότι ορισμένες φορές οι προδιαγραφές δεν ικανοποιούν ακριβώς και σαφώς τη συγκεκριμένη ανάγκη του καταναλωτή χρήστη και παρ' όλο που κάποιο αγαθό ή υπηρεσία μπορεί να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές είναι δυνατό να μην ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των χρηστών-καταναλωτών. (Centre for the Evaluation of Public Policy and Practice CEPPP 1991)

Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει απαιτήσεις, χαρακτηριστικά ή ιδιότητες οποιουδήποτε προϊόντος που το καθιστά καλό ή κακό, αξιέπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει.

Ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μία υπηρεσία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay).

Σύμφωνα δε με τους Glenn Laffel και David Blumental η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών.

Σύμφωνα με τον John Onretveit κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν 1) ένας επαγγελματικός ορισμός για το τι χρειάζεται ο πελάτης, 2) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και 3) η ίδια άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του. Τελικά, ο Onretveit καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει σ' αυτόν τρία στοιχεία: α) την ποιότητα ως προς τον πελάτη που μετράει την ικανοποίησή του, τα παράπονα του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, β) την επαγγελματική ποιότητα δηλαδή το βαθμό στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και γ) την ποιότητα των διαδικασιών, δηλαδή τον σχεδιασμό και τη λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο στοχεύοντας στην ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών.¹³

Ο Abbot και Feigenbaum όρισαν την ποιότητα ως αξία. Η αξία αυτή καθορίζεται από την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος ή της υπηρεσίας και της τιμής που προσφέρεται, τα οποία αποτελούν κριτήριο αποδοχής ή απόρριψης από τον πελάτη.

Σύμφωνα με τον Gilmore, ποιότητα είναι η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές. Αυτή η έννοια αναφέρεται στο κατά πόσο ικανοποιούνται οι τεχνικές προδιαγραφές ενός προϊόντος, έτσι ώστε να αποφύγουμε οποιαδήποτε απώλεια, όπως υποστηρίζει και ο Taguchi, προκειμένου να πετύχουμε καλύτερη ποιότητα με χαμηλότερο κόστος.

Καταλυτικό παράγοντα για το πελατοκεντρικό ορισμό της ποιότητας αποτέλεσαν πολλές δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις στις ΗΠΑ, οι οποίες θεώρησαν την ποιότητα συνώνυμη με την εκπλήρωση των προσδοκιών των πελατών. Αντίστοιχα ο Crosby (1979) καθορίζει την ποιότητα σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη, ενώ ο Juran (1988) θεωρεί ότι η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση».

Ο Deming θεωρεί την ποιότητα ως έναν ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, πριν εφαρμοστεί μια διαδικασία σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετούνται τα αποτελέσματα και γίνονται οι ανάλογες ενέργειες για προχωρήσουμε σε ένα νέο κύκλο βελτίωσης.¹⁴⁻¹⁵

Οι Parasuraman et al. συμπεραίνουν ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσίας είναι οι ακόλουθες:

- Αξιοπιστία: η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.
- Ανταπόκριση: η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετεί πλήρως τον πελάτη.
- Ασφάλεια: η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- Ακρίβεια: η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- Μοναδικότητα: η παραγωγή μίας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη.

Σύμφωνα με τον ορισμό που περιέχεται στο πρότυπο ISO 9000 ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας που αναφέρεται στην ικανότητα του να ικανοποιεί τόσο τις δεδομένες όσο και τις αναμενόμενες ανάγκες.

Στη ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές

1. Η ποιότητα σχεδιασμού.
2. Η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε.

Η ποιότητα, συνεπώς, είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή. (Brook 1999)

2.2 Τι ορίζεται ως Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.

Η έννοια της ποιότητας είχε πάντοτε πολλούς και αμφιλεγόμενους ορισμούς που προσπαθούσαν να εξηγήσουν διάφορα φαινόμενα. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλοί και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πρόσωπο που τους επεξηγεί. Από μερικούς υποστηρίζεται ότι η ποιότητα στην περίπτωση των φροντίδων υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή και γι' αυτό δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι μπορεί βέβαια να καταμετρηθεί από ορισμένες πλευρές είναι όμως απροσδιόριστη από άλλες (Σιγάλας και Αλεξιάδης 1999).¹⁶

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο Avedis Donabedian, ο οποίος ασχολήθηκε εκτενώς με την ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από παραμέτρους που επιδρούν σημαντικά στον 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» (1980).

Τον ίδιο χρόνο ο Thompson έδωσε τον ακόλουθο ορισμό για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή- είτε στη

διάγνωση, είτε στη θεραπεία ή στην αποκατάσταση- στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων».

Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς (Donabedian 1980) καθώς και το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει στην ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του, έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών (Thompson 1980) αποτελούν πρόσθετους ορισμούς που χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία.¹⁷

Δέκα χρόνια μετά, περίπου το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α ορίζει την ποιότητα στην Υγεία ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση».

Έναν πιο απλό ορισμό έδωσε ο Harvey το 1996. «ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας».

Το 1996 επίσης Nelson όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως τον βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία βάσει της υπάρχουσας επαγγελματικής γνώσης (Nelson 1996).

Ενώ το 2000 η American Medical Association θεωρεί ότι: «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στην βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή / και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων».¹⁸

Η διαφορετικότητα και η ποικιλία που παρουσιάζουν οι παραπάνω – και πολλοί άλλοι ορισμοί για την ποιότητα στον τομέα Υγείας είναι φυσικό να προκαλούν σύγχυση ακόμα και στους ειδικούς, πολύ δε περισσότερο σε αυτούς που δεν είναι εξοικειωμένοι με την εξειδικευμένη ορολογία. Κατά τον Donabedian ο οποίος καθιέρωσε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης στον ακαδημαϊκό χώρο, η ποικιλία στον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δικαιολογημένη καθώς εξαρτάται τόσο από τη σχέση που έχει αυτός που διατυπώνει με το σύστημα Υγείας, όσο και από το είδος και το εύρος των ευθυνών του (Donabedian 1988). Τόσο οι διαφορετικές απόψεις όσο και η ποικιλία των ορισμών για την ποιότητα στην υγεία οδηγούν όπως είναι αναμενόμενο και σε διαφορετικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης και της βελτίωσής της.¹⁹

Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας:

Πίνακας 2.2: Χαρακτηριστικά Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.

Καταλληλότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση
Διαθεσιμότητα	Βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται
Συνέχεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου

Αποτελεσματικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με τον σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή
Δραστικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
Αποδοτικότητα	Αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας
Σεβασμός και Φροντίδα	Βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του
Ασφάλεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη
Επικαιρότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη

Πηγή: Ovretveit 2003

2.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.

Η ποιότητα μίας υπηρεσίας προσδιορίζεται βάσει της δυνατότητας άμεσης παροχής της, την ευκολία πρόσβασης των χρηστών σ' αυτή, την καταλληλότητά της, την αξιοπιστία της

καθώς και τη παροχή και επαρκή υποστήριξη μετά τη διάθεσής της. Στον τομέα υγείας, η έννοια της ποιότητας περιπλέκεται, καθώς εκτός από τους παραπάνω, πολλοί άλλοι παράγοντες μπορούν να την επηρεάσουν. Θα πρέπει να τονισθεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αφορά το σύνολο των υπηρεσιών σε όλες τις διαστάσεις τους και ότι η μελέτη για τη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιστρέφεται γύρω από τα νοσοκομεία καθώς αυτά αποτελούν το κέντρο βάρους κάθε συστήματος υγείας.²⁰⁻²¹⁻²²

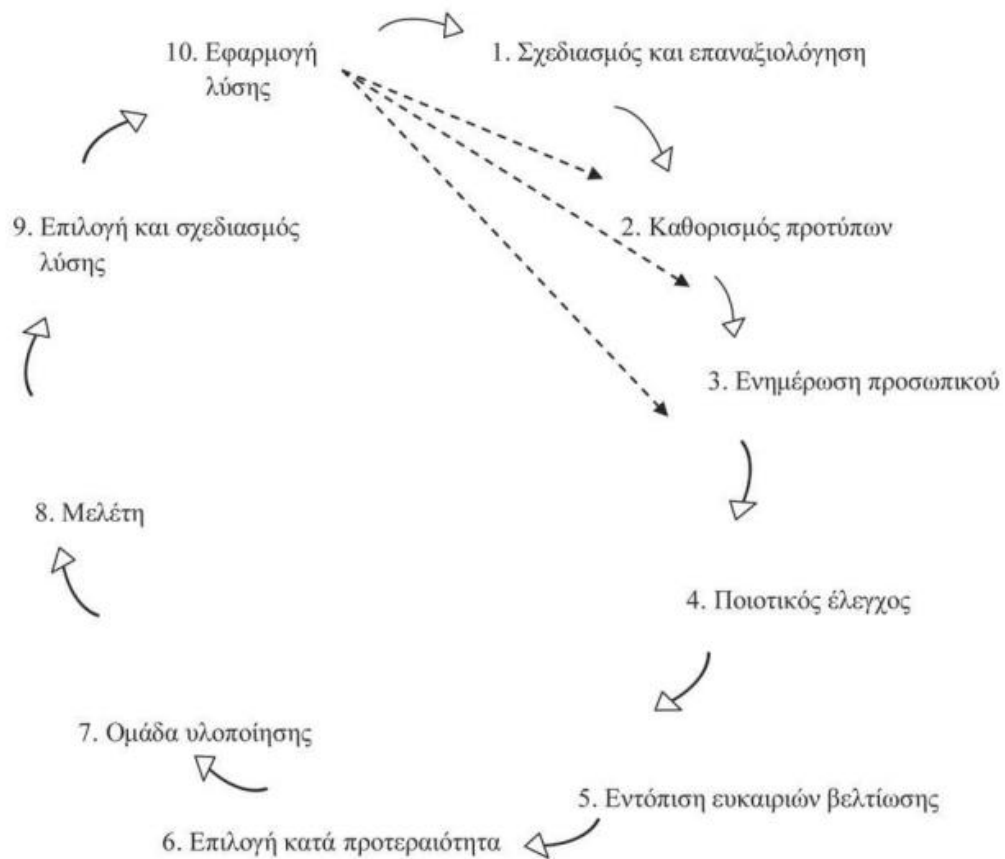
Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι οι ακόλουθοι:

- Οι ικανότητες, οι γνώσεις, η εμπειρία και η επαγγελματική ευσυνειδησία των φορέων που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας. Το υψηλό επίπεδο των ιατρών είναι η βασικότερη προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία κάθε προβλήματος υγείας.
- Οι ικανότητες και η εκπαίδευση συνολικά του νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού και γενικά όσων εμπλέκονται στη παραγωγή υπηρεσιών υγείας.
- Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Η φιλικότητα, η ευγένεια και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του χρήστη-ασθενή είναι καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή.
- Η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας (24 ώρες το 24ωρο).
- Η προσβασιμότητα του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους και αναμονές και με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής.
- Η ταχύτητα στην επίλυση προβλήματος υγείας των ασθενών.
- Η ορθότητα στην επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας, που ξεκινά από την παροχή αναλυτικών οδηγιών και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανέλεγχου των ασθενών.
- Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού που σχετίζεται άμεσα με τις παραμέτρους της ετοιμότητας και της ταχύτητας.
- Η χρήση νέας τεχνολογίας.

- Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή υποστήριξη της παροχής φροντίδας, αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών και ρύθμιση όλων των θεμάτων για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας.
- Η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής.
- Ο κατάλληλος σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, έτσι ώστε να διευκολύνεται η διακίνηση ανθρώπων και υλικών.
- Η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Ο βαθμός στον οποίο η ηγεσία του εκάστοτε οργανισμού επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών με αναγνώριση και μετάδοση της σημαίας της σε όλο το προσωπικό, εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και διασφάλισής της (Τζανετάκη 2006).
- Το κόστος. Η ικανοποίηση όλων των παραπάνω παραμέτρων πρέπει να γίνει μικρότερο δυνατό κόστος.

2.4 Ο κύκλος της Ποιότητας.

Ένα μοντέλο διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας περιγράφεται σχηματικά με τον κύκλο ποιότητας (εικόνα 6). Τα πρώτα τρία βήματα του κύκλου (σχεδιασμός, καθορισμός προτύπων ποιότητας, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού) εντάσσονται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας. Ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος, ενώ τα επόμενα έξι βήματα εντάσσονται στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, για την εξασφάλιση χαμηλού εύρους διακύμανσης και επομένως ελεγχόμενων αποτελεσμάτων. Ο μηχανισμός που περιγράφεται σχηματικά αρχίζει με την εντόπιση των ευκαιριών για βελτίωση και την επιλογή τους κατά σειρά προτεραιότητας. Ακολουθεί η δημιουργία μιας πολυσυλλεκτικής ομάδας ατόμων που θα έχουν την ευθύνη της υλοποίησης, καθορίζοντας τα μέσα και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αφού μελετηθεί η περίπτωση και επιλεγεί μια λύση, εφαρμόζεται, επαναξιολογείται και ενσωματώνεται, εφ' όσον παρέχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ συνεχίζεται ο μηχανισμός διαρκούς βελτίωσης.



Εικόνα 6

2.5 Δείκτες και κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας.

Οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος.

Μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:

α. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)

- Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
- Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
- Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών
- Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

β. Δείκτες διαδικασιών

- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος
- Κατάσταση αναμονής (για ριζικές ή για ανακουφιστικές θεραπείες του καρκίνου)
- Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του
- Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου (multidisciplinary approach)/σύνολο ασθενών/έτος
- Αριθμός των πλάνων ακτινοθεραπείας που βασίστηκαν στο σύστημα σχεδιασμού με CT/συνολικό αριθμό θεραπειών/έτος
- Αριθμός των σύμμορφων (conformed) πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών
- Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal films)
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ ώρα
- Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
- Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance)

Παρ' ότι οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

γ. Δείκτες αποτελέσματος

- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
- Διάστημα ελεύθερο νόσου
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων

Συχνά, ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία, η συν-νοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο).

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού είναι τα παρακάτω:

- Η χρησιμότητα (usefulness). Ο δείκτης θα πρέπει να εκφράζει μια σημαντική παράμετρο, να συνδράμει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και να συνδέεται με την αντίστοιχη δυνατότητα παρέμβασης για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων
- Η εγκυρότητα (validity). Είναι ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά. Σε αντίθετη περίπτωση, υφίσταται η προκατάληψη (bias) ή το συστηματικό σφάλμα. Η εγκυρότητα ενός δείκτη ανιχνεύεται δυσκολότερα απ' ότι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων
- Η αξιοπιστία (reliability). Είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων, εάν η μέτρηση επαναληφθεί υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά

σημεία. Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης εκφράζει αφ' ενός την ακρίβεια και τη συνέπεια της μέτρησης ως προς το θέμα το οποίο μελετά και αφ' ετέρου το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες. Η αξιοπιστία μιας μέτρησης ελέγχεται με το συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και κυμαίνεται για τις αξιόπιστες μετρήσεις από 0,70–0,90

- Η δυνατότητα σύγκρισης (comparability). Εξασφαλίζεται με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών, με ευρεία έκταση εφαρμογής, και τη διαθεσιμότητα αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες
- Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness). Η έννοια της ανταποκρισιμότητας αποδίδει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές. Η ανταποκρισιμότητα ενός δείκτη έχει ιδιαίτερη σημασία, όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης
- Η ειδικότητα (specificity). Πρόκειται για την ικανότητα διάκρισης διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών, π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής
- Η ευαισθησία (sensitivity). Τέλος, η ευαισθησία διερευνά την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποιήσεις

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο συστηματικός έλεγχος των ιατρικών διαδικασιών και των κλινικών αποτελεσμάτων με τη χρήση δεικτών, καθώς και η σύγκρισή τους με τα επιστημονικώς αποδεκτά πρότυπα καλής πρακτικής, δεν είναι κάτι στατικό. Τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται, οι δείκτες και οι μηχανισμοί υπόκεινται σε επαναξιολόγηση και τροποποίηση, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση.

2.6 Κλινικός έλεγχος στην ποιότητας φροντίδας.

Ως κλινικός έλεγχος ορίζεται ένα συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Κατά τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης φροντίδας, συγκεκριμένα μέτρα σύγκρισης

χρησιμοποιούνται ως οδηγιά σημεία. Δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, στις διάφορες εκφάνσεις τους, αξιολογούνται και εκτιμώνται ως προς συγκεκριμένα κριτήρια και αποδεκτά επίπεδα φροντίδας. Όταν ενδείκνυται, εφαρμόζονται αλλαγές σε επίπεδο προσωπικό, ομάδας, και υπηρεσίας. Ο περαιτέρω έλεγχος συνίσταται στην αποτίμηση της κατάστασης ως προς τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.

Ο μηχανισμός και η φιλοσοφία του κλινικού ελέγχου ποιότητας αναπτύχθηκε μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα αλλαγών και αναζητήσεων για ένα αναβαθμισμένο και αξιόπιστο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στη Μεγάλη Βρετανία. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί καίριο στοιχείο του μοντέλου διαχείρισης, γνωστού ως «Κλινική Διακυβέρνηση» στη Μεγάλη Βρετανία. Το συγκεκριμένο μοντέλο διαχείρισης έδωσε νέα ώθηση στο θεσμό του κλινικού ελέγχου και εδρεύει στην καρδιά των ποικίλων συστημάτων Κλινικής Διακυβέρνησης που έχουν υιοθετηθεί στο Βρετανικό ΕΣΥ.

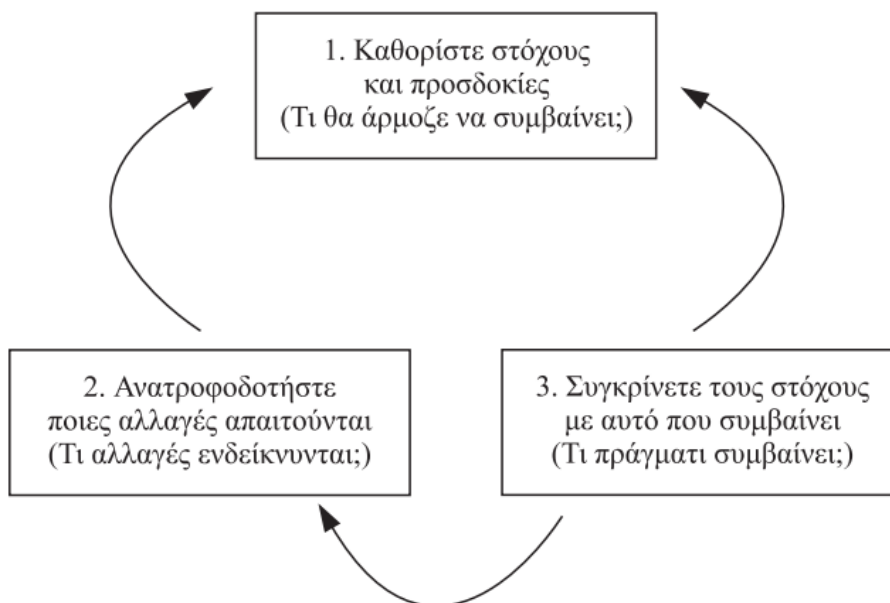
Παράλληλα, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας εξελίσσεται και προσαρμόζεται στις προκύπτουσες ανάγκες και προκλήσεις. Τα παραδοσιακά επαγγελματικά όρια δοκιμάζονται και καινούργιοι ρόλοι και λειτουργίες αναδύονται. Κάποιες από αυτές, από προθεσμιακές εξελίσσονται σε θεσμικές. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εξελίσσονται με οδηγό –μεταξύ άλλων– τον ανθρωποκεντρισμό, την ευελιξία στη διοικητική διαχείριση και την παροχή φροντίδας που συμπορεύεται με την έρευνα και τις επιστημονικές εξελίξεις.²⁵

Η έννοια του κλινικού ελέγχου ποιότητας απαντάται για πρώτη φορά στο έγγραφο (White Paper) με τίτλο «Δουλεύοντας για τους ασθενείς», του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας το 1989, όπου ως κλινικός έλεγχος ποιότητας ορίζεται «μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών κατά το στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας, της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και της προκύπτουσας έκβασης για τον ασθενή» Σχετικά γρήγορα, ο κλινικός έλεγχος ποιότητας έγινε ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας. Πιο πρόσφατα, κυβερνητικές πρωτοβουλίες, όπως η δημοσίευση των κειμένων «Μια Υπηρεσία πρώτης ποιότητας: Ποιότητα στο νέο ΕΣΥ» και «Πλάνο δράσης στο ΕΣΥ», υπογραμμίζουν και

ανανεώνουν τη διάθεση και αποφασιστικότητα για έλεγχο διαμέσου της εφαρμογής του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης.

Οι μεταρρυθμίσεις έχουν εισαγάγει δύο σημαντικές αλλαγές. Ειδικότερα, καθίσταται σαφές ότι η αρμοδιότητα και η τελική ευθύνη για την ποιότητα της κλινικής πράξης δεν περιορίζεται μόνο στους μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας και στις θεραπευτικές ομάδες, αλλά επεκτείνεται και επιβαρύνει τη διοικούσα αρχή, με την οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα εκείνους που την κατευθύνουν. Παράλληλα, οι υπηρεσίες έχουν την υποχρέωση να υιοθετήσουν και να αναπτύξουν κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου, ενώ καθίσταται ρητή η ευθύνη για προσδιορισμό και επίλυση προβλημάτων ποιότητας.

Ο κλινικός έλεγχος ουσιαστικά αφορά στην εξέταση της κλινικής πρακτικής με στόχο τη διασφάλιση της βέλτιστης φροντίδας προς τους ασθενείς. Επομένως, η κλινική απόδοση εξετάζεται ως προς καθορισμένα πρότυπα και επίπεδα ποιότητας. Η κλινική απόδοση έχει περιγραφεί ως μια κυκλική διεργασία, η οποία προσπαθεί να δώσει απάντηση σε τρία ερωτήματα: τι θα άρμοζε να συμβαίνει; τι πράγματι συμβαίνει; τι αλλαγές ενδείκνυνται; Στην εικόνα 7, μέσα στον κύκλο διακρίνονται τα στάδια που ακολουθούνται από μια συστηματική διαδικασία καθορισμού της καλύτερης κλινικής πρακτικής, με μετρήσεις της φροντίδας ανάλογες με τα κριτήρια που έχουν τεθεί, με την ανάληψη δράσεων για τη βελτίωση της φροντίδας και με τη συνεχή παρακολούθηση και διατήρηση των βελτιώσεων στην κλινική πρακτική.²⁶



Εικόνα 7

Ο κλινικός έλεγχος προϋποθέτει την αξιοποίηση μιας ευρείας σειράς μεθόδων από διάφορες επιστήμες, όπως π.χ. ανάπτυξη οργανισμών, στατιστική και διαχείριση πληροφοριών. Ο έλεγχος ποιότητας μπορεί να αναληφθεί από μεμονωμένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ή από ομάδες επαγγελματιών σε ενιαίες ή πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδες, που υποστηρίζονται συνήθως από το προσωπικό του ελέγχου ποιότητας. Στην έναρξη κάθε προγράμματος ελέγχου ποιότητας, η προετοιμασία του περιβάλλοντος είναι καίρια και αποφασιστική για την τελική επιτυχία της μεθόδου.

Η βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη συμμετοχή και τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας. Είναι προφανές ότι μια δομημένη και αντικειμενική αξιολόγηση της κλινικής πράξης καθίσταται απαραίτητη. Το σύστημα ποιότητας, διά του κλινικού ελέγχου, παρέχει τα μέσα για μια τέτοια αξιολόγηση. Εντούτοις, πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι ενώ οι νοσηλευτές έχουν επιδείξει θετική στάση απέναντι στον κλινικό έλεγχο, ο ενθουσιασμός τους δεν μεταφέρεται πάντα στην πράξη. Πράγματι, η εισαγωγή του κλινικού ελέγχου στο Βρετανικό ΕΣΥ, το 1990, βασίστηκε περισσότερο στην πίστη ότι θα επιφέρει ποιοτική βελτίωση στο σύστημα υγείας, παρά σε επιστημονικά δεδομένα που αποδείκνυαν την αξία του. Παράλληλα, υπήρξε ασυμφωνία ως προς την καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση, γεγονός που

οδήγησε σε σημαντική σύγχυση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου και την ενσωμάτωσή του στην κλινική πράξη.

Ενδεικτικά, ο κλινικός έλεγχος έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στην εφαρμογή των κλινικών οδηγιών. Συχνά, τα κριτήρια του ελέγχου ποιότητας ορίζονται από τις συστάσεις που προκύπτουν από τις κλινικές οδηγίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, το κλινικό προσωπικό είναι σε θέση να γνωρίζει εάν οι συστάσεις των κλινικών οδηγιών εφαρμόζονται. Επίσης, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι με τον κλινικό έλεγχο δίνεται ίση βαρύτητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας, η συνεργασία και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κλινικής ομάδας βελτιώνονται αισθητά, ενώ παράλληλα βελτιώνεται και το επίπεδο ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Ο κλινικός έλεγχος που συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση και πλάνο δράσης συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας, ενώ αντίθετα η έλλειψη κατανόησης του στόχου του κλινικού ελέγχου μπορεί να προκαλέσει φόβο και δυσπιστία.

2.7 Η κλινική διακυβέρνηση.

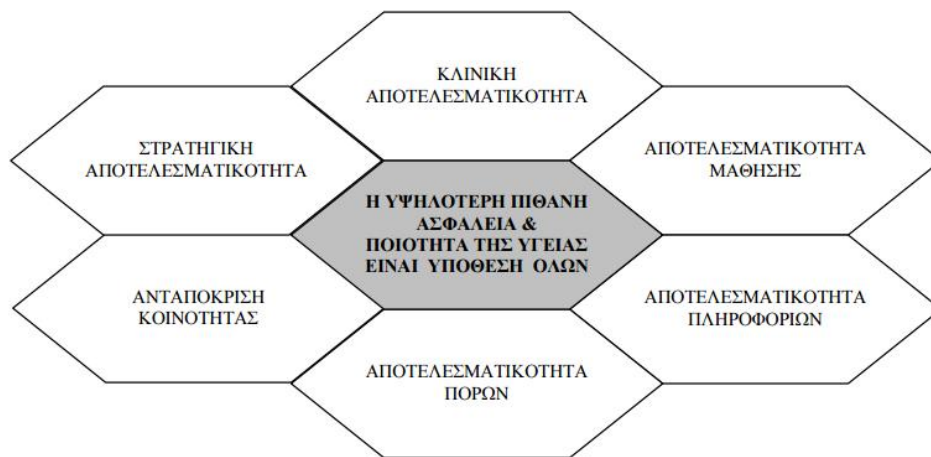
Το έτος 1998, στην Αγγλία, το αντίστοιχο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, UK Department of Health (DoH), έδωσε τον πρώτο τυπικό ορισμό για την Κλινική Διακυβέρνηση: «το πλαίσιο μέσα από το οποίο το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι υπεύθυνο για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της διατήρησης υψηλών προδιαγραφών φροντίδας με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος, όπου η αριστικότητα της κλινικής περίθαλψης θα ευδοκιμήσει»

Ειδικότερα, το πλαίσιο υγείας έχει τη νομική υποχρέωση να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας στους πολίτες/ασθενείς, και για να το πετύχει αυτό πρέπει να αναπτύξει ένα τοποκεντρικό (εθνικό) πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας.

Η Κ.Δ. αποτελεί, επιπλέον, το πλαίσιο μέσω του οποίου, οι οργανισμοί επηρεάζουν την άτυπη ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία του ανθρώπινου δυναμικού. Κάθε εφαρμογή της προϋποθέτει τις κλινικές ομάδες επαγγελματιών του Φορέα να τοποθετούν την ποιότητα στην «κορυφή» των προτεραιοτήτων τους στις καθημερινές

τους «συναλλαγές» - στην παροχή ιατρικής φροντίδας - με τους πελάτες/ασθενείς. Για να γίνει η παραπάνω προσπάθεια πραγματικότητα, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ Διοίκησης, εργαζομένων κι ασθενών, για την κατανόηση των απαιτήσεων εφαρμογής της Κ.Δ., μια που όλοι οι εμπλεκόμενοι και ιδιαίτερα οι ασθενείς αποτελούν και τους αποδέκτες των αποτελεσμάτων -«ευεργετημάτων» της Κ.Δ.

Εικόνα 8: Το κλινικό μοντέλο της Κ.Δ. με έμφαση στη συμμετοχή - εμπλοκή στη διοίκηση όλου του προσωπικού



Πηγή: Maddock, A. *et al.* (2006).

Επεξεργασία: Κιπενής, Ν. (Μάρτιος, 2007).

Εικόνα 8

Η Κ.Δ., ως ένα δυναμικό, σύνθετο και στρατηγικό σύνολο διαδικασιών και διεργασιών που χρειάζεται προσεκτική εφαρμογή κι αξιολόγηση, επιδιώκει τους παρακάτω κυρίως στόχους:

- Οι ασθενείς «πρώτα και τελευταία»: στο κέντρο της Κ.Δ. αναπτύσσεται η ουσιαστική «συνεργασία» μεταξύ ασθενών κι εργαζομένων, ιδιαίτερα όταν οι πρώτοι εκφράζουν το τι πραγματικά «βλέπουν» (“...As it really is”) στο χώρο του Φορέα και οι δεύτεροι ευαισθητοποιούνται σε αυτά που «ακούν» (“authentic curiosity”). Μόνο, όταν το νοσοκομειακό προσωπικό «δει μέσα από τα μάτια των ασθενών» μπορεί να νιώθει ικανό πως «χτίζει» οργανωσιακά συστήματα μέσω της Κ.Δ. πραγματικά ωφέλιμα για τους ασθενείς.

- Η αναγνώριση του σημαντικότερου πόρου του οργανισμού: κατά την εφαρμογή της Κ.Δ. πρέπει να αναγνωριστεί πως ο πόρος «κλειδί» για το Σύστημα Υγείας είναι το ίδιο του το προσωπικό. Ο κλάδος της ιατρικής περίθαλψης περιέχει ένα πολύπλευρο προσωπικό, με πολλές δεξιότητες, με νόρμες στη συμπεριφορά του, με δημιουργικότητα κι εργατικότητα. Με την Κ.Δ. πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στο προσωπικό αυτό να αναπτύξει και να αξιολογήσει αποτελεσματικότερα τα προσόντα του - ατομικά αλλά και μέσα από ομάδες - ξεκαθαρίζοντας, έτσι, το όραμα και την αποστολή του.
- Γνώση κι Έλεγχος συστημάτων (system awareness): ο τομέας της υγείας περιλαμβάνει πολυάριθμα συστήματα λειτουργίας, τα οποία αλληλεπιδρούν δυναμικά και μπορούν να επιφέρουν διάφορες επιπτώσεις πάνω στο πλαίσιο της Κ.Δ., μια που αυτά είναι σχεδιασμένα να φέρουν τα αποτελέσματα που μόνο τα ίδια μπορούν (κι όχι σε συνεργασία με τα υπόλοιπα). Ενώ μέχρι τώρα στο Σύστημα Υγείας οι προσπάθειες βελτίωσης εστιάζονταν, για παράδειγμα στο πώς ένας ιατρός θα θεραπεύει καλύτερα, ή στο πώς μια νοσηλεύτρια θα νοσηλεύει καλύτερα, με την Κ.Δ. η έμφαση πρέπει να δίνεται στον ανασχεδιασμό της συνολικής ροής (work flow) του έργου/προσπάθειας, στην αλληλεξάρτηση των ειδικοτήτων και γενικά στη συνολική εικόνα του οργανισμού (systems view).
- Κατανόηση της ροής των εργασιών: η αποτελεσματική Διοίκηση προσπαθεί να «ευθυγραμμίζεται» (alignment) με τους εργαζομένους και τους ασθενείς, έτσι, ώστε να γνωρίζει τις στάσεις, τις συμπεριφορές και τις επιθυμίες τους. Με αυτό τον τρόπο, η ροή των εργασιών συνεχίζεται απρόσκοπτα χωρίς καθυστερήσεις και συγκρούσεις, ιδίως μεταξύ προσωπικού κι ασθενών.
- Κατανόηση των αλληλεσυνδέσεων των συστημάτων: είναι σημαντικό να υπάρχει πρόβλεψη κι ανάλυση της συνδεσιμότητας των γεγονότων και των ενεργειών των συστημάτων μέσα σε ένα νοσοκομειακό χώρο. Με την Κ.Δ. γίνεται παρακολούθηση της λειτουργίας των υπαρχόντων συστημάτων, με σκοπό την αποφυγή καθυστερήσεων, αρνητικών επιδράσεων, άσχημων κλινικών περιστατικών (clinical incidents) , με αποτέλεσμα να προστίθεται αξία στη συνολική ποιότητα της περίθαλψης και να γίνεται δυνατή η εξάλειψη ιατρικών λαθών.

- Ομαδικότητα: ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, πολλές εξειδικεύσεις των επαγγελματιών εργάζονται μέσα από αλληλεξαρτώμενες μεθόδους, όπως το ιατρικό με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η κατάλληλη ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων, προκειμένου όταν παίρνονται αποφάσεις για τη θεραπεία/διάγνωση του ασθενή να υπάρχει συνεισφορά απόψεων μέσα από συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αποτελεί το εναρκτήριο για την επικείμενη αλλαγή στην οργανωσιακή κουλτούρα, κι αργότερα στην εφαρμογή της Κ.Δ.. Κατά την ανάπτυξη κι «ωρίμανση» διεπιστημονικών ομάδων, αυτές θα είναι ικανές με τη συνεργασία τους να οδηγήσουν κι εν τέλει να προσφέρουν ανώτερης ποιότητας υπηρεσίες.
- Επικοινωνία: σε ένα σύστημα τόσο πολύπλοκο, όπως είναι το Σύστημα Υγείας χρειάζεται μεγάλη και συντονισμένη προσπάθεια στη μετάδοση και διάχυση πληροφοριών και γνώσεων αντίστοιχα μεταξύ των εργαζομένων. Έτσι, υπάρχει ανάγκη για επανασχεδιασμό εκείνων των συστημάτων που έχουν «αδύναμους» μηχανισμούς επικοινωνίας, όπου η πληροφορία δεν είναι ακριβής κι έγκυρη. Άρα, στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, η πληροφορία πρέπει να αντανακλά την αλήθεια και να είναι κατανοητή από όλους (από πομπό και δέκτη). Με την αποτελεσματική επικοινωνία επιδιώκεται η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών και η ενεργοποίηση: α) άτυπων διάλογων για μάθηση/ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού - από και μαζί - με τους ασθενείς, όσον αφορά π.χ. στην εμπειρία ενός ασθενούς πάνω σε ένα δύσκολο περιστατικό της υγείας του, β) άτυπων συναντήσεων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών για αξιολόγηση αποτελεσμάτων μετά από μια π.χ. θεραπεία ή επέμβαση ενός ασθενή και γ) συνεχών προσωπικών επαφών κι επιπλέον ερευνών με τους ασθενείς για ανατροφοδότηση των δικών τους απόψεων και προσδοκιών.
- Αίσθημα «Ιδιοκτησίας» (“ownership”): η ουσιαστική συμμετοχή του προσωπικού σε όλες τις επικείμενες εξελίξεις μέσα στον εργασιακό τους χώρο. Επιδιώκεται, επομένως, η δημιουργία εκείνου του εργασιακού περιβάλλοντος, όπου η δομή είναι αυτή που θα υποστηρίξει τους εργαζόμενους, ώστε οι ίδιοι ατομικά ή ακόμη καλύτερα ομαδικά θα ενδυναμωθούν τόσο όσο να νιώθουν το περιβάλλον αυτό σαν προσωπικό τους χώρο, στο οποίο πρέπει να κάνουν αλλαγές και βελτιώσεις για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων. Ιδιαίτερα εκείνη η ομάδα, που δίνει

αξία σε όλα της τα μέλη και η οποία ενθαρρύνει την ποιότητα, την ελευθερία έκφρασης και τη συνεχή δημιουργικότητα, θα είναι σε θέση να ανακαλύψει πως οι καλύτερες ιδέες και οι πιο δυναμικές λύσεις στα προβλήματα προέρχονται από εκείνο το προσωπικό, το οποίο ποτέ δεν είχε συμμετάσχει ή ερωτηθεί στο παρελθόν.

- Ηγεσία - Διεύθυνση: ο αποτελεσματικός ηγέτης είναι αυτός που καταλαβαίνει την πραγματικότητα στο περιβάλλον του και κατευθύνει τους υφισταμένους ή συναδέλφους του στην αφοσίωση για τη μελλοντική εκπλήρωση των σχεδιασμένων στόχων. Το δυναμικό περιβάλλον της υγείας, που χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, μη προβλεψιμότητα και στοιχεία ανεξαρτησίας και ανταγωνισμού, έχει την ουσιαστική ανάγκη της αποτελεσματικής ηγεσίας. Η αντίδραση στην αλλαγή είναι συνήθως τόσο δυνατή, που χωρίς τη σταθερή, επίμονη προσπάθεια και αφοσίωση της ηγεσίας, τα διάφορα προγράμματα εκτέλεσης της αλλαγής δε θα γίνουν πραγματικότητα.
- Μεταβολή της κουλτούρας: η αλλαγή στην υπάρχουσα κουλτούρα είναι επιτακτική προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή της Κ.Δ. Όλο το προσωπικό επιθυμεί να εργάζεται σε έναν «οργανισμό με μνήμη» που του προσφέρει δια βίου μάθηση, που αναγνωρίζει τη συνεισφορά του και που στηρίζει την προσπάθεια για τη βελτίωση στην ποιότητα υπηρεσιών, θεωρώντας τα τυχόν λάθη ως ευκαιρίες για επιπλέον μάθηση και εμπειρία. Με αυτό τον τρόπο, η Κ.Δ. επιταχύνει την ανάπτυξη της συνολικής ποιότητας, ενισχύοντας την ικανότητα του Φορέα, ώστε να μπορεί να προσφέρει συστηματική, υπεύθυνη και διατηρήσιμη ποιότητα στην ιατρική φροντίδα των ασθενών.

Η κλινική διακυβέρνηση είναι η επιτομή του σύγχρονου μάνατζμεντ της υγείας. Έχοντας τις εννοιολογικές της ρίζες στην πολιτική επιστήμη και αποτελώντας προσαρμογή και μετεξέλιξη της εταιρικής διακυβέρνησης στα (αγγλοσαξονικά κυρίως) συστήματα υγείας, επιχειρεί να «παντρέψει» την οργανωτική και διοικητική αρτιότητα με την άριστη κλινική πράξη. Απαραίτητη προϋπόθεση εφαρμογής της είναι η αλλαγή στην «οργανωσιακή κουλτούρα» των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα, με την εφαρμογή της, επηρεάζει τη νοοτροπία των επαγγελματιών υγείας και όλων των «μεριδιούχων» του μεγάλου και πολύπλοκου αυτού χώρου. Απαιτεί ουσιαστική ηγεσία από τα ανώτατα

διοικητικά και επιστημονικά στελέχη της υγείας, η οποία θα καθοδηγεί το προσωπικό και θα διαμορφώνει διαδικασίες προς τον απώτερο σκοπό της κλινικής διακυβέρνησης που είναι η παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης για όλους του πολίτες. Αν και βρίσκεται στο προσκήνιο του μάνατζμεντ της υγείας μόλις 15 χρόνια και τα δημοσιευμένα ερευνητικά αποτελέσματα από την εφαρμογή της είναι περιορισμένα, αναγνωρίζεται διεθνώς ως το μέσο για αειφόρο ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας που θέλει να ικανοποιεί συστηματικά τις ανάγκες των ασθενών και της κοινότητας, παρά τη διαρκώς αυξανόμενη οικονομική πίεση και τις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις της κοινωνίας για καλύτερη υγεία.²³

2.8 Κριτήρια Πιστοποίησης (ISO).

Μέθοδος αξιολόγησης και διερεύνησης της παρεχόμενης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι και η πιστοποίηση. Ως πιστοποίηση ορίζεται κάθε εξωτερική επιβεβαίωση της επαγγελματικής ικανότητας ενός οργανισμού. Τα προγράμματα στα οποία εντοπίζονται οι ρίζες της αναπτύχθηκαν στα μέσα του προηγούμενου αιώνα στις Η.Π.Α, στον Καναδά, στην Αυστραλία και στην Νέα Ζηλανδία, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο μέχρι και σήμερα. Οι μετασχηματισμοί που έγιναν στο χώρο της υγείας στη δεκαετία του 80' με την επικράτηση των αντιλήψεων για απελευθέρωση της αγοράς, είχαν ως αποτέλεσμα πολλές ευρωπαϊκές χώρες να στραφούν στα προγράμματα πιστοποίησης.

Στην αρχή παρατέθηκαν εγχειρίδια πιστοποίησης που χωρίζονταν σε κεφάλαια αντίστοιχα με τα τμήματα και τις λειτουργίες ενός νοσοκομείου. Σήμερα υπάρχει η τάση να συγχωνεύονται κεφάλαια που αφορούν άμεσα τις εκτελούμενες διαδικασίες και τα παραγόμενα αποτελέσματα, δίνοντας κυρίως έμφαση στις αρχές Ολιστικής Φροντίδας, με αποτέλεσμα να προσεγγίζονται λεπτομερειακώς όλες οι πτυχές των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε έναν οργανισμό.²⁹

Τα συστήματα πιστοποίησης για το χώρο της υγείας επεξεργάζονται τόσο εθνικοί οργανισμοί πιστοποίησης, όσο και διεθνείς που ασχολούνται με την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών στην υγεία. Η δομή τους βασίζεται στο εγχειρίδιο που συντάσσει ο

φορέας τους, στο οποίο αναλύονται οι απαιτήσεις που πρέπει να προϋποθέτει ένας οργανισμός, ώστε να πιστοποιηθεί ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του. Οι απαιτήσεις, συνήθως, καλύπτουν δύο ανεξάρτητες και συμπληρωματικές παραμέτρους. Η μία πλευρά θέτει απαιτήσεις με «ασθενοκεντρική» φιλοσοφία, δίνοντας βάση στην παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών που αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής. Η άλλη πλευρά δημιουργεί ένα σύμπλεγμα απαιτήσεων που αφορά τη διαχείριση της οργάνωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αυτές οι δύο συνιστώσες το ξεχωριστό πλαίσιο αξιολόγησης και διερεύνησης της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Όλα τα παραπάνω μπορούν να εντοπιστούν με ακρίβεια στο σύστημα πιστοποίησης που χρησιμοποιεί ο διεθνής φορέας «Joint Commission International» στη διαμόρφωση του οποίου βοήθησε η «International Society of Quality in Health Care». Ειδικότερα το εγχειρίδιο πιστοποίησης αποτελείται από 11 κεφάλαια. Τα 5 πρώτα θέτουν απαιτήσεις με κύριο ρόλο τον ασθενή και την αντίληψη που αυτός έχει για την ποιότητα υγείας που του παρέχεται. Τα υπόλοιπα 6 καλύπτουν το εύρος της διοικητικής οργάνωσης των διαδικασιών με αποτέλεσμα να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.²⁷

Η ανάγκη για πιστοποίηση των προδιαγραφών σε διάφορους τομείς της επιχειρηματικής δραστηριότητας απασχόλησε την παγκόσμια κοινότητα από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα. Η πρώτη προσπάθεια πραγματοποιήθηκε το 1906 με την ίδρυση της «Διεθνούς Ηλεκτροτεχνικής Επιτροπής» (International Electrotechnical Commission) η οποία αφορούσε εντοπισμένα ηλεκτροτεχνικά θέματα. Στους άλλους τομείς, και ιδιαίτερα στον τομέα της Μηχανικής, τα πρώτα βήματα έγιναν το 1926 με την ίδρυση της «Διεθνούς Ομοσπονδίας των Εθνικών Ενώσεων Τυποποίησης» (International Federation of the National Standardizing Associations). Δυστυχώς όμως ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος διέκοψε όλη αυτή την προσπάθεια αφού η Ομοσπονδία σταμάτησε τη λειτουργία της το 1942.

Το 1946, στο Λονδίνο, οι εκπρόσωποι από 25 χώρες συναντήθηκαν και αποφάσισαν την ίδρυση ενός νέου οργανισμού με σκοπό την διευκόλυνση του συντονισμού και της ενοποίησης των βιομηχανικών προτύπων. Έτσι δημιουργήθηκε ο «Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση» (International Organization for Standardization) για τον οποίο

επιλέχθηκαν τα αρχικά «ISO» (από την ελληνική λέξη «ίσος»). Η επίσημη λειτουργία του άρχισε στις 23/02/1947, σήμερα αποτελείται από 147 οργανισμούς-μέλη (από έναν κάθε χώρα) και η λειτουργία του συντονίζεται από την Κεντρική Γραμματεία που βρίσκεται στην Γενεύη της Ελβετίας. Η Ελλάδα εκπροσωπείται από τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛ.Ο.Τ.).

Διεθνή πρότυπα συστημάτων τυποποίησης πρωτοεκδόθηκαν από τον ISO το 1987 με την ονομασία σειρά 9000. Η πρώτη έκδοση αποτέλεσε προσπάθεια πολλών χρόνων και οι αδυναμίες που εντοπίστηκαν, αντιμετωπίστηκαν με την μικρή αναθεώρηση του το 1994 και τη μεγάλη το 2000. Με αυτή τη διαδικασία, σήμερα βρίσκεται σε εφαρμογή το πρότυπο 9001/2000 που έχει μεγάλο εύρος και στόχο να οδηγήσει τις επιχειρήσεις στην υιοθέτηση αρχών διοίκησης διαδικασιών (process management) σε όλη τη λειτουργία τους.

Το ISO 9001 είναι το διεθνές πρότυπο για την Ποιότητα. Η προηγούμενη έκδοση του προτύπου (ISO 9001:2000) αντικαταστάθηκε το 2008 με το πρότυπο ISO 9001:2008. Το πρότυπο ορίζει τις απαιτήσεις, σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να λειτουργεί ένας οργανισμός ώστε το τελικό προϊόν ή/και υπηρεσία να κρίνεται ικανοποιητικό τόσο από τους πελάτες της όσο και από τα λοιπά ενδιαφερόμενα μέρη. Οι απαιτήσεις του προτύπου καλύπτουν όλο το εύρος των δραστηριοτήτων ενός οργανισμού από τον σχεδιασμό και ανάπτυξη νέων προϊόντων και υπηρεσιών έως την εξυπηρέτηση.²⁸

Η ανάπτυξη και η εφαρμογή νέου Συστήματος Ποιότητας σύμφωνα με το ISO 9001 αποτελεί απόδειξη:

- Της ικανότητας του οργανισμού να παρέχει με συνέπεια προϊόντα τα οποία ικανοποιούν τις απαιτήσεις των πελατών και τις εφαρμοστέες νομικές και κανονιστικές απαιτήσεις
- Της προσπάθειας του οργανισμού να αυξήσει την ικανοποίηση των πελατών του μέσω της αποτελεσματικής εφαρμογής του συστήματος, συμπεριλαμβάνοντας διεργασίες για τη συνεχή βελτίωση του και για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις των πελατών.

- Οι απαιτήσεις του προτύπου είναι γενικές και μπορούν να εφαρμοστούν από όλους τους οργανισμούς, ανεξαρτήτως τύπου, μεγέθους και παρεχόμενου προϊόντος.

Ειδικότερα, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι στον χώρο της υγείας δεν χρησιμοποιούμε τον όρο «πιστοποίηση» αλλά «διαπίστευση».

2.9 Διασφάλιση ποιότητας.

Ένας ορισμός για τον όρο Διασφάλιση, αναφέρει ότι η «Διασφάλιση Ποιότητας» σημαίνει την αξιολόγηση του πραγματικού επιπέδου ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς και τις προσπάθειες τροποποίησης, όπου είναι απαραίτητο, της παροχής αυτών των υπηρεσιών (Black, 1990). Στο χώρο της Υγείας και σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται ένα είδος προτίμησης προς τις αρχές της διασφάλισης ποιότητας, γεγονός αρκετά ενθαρρυντικό μιας και η διασφάλιση ποιότητας αποτελεί το προκαταρκτικό στάδιο προς την Ολική Ποιότητα (Τσιότρας, 2003). Ο σκοπός μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας είναι τριπλός. Από τη μια επιβεβαιώνει ότι τα πλήρη οφέλη της ιατρικής γνώσης εφαρμόζονται επιτυχώς σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών. Από την άλλη διατηρεί και βελτιώνει το επίπεδο της φροντίδας. Τέλος, η συνεχής αξιολόγηση είναι ο τρόπος με τον οποίο το επάγγελμα διατηρεί και θέτει τα δικά του πρότυπα και παραμένει υπεύθυνο στο κοινό που υπηρετεί

Η Διασφάλιση της Ποιότητας απαιτεί την ολική ενοποίηση και τον έλεγχο όλων των στοιχείων μέσα σε μία συγκεκριμένη περιοχή, έτσι ώστε κανένα να μην επικαλύπτει ή να είναι βοηθητικό κάποιου άλλου. Τέτοια στοιχεία καλύπτουν έννοιες όπως η διοίκηση, ο οικονομικός έλεγχος, οι πωλήσεις, το μάρκετινγκ, ο σχεδιασμός, η προμήθεια, η παραγωγή, η εγκατάσταση και η εκτέλεση εντολών. Όταν πρόκειται να γίνει μία τέτοια ενοποίηση στοιχείων, το πρώτο βήμα είναι ο ορισμός και η αποσαφήνιση καθενός από αυτά. Άρα χρειάζεται να επιστρατευθεί η απαιτούμενη υπευθυνότητα για την θεμελίωση των προδιαγραφών και την ενοποίηση και έλεγχο όλων των δραστηριοτήτων. Τελικά αυτός που θα πρέπει να αποδεχθεί την υπευθυνότητα προς την κατεύθυνση αυτή και

προς την ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών δεν είναι άλλος από τον Διευθύνοντα Σύμβουλο της εκάστοτε επιχείρησης. Η διασφάλιση της ποιότητας είναι πρωταρχικά μία διοικητική λειτουργία που δεν είναι δυνατό να ανατεθεί σε "αντιπροσώπους" ή "ειδικά τμήματα της επιχείρησης". Η διασφάλιση της ποιότητας είναι μία φιλοσοφία ολικής ενοποίησης των στοιχείων και διαδικασιών της επιχείρησης για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.³⁰

Η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance) περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων, τον καθορισμό των προτύπων και τον έλεγχο, χρησιμοποιώντας δείκτες αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται στις συστηματικές και οργανωμένες ενέργειες που απαιτούνται προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι ικανή να ανταποκριθεί σε ποιοτικές απαιτήσεις.

Για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της διασφάλισης ποιότητας, λαμβάνονται υπόψη οι εξής παράμετροι, η *Επαγγελματική απόδοση*, η *Ορθή Χρησιμοποίηση πόρων*, η *Διαχείριση κινδύνων* που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η *Ικανοποίηση των ασθενών*. Με βάση τα παραπάνω, μπορεί κανείς να προσδιορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς της ποιοτικής διασφάλισης:

- α) τη βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τις απαραίτητες και καταλληλότερες παρεμβάσεις, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα,
- β) την επίτευξη του αποτελέσματος αυτού με την ελάχιστη σπατάλη πόρων,
- γ) τον ελαχιστοποιημένο κίνδυνο για επιπρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως αρνητική έκβαση του σχεδίου θεραπείας και
- δ) την ικανοποίηση του ασθενούς από την πορεία της φροντίδας υγείας του. Δεν απαιτείται προϋπόθεση μια μεμονωμένη δραστηριότητα διασφάλισης της ποιότητας να πληροί και τα τέσσερα κριτήρια.

Τέλος, όσον αφορά τις στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοχεύοντας στη διασφάλιση της ποιότητας είναι, η διαχείριση ολικής ποιότητας (total quality management), οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα (quality initiatives), η οριοθέτηση

σημείων αναφοράς (bench marketing), οι διαδικασίες διαπίστευσης (accreditation) και η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας (evidence - based care)

Υπάρχουν τρεις διαφορετικές ομάδες κινήτρων Τα επαγγελματικά κίνητρα, τα κοινωνικά κίνητρα και τα πρακτικά κίνητρα (WHO, 1983). Η Διασφάλιση Ποιότητας μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό μέσον για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τις ελλείψεις τους και ως εκ τούτου, τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Ομοίως, η συμμετοχή στις δραστηριότητες Διασφάλισης της Ποιότητας μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον επαγγελματικής πρόκλησης με αποτέλεσμα στην αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας. Η ενεργός συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας είναι ένας σημαντικός μηχανισμός για την ανάλυση και επεξήγηση των διαφορών στα πρότυπα της άσκησης και στα αποτελέσματα της φροντίδας. Επιπλέον, είναι ανάγκη, η Διασφάλιση Ποιότητας να χρησιμοποιείται με ευθύνη απέναντι στην κοινωνία για τα κεφάλαια που ξοδεύονται για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Μια εξίσου σημαντική κοινωνική κίνηση για την Διασφάλιση Ποιότητας είναι να εξασφαλίσει την ασφάλεια του κοινού και να το προστατέψει από φροντίδα που είναι απρεπής ή βλαβερή. Τέλος, Μια σειρά πρακτικών κινήτρων, που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό των πληροφοριών και με την πιθανότητα οι ασθενείς είτε να μην λαμβάνουν διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας είτε να βλάπτονται από υπερβολικές ή ακατάλληλες υπηρεσίες. Με απλά λόγια αναφέρεται ότι τα προγράμματα Διασφάλιση της Ποιότητας πρέπει να αναπτυχθούν για να ελαττώσουν την ταλαιπωρία. Αυτός ο αντικειμενικός σκοπός των προγραμμάτων Διασφάλιση Ποιότητας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ενεργό ανάμειξη των επαγγελματιών υγείας και τη διαρκή υποστήριξη των συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας. Στις παραπάνω αναφορές, μπορούμε να προσθέσουμε και άλλους λόγους όπως την ασφάλεια του ασθενούς από μη-συμμορφώσεις κατά την παροχή της υπηρεσίας υγείας, την σχέση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας (και συνολικά, της λεγόμενης βιομηχανίας της υγείας) με άλλους παραγωγικούς κλάδους της οικονομίας, το περιβάλλον και τους προμηθευτές τους. Οι προδιαγραφές προμηθειών του δημοσίου τομέα απαιτούν την πιστότητα-σημάνσεις ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ανάπτυξη συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας και της ασφάλειας από τους προμηθευτές κα. Αντίστοιχα, οι προμηθευτές μπορούν να απαιτήσουν από το δημόσιο σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας για την σύναψη συμβολαίων που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών

υγείας προς ομάδες εργαζομένων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι τέσσερις παράμετροι είναι απαραίτητες για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών ή του αντικειμένου των δραστηριοτήτων της Ποιοτικής Διασφάλισης (WHO, 1985) • επαγγελματική απόδοση (τεχνική ποιότητα), • χρησιμοποίηση πόρων (αποδοτικότητα), • διαχείριση κινδύνων (κίνδυνος τραυματισμού ή ασθένειας που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες), • ικανοποίηση των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ενσωματώνοντας αυτές τις τέσσερις παραμέτρους, μπορεί κάποιος να επιχειρήσει να ορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός προγράμματος Διασφάλισης της Ποιότητας ως:

A) Την βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τέτοιες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

B) Την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος με την ελάχιστη δαπάνη πόρων, με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο για πρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως προς την αξιοπιστία του αποτελέσματος των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων στην υγεία (κατάσταση) του ασθενούς και με ένα πλέγμα επιπρόσθετων υποστηρικτικών ενεργειών και υπηρεσιών έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή για την παρεχόμενη ολική υπηρεσία υγείας, την αλληλεπίδρασή του με τον οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Ενώ μια μεμονωμένη δραστηριότητα Διασφάλισης της Ποιότητας δε χρειάζεται απαραίτητως να πληροί και τα τέσσερα συστατικά αυτού του προαναφερθέντος ορισμού, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα προγράμματα Διασφάλισης Ποιότητας που εισάγονται από διάφορους οργανισμούς, αρχίζουν ισόρροπα να αντιμετωπίζουν τους διαφορετικούς, φερόμενους ως αντικειμενικούς, σκοπούς για την εφαρμογή τους. Επιπρόσθετα, μπορεί να αναφερθεί ότι η παραπάνω προσπάθεια ενέχει ακόμα τρεις ουσιαστικές και βασικές προϋποθέσεις - κατευθύνσεις.

A) Την διεργασιοκεντρική Προσέγγιση στην Τεκμηρίωση, την μέτρηση, τον έλεγχο και την διασφάλιση των υπηρεσιών υγείας και, παράλληλα, μηχανισμούς ανάδρασης που διασφαλίζουν την συνεχή βελτίωση. Πανεπιστήμιο Πειραιώς Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ [30]

B) Την ασθενοκεντρική προσέγγιση στην ανάπτυξη προγραμμάτων βελτιώσεων, την ανάπτυξη μηχανισμών «επικοινωνίας» των απαιτήσεων των ασθενών με την υπηρεσία και την παροχή, σε συγκεκριμένα πλαίσια δυνατοτήτων επιλογών από την πλευρά του ασθενή.

Γ) Την διασφάλιση του δημόσιου αγαθού της υγείας με προσδιορισμένα χαρακτηριστικά που ελέγχονται τουλάχιστον, σε εθνικό επίπεδο. Συνοψίζοντας η Διασφάλιση Ποιότητας στην υγεία αποτελεί: A) Δημόσια ευθύνη: Ένα

σημαντικό μέρος όλων των Υπηρεσιών Υγείας χρηματοδοτείται σήμερα από δημόσιους πόρους. Είναι κρίσιμο οι ενέργειες της Ποιοτικής Διασφάλισης να παρέχουν αντικειμενικές αποδείξεις ότι οι πόροι ξοδεύονται και αποτελεσματικά και αποδοτικά. Β) Μεθοδολογία Βελτίωσης του τρόπου διαχείρισης πόρων στην ΔΦΥ (που συνεχώς βαίνουν μειούμενοι): Η εκτίμηση της φύσης των προβλημάτων που επηρεάζουν κάποια από τις τέσσερις παραμέτρους και η προσπάθεια αναγνώρισης των αιτιών ώστε να διευκολυνθεί η αποτελεσματική διαχείριση, να μειωθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα που αναγνωρίζονται. Γ) Διευκόλυνση στην υιοθέτηση σύγχρονων μορφών διοίκησης και οργάνωσης. Μέσω της διαδικασίας αξιολόγησης της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας και της θέσπισης καταλλήλων κριτηρίων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας, οι νεωτερισμοί μπορούν να διαδοθούν ταχύτατα. Η κριτική για τη στατική φύση της Διασφάλιση Ποιότητας είχε ως αποτέλεσμα τη μετάβαση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση. Αυτό απαιτεί συνεχώς επιπλέον βελτιώσεις σε μια διαδικασία που θα οδηγήσει σε ένα τέλειο προϊόν. Η βελτίωση πρέπει να είναι συνεχής. Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, εκτίμηση των κριτηρίων και μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης. Όταν τα αποτελέσματα είναι επιθυμητά, δηλαδή πληρούν τα τεθέντα κριτήρια, τότε τα αποτελέσματα εξασφαλίζονται και διατηρούνται. Αυτό σημαίνει διασφάλιση ποιότητας. Στην περίπτωση που τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, τότε γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται βελτίωση ποιότητας. Επειδή η εκτίμηση της ποιότητας είναι μια συνεχής διεργασία και η Πετσετάκη Ε. «Εξασφάλιση φροντίδας ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας» Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία,(1993) βελτίωση της κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι συνεχής. Έτσι προέκυψε ο όρος Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας (Σ.Π.Β.) (Πλατής & Πριάμης, 1996) Η Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας απαιτεί μια συνεχή δέσμευση από διοικητικούς και κλινικούς. Η Σ.Π.Β. δεν διαφέρει από την τελειότητα των υπηρεσιών, την ικανοποίηση του ασθενή, τη σχέση της κοινότητας, την οικονομική επιτυχία ή οποιοδήποτε άλλο επιθυμητό οργανωτικό χαρακτηριστικό το οποίο απαιτεί τη συνεχή προσοχή της διαχείρισης (Nerenz 1997). Έτσι Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας έχει τα εξής χαρακτηριστικά: Δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμα μόνιμα κριτήρια και τα κριτήρια που τίθενται] από τους καταναλωτές και τους χορηγούς συνεχώς βελτιώνονται. Η Σ.Π.Β. εστιάζεται στη βελτίωση όλων των διαδικασιών, οι οποίες σε] αντάλλαγμα θα βελτιώσουν την απόδοση όλων των χορηγών φροντίδας

υγείας. Πρώτα σχεδιάστηκαν οι διαδικασίες και πάρθηκαν τα κατάλληλα μέτρα για τη
αποφυγή ελαττωμάτων, και έπειτα είναι αναγκαία η επιτήρηση για την παρακολούθηση
των διαδικασιών. Επικρατεί ένας προσανατολισμός στη διαδικασία και το αποτέλεσμα.)
Οι μέθοδοι περιλαμβάνουν παρακολούθηση δεικτών και χρήση των) δεδομένων μ' έναν
αποδοτικό τρόπο. Η διαχρονική παρακολούθηση γίνεται όταν υπάρχουν ειδικές ή
κοινές) παρεκκλίσεις σκοπού. Ο καθένας είναι υπεύθυνος για καλή) ποιότητα. Το
κριτήριο είναι το σημείο έναρξης. Ο σκοπός είναι τα μηδενικά) ελαττώματα. Καμιά
παρέκκλιση δεν είναι ανεκτή. Τα κριτήρια αναπτύσσονται εσωτερικά, δεν προωθείται η
εξωτερική σύγκριση.

Κεφάλαιο 3ο

Η ικανοποίηση ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας

3.1 Η ικανοποίηση από την πλευρά των ασθενών.

Εννοιολογικός Ορισμός

Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από τη κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (Bond & Thomas 1992) και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συχνά, οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της αντίληψης τους για τη ποιότητα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, ενώ σύμφωνα με την Oberst (1984), υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών. Κατά τους Wriglesworth και Williams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο, π.χ. ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ευτυχία και για το λόγο αυτό οποιαδήποτε αξιολόγηση είναι πολύ υποκειμενική.

Σύμφωνα με τους Abdellah & Levine (1957), η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση της αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στη φροντίδα υγείας.

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

Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μια γενική αντίδραση του αποδεκτή της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας τους από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή

χαρακτηρίζεται 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 αλληλεπίδρασης τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και την συμμόρφωση τους με τη θεραπευτική αγωγή.

O Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια γενική αντίληψη του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψιν τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι της Risser (1975), σύμφωνα με τον οποίο η ικανοποίηση των ασθενών από την 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.

Από τους παραπάνω ορισμούς δε διαφαίνεται για τον αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση, αντίληψη, ή απλά μια άποψη για τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Robbins (1993) ,στάση είναι η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και περιλαμβάνει τρία στοιχεία, το γνωσιακό, το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά, σε αντίθεση με την αντίληψη, που αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον και η οποία είναι δυνατόν να επηρεαστεί από τις στάσεις του κάθε ατόμου. Κατά την Linder-Pelz (1982), η ικανοποίηση είναι στάση , η οποία αναφέρεται στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών την οποία κάνουν.³¹

Τέλος βάσει των θεωριών του A.Maslow μόνο ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες:

- Οι φυσιολογικές ανάγκες. Είναι οι ανάγκες της επιβίωσης, αυτές που με την ικανοποίησή τους κρατιόμαστε στην ζωή.
- Οι ανάγκες ασφάλειας. Είναι δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης.
- Κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για αγάπη, η σύνδεση με άλλους, η ένταξη σε ομάδα, η φιλία.
- Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους. (Φήμη, κύρος, εκτίμηση, σεβασμός)
- Η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη.

Λειτουργικός Ορισμός

Ο λειτουργικός ορισμός μίας έννοιας περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο αυτή μετρείται στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης έρευνας ή δραστηριότητας (Wilson 1989). Το κύριο ερώτημα είναι αν, κατά πόσο και ποιες περιοχές της φροντίδας υγείας μπορούν να περιγράψουν ή να ξεχωρίσουν οι ασθενείς.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα μαρτυρούν την έλλειψη ποιοτικών ερευνών για τη μελέτη του ερωτήματος αυτού. Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει ποσοτικές μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Τα αποτελέσματα των ποσοτικών ερευνών, που έχουν γίνει, ποικίλουν. Οι περισσότερες μελέτες στηρίζονται στα αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης ή στη συσχέτιση των διαφόρων περιοχών της φροντίδας μεταξύ τους, για τη διερεύνηση της ικανότητας των ασθενών να διακρίνουν τις διάφορες περιοχές της φροντίδας. Αρκετοί ερευνητές έχουν υπογραμμίσει την ανάγκη να αξιολογηθεί η σχετική σπουδαιότητα των διαφορών διαστάσεων και ερωτήσεων, προκειμένου να υπάρξουν συντελεστές βαρύτητας και να διευκολυνθεί ο υπολογισμός μίας συνολικής βαθμολόγησης (Hall & Dorman 1988).

Σύμφωνα με τους Ware και Snyder (1975), ανέφεραν δέκα περιοχές ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας, ύστερα, όμως με την παραγοντική ανάλυση, κατέληξαν σε οχτώ περιοχές:

1. Τεχνική.
2. Τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις).
3. Φυσικό περιβάλλον.
4. Διαθεσιμότητα.
5. Πρόσβαση.
6. Συνέχεια.
7. Αποτελεσματικότητα.
8. Οικονομικά.

Στην αξιολόγηση 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), οι τέσσερις διαστάσεις τέχνη, τεχνική, φυσικό περιβάλλον και αποτελεσματικότητα που έχουν προταθεί από τους Ware και Snyder (1975), έχουν εφαρμογή στη νοσηλευτική. Οι ίδιοι ερευνητές πρότειναν πέντε νοσηλευτικές διαστάσεις για την ικανοποίηση του ασθενούς:

- 1) Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (όπως ευγένεια, ενδιαφέρον, σεβασμός).
- 2) Χαρακτηριστικά νοσηλευτικής φροντίδας (όπως διδασκαλία εμπιστοσύνη, συνέχεια, φροντίδα, υπεράσπιση δικαιωμάτων του ασθενούς και τεχνικές επικοινωνίας).
- 3) Νοσηλευτική ικανότητα (όπως τεχνική, γνώσεις και οργανωτική ικανότητα).
- 4) Περιβάλλον (όπως θόρυβος, ευκολίες, φαγητό, καθαριότητα).
- 5) Προσδοκίες ασθενών.

Ο Parasuraman και οι συνεργάτες του (1988), βασιζόμενοι στην προσέλκυση των πελατών (marketing), πρότειναν πέντε διαστάσεις για την ικανοποίηση των χρηστών-πελατών με οργανισμούς παροχής υπηρεσιών:

- I. Φυσικό περιβάλλον.
- II. Αξιοπιστία.
- III. Ανταπόκριση.
- IV. Σιγουριά.
- V. Ενδιαφέρον.

Οι προτεινόμενες διαστάσεις δεν αφορούν την τεχνική πλευρά, έχουν δοκιμαστεί σε διάφορους οργανισμούς, όπως τράπεζες, τηλεφωνικές υπηρεσίες κτλ και τελευταία έχουν εφαρμοστεί στην ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή και τη νοσηλευτική φροντίδα (Scardina 1994). Η παραγοντική ανάλυση δεν επιβεβαίωσε αυτές τις διαστάσεις, αλλά έδειξε την ύπαρξη ενός παράγοντα ο οποίος δεν ήταν δυνατόν να χαρακτηριστεί. Αυτό το αποτέλεσμα ίσως να οφείλεται στην αμφισβητούμενη εγκυρότητα της μεθόδου βαθμολόγησης, σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση των ασθενών υπολογίστηκε βάση τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων.³²

Στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα έχουν επικρατήσει τρεις διαφορετικοί ορισμοί:

- 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 τις διαδικασίες και θεραπείες, το θόρυβο, την καθαριότητα, το φαγητό, τις υπηρεσίες συνοδών και τέλος τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών.
- Σύμφωνα με τον Meterko και τους συνεργάτες του (1990), υπάρχουν οχτώ περιοχές ικανοποίησης: υποδοχή των ασθενών, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, υπόλοιπο προσωπικό, περιβάλλον του νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.
- Οι Carey & Seibert (1993) ανέφεραν οχτώ περιοχές ικανοποίησης: ευγένεια, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φαγητό, άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης, θρησκευτικές ανάγκες και αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

Οι ανωτέρω λειτουργικοί ορισμοί είναι αποτέλεσμα εμπειρικών δεδομένων και βασίζονται στα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Κανένας λειτουργικός ορισμός δε στηρίζεται σε κάποιο θεωρητικό πλαίσιο και το κυριότερο, δεν αναφέρεται ο αντίστοιχος εννοιολογικός ορισμός της ικανοποίησης ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος που οι λειτουργικοί ορισμοί βασίζονται σε γενικές και αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές φροντίδας που δεν έχουν μεγάλη χρησιμότητα στην προσέλευση πελατών.

Στην ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, εκτός των περιοχών οι Ware και Snyder (1975), αναφέρονται και οι τρεις περιοχές που έχουν προταθεί από την Hulka και τους συνεργάτες της (1975): τεχνική, διαπροσωπικές σχέσεις και κόστος-ευκολία.

Ο παλαιότερος λειτουργικός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι των Abdellah και Levine (1957, 1964), ο οποίος σε εφτά διαστάσεις: ανάπαυση, διαιτητικές συνήθειες, τουαλέτα, προσωπική υγιεινή και υποστηρικτική φροντίδα, αντίδραση στη θεραπεία και επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στον υποστηρικτικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού και αντανακλά των τρόπων οργάνωσης της φροντίδας στη συγκεκριμένη εποχή, δείχνοντας, ότι δεν είναι δυνατό να γίνει αναφορά στις διαστάσεις φροντίδας χωρίς να ληφθεί υπόψη ο τρόπος που η νοσηλευτική ορίζεται και οργανώνεται στο συγκεκριμένο τοπόχρονο.

Επιπλέον, ένας λειτουργικός ορισμός, που κατασκευάστηκε από την Risser για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς το 1975, βρήκε αρκετή απήχηση στο χώρο της νοσηλευτικής τα επόμενα χρόνια. Έτσι, αναγνωρίζονται τρεις περιοχές ικανοποίησης: τεχνική-επαγγελματική, διαπροσωπική-εκπαιδευτική και διαπροσωπική-εμπιστοσύνης.

Η La-Monica και οι συνεργάτες της (1986), βασιζόμενοι στο εργαλείο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών της Risser, κατέληξαν σε τρεις διαστάσεις: δυσαρέσκεια, υποστήριξη σε διαπροσωπικό επίπεδο και καλή εντύπωση.

Μια μεγάλη έρευνα που διεξάγει στη Φιλανδία, ανέδειξε ένα θεωρητικό πλαίσιο για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, σύμφωνα με

το οποίο αναγνωρίζονται οι ακόλουθες περιοχές: χαρακτηριστικά του προσωπικού, τεχνικές δραστηριότητες, διαπροσωπικές σχέσεις, προαπαιτούμενες συνθήκες, περιβάλλον, διαδικασίες εισόδου και εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο και στρατηγικές ενίσχυσης (Leino-Kilpi 1996). Σημαντικό στοιχείο του θεωρητικού πλαισίου είναι, ότι η μέτρηση βασίζεται στη σύγκριση μεταξύ προσδοκιών των ασθενών κατά την είσοδο τους και της αξιολόγησης των υπηρεσιών που έκαναν κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Η τεχνική πλευρά και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναφέρονται στους περισσότερους λειτουργικούς ορισμούς. Στον όρο τεχνική αντιστοιχούν οι τεχνικές ικανότητες, οι γνώσεις, η δεξιοτεχνία, η φυσική φροντίδα και η εμπειρία στην εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, ενώ στον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αντιστοιχεί η θεραπευτική σχέση η οποία συμπεριλαμβάνει την ευγένεια, τη λεκτική και μη επικοινωνία και τη δυνατότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας (Miller-Bader 1988). Σε μία έρευνα, ζητήθηκε από τους ασθενείς να περιγράψουν τι θεωρούν ως σπουδαιότερο δείκτη της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν με βάση τα επίθετα και τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, των διαπροσωπικών σχέσεων και της ιατρικής-φυσικής φροντίδας, αν και κάποιες λέξεις άνηκαν και στις δύο κατηγορίες (Ciske 1974). Πρώτος ο Donabedian (Rubin 1990), όρισε ότι από τις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις και περιγραφές των ασθενών, οι ασθενείς ξεχωρίζουν την τεχνική και τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας για διαφορετικές υπηρεσίες και κατηγορίες προσωπικού. Είναι αμφίβολο εάν οι ασθενείς είναι ικανοί να διακρίνουν τις δύο αυτές πλευρές της φροντίδας, παρόλο που έχει δοθεί έμφαση στις δύο αυτές διαστάσεις, σύμφωνα με τον Doering (1983).

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

- Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας.
- Οι σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς. Η σωστή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μία υπηρεσία υγείας είναι μεγάλη, διότι ακόμη και αν η χρήση της τεχνολογίας

είναι υψηλή και ο βαθμός επιτυχίας των διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων, ο μεγαλύτερος δυνατός, είναι πιθανό να μην ικανοποιηθεί ο ασθενής. (Τσελέπη, 2000).

- Ο Straser τοποθετεί τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση σε υψηλή θέση ως προς το βαθμό επηρεασμού της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα. Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής. (Ραφτόπουλος, 2002).

Οι Fitzpatrick, Fox και Storms υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι ο παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτήν την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση.

Ο παράγοντας που αφορά το φύλο όπως προκύπτει σε μερικές έρευνες φαίνεται να μην συσχετίζεται με την ικανοποίηση, ωστόσο μια σειρά άλλων μελετών υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι είναι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ ο τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι Anderson και Zimmerman υποστηρίζουν ότι είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώθηκε από παρόμοιες μελέτες. (Ραφτόπουλος, 2002).

Οι Hall και Dornan θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή ως το σημαντικότερο ίσως παράγοντα, και υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει καθώς έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία και είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους γιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Οι Khayat και Salter ενίσχυσαν αυτήν

την άποψη καθώς ανακάλυψαν και αυτοί συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της ικανοποίησης. (Ραφτόπουλος, 2002).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τα βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να αποτελεί απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά α πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες, οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα από αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη και η διαδικασία της έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα αφού έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους.³³

Ξεκινώντας με την φράση ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης, διαφαίνεται ότι η αξιολόγηση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών μπορεί να συνεισφέρει στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών αυτών (Strasen 1988), (Linder-Pelz 1982).

Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύπλοκη. Σύμφωνα με τον Donabedian (1890), η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα, αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση των ασθενών βοηθάει στη ταχύτερη ανάρρωση και στον μειωμένο χρόνο νοσηλείας και στην πρόληψη λοιμώξεων, που θεωρούνται οι πρωταρχικοί σκοποί και αποτελέσματα, αλλά βοηθάει στη θεραπεία τους και στην αυτοφροντίδα τους (Pascoe 1983, Strasen 1988). Δεν είναι λίγοι εκείνοι που αναζητούν την άποψη των ασθενών για την φροντίδα που τους παρέχεται, αφού συμβάλλει στην θεραπευτική τους παρέμβαση, καθώς αυξάνεται η ικανοποίηση τους και η ενεργή συμμετοχή τους, αποτρέποντας τον παθητικό ρόλο (Bond & Thomas 1992, Simpson 1985). Σύμφωνα με την Ραγιά (1987), «η ασθένεια επιδρά στη ψυχική κατάσταση των

ασθενών, αλλά και η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας».

Η ικανοποίηση είναι μία έννοια υποκειμενική. Κατά την Linder-Pelz (1982), η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Έτσι, η μέτρησή της να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας (Fitzpatrick 1991). Άλλωστε, οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι καλά σχηματισμένες πριν την είσοδο στο νοσοκομείο. Συνεπώς, εάν το προσωπικό λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή επηρεάσει τις προσδοκίες αυτές, θα συμβάλλει ουσιαστικά στη διόρθωση όλων των προβλημάτων και θα εγγυηθούν ότι το περιβάλλον των ασθενών θα παραμένει θεραπευτικό όλο το 24ωρο (Taylor 1970). Το προσωπικό αποτελεί αναμφισβήτητα μία κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι επίσης πολύ σημαντική για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα στο χώρο της υγείας (Abramowitz et al, 1987). Ο Leebon (1988), ειδικός στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, υποστηρίζει, ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονά τους είναι ουσιαστικά μία δεύτερη ευκαιρία για να γίνουν τα πράγματα σωστά.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και για την ευτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας (Megivern et al 1992). Αυτές οι πληροφορίες θα βελτιώσουν τη φροντίδα υγείας των ασθενών και θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους, η οποία θα οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία (Abdellah & Levine 1957, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983). Επιπλέον, η διοίκηση είναι δυνατόν να διερευνήσει τις απόψεις των ασθενών στην επιβράβευση (Megivern et al 1992) και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Dull et al 1994).

Δεν εκλείπει μέτρηση της ικανοποίησης από τον ιδιωτικό τομέα, με σκοπό την προσέλκυση των πελατών. Σύμφωνα με μία μεγάλη μελέτη στις Η.Π.Α, εάν ικανοποιηθεί ένας πελάτης το λέει σε άλλους τέσσερις και σε ακραίες περιπτώσεις σε άλλους έντεκα υποψήφιους πελάτες. Γι αυτό, όταν δεν ικανοποιηθεί ένας πελάτης πρέπει να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις για να υπάρξει εξισορρόπηση (Leebon 1988). Άλλη έρευνα, η οποία έγινε επίσης στις Η.Π.Α. έδειξε ότι ένα επισήμως αναφερόμενο παράπονο από έναν ασθενή αντιστοιχεί σε 6-10 σοβαρά και σε 20-50 λιγότερο σοβαρά παράπονα ασθενών για περιοχές της φροντίδας από τις οποίες δεν ικανοποιήθηκαν, τα οποία όμως δεν δηλώνονται. Παραγοντοποίηση των παραπάνω δεδομένων έδειξε, ότι το κόστος που προέκυψε από κάθε δυσαρεστημένο ασθενή ήταν 330 δολάρια (Petersen 1988).

Κάποιοι ερευνητές μελετάνε τόσο την ικανοποίηση των ασθενών σε συνάρτηση με το κόστος, όσο και την επίδραση που έχει στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει πάλι τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Vuori (1987), υπάρχουν και ηθικοί λόγοι για τους οποίους οι μετρήσεις πρέπει να γίνουν καθημερινή πράξη. Το Ιπποκρατικό ιδεώδες, του οποίου σημαντικό στοιχείο είναι η πλήρης ευεξία του ασθενούς, δίνει την ηθική βάση για την ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Άλλωστε, οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Υγείας άρχισαν το 1956 στις Η.Π.Α, από το χώρο της Νοσηλευτικής. Σήμερα, σε προηγμένες χώρες, όπως οι Η.Π.Α. και η Μ.Βρετανία, η μέτρησή της είναι κατοχυρωμένη νομικά και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την χορήγηση άδειας λειτουργίας των νοσοκομείων.

Όμως, σε αντίθεση με το αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στη θεωρητική ανάπτυξη και την ανάδειξη ευρέως αποδεκτών εννοιολογικών και λειτουργικών ορισμών. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν κατασκευάσει εργαλεία μέτρησης για τον σκοπό συγκεκριμένων ερευνών ή έχουν χρησιμοποιήσει άλλα, τα οποία κατασκευάστηκαν αρκετά χρόνια πριν,

με αποτέλεσμα να μην έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους.

Ο Strasen (1988), για την εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης ασθενών, προτείνει:

1. Όλοι οι ασθενείς να συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και τα αποτελέσματα που θα προκύπτουν να είναι δυνατό να ποσοτικοποιηθούν.
2. Να ενσωματωθούν ορισμένα στάνταρτ ικανοποίησης ασθενών στις αναλύσεις και περιγραφές κάθε θέσης (Job Analysis – Job Description), αλλά και στο υπόλοιπο πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης.
3. Να αναπτυχθεί μηχανισμός σύνδεσης ικανοποίησης ασθενών και αξιολόγησης και επιβράβευσης προσωπικού.
4. Να γίνεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης προσφερομένων υπηρεσιών, με βάση τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την ανατροφοδότηση (feedback) από τις απόψεις των ασθενών.

Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μία ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς, με στόχο τη βελτίωση των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, είναι παράδοξο να μην ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή, του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Ο ασθενής, σύμφωνα με τον Brink (1986) έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο. Για τον ασθενή αποτελεί δικαίωμα έκφρασης και μέσα από αυτό ευθύνη για το προσωπικό που συλλέγει αυτές τις πληροφορίες (Παπανικολάου και Σιγάλας, 1995).

Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στην: α) 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), ζ) διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.³⁴

3.2 Η ικανοποίηση από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας.

Οι νοσηλευτές και το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν την πολυπληθέστερη ομάδα εργαζομένων, που παρέχει υπηρεσίες υγείας αδιαλείπτως και συνεχώς. Μοιραία, η απόδοση και η συμπεριφορά τους συντελεί στη δημιουργία προϋποθέσεων παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και κλίματος ικανοποίησης των ασθενών. Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται στη συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης, τόσο με την ποιότητα και ασφάλεια της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όσο και με φαινόμενα απουσίας από την εργασία και τάσης αποχώρησης, χαμηλό ηθικό και επαγγελματική εξουθένωση. Ωστόσο, παρά την πληθώρα των αρμοδιοτήτων και των ευθυνών τους, ο ρόλος τους είναι συχνά αποτιμημένος, παρά τη σημαντικότητα τους στο σύστημα υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των εργαζομένων αποτελεί ένα από τα βασικά θέματα που θα πρέπει να απασχολούν τις διοικήσεις των οργανισμών. Αυτό επιβάλλεται για λόγους τόσο οργανωτικούς όσο και ανθρωπιστικούς, καθώς η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική και ψυχική τους υγείας.

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια η οποία αντιπροσωπεύει μια ολική στάση του ατόμου και τα συναισθήματα του για συγκεκριμένες πτυχές του επαγγέλματος του. Σε ανθρωπιστικό επίπεδο, η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, καθώς και με την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής. Το αντίθετο συμβαίνει όταν οι εργαζόμενοι δεν είναι ευχαριστημένοι από την εργασία τους. Το χαμηλό επίπεδο αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και συνδέεται με τη μείωση του αισθήματος αυτοεκτίμησης, το αυξημένο άγχος και την κατάθλιψη.³⁵

Υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που μπορεί να επηρεάζει το ατομικό επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία. Μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική ικανοποίηση είναι οι εξής:

- Το επίπεδο αμοιβών και
- Άλλων οικονομικών ωφελειών

- Η δικαιοσύνη στο σύστημα προαγωγών
- Η ποιότητα των συνθηκών εργασίας
- Η ηγεσία
- Οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων
- Οι σχέσεις με τους προϊσταμένους
- Εκπαίδευση- ανάπτυξη
- Αυτονομία
- Επιβράβευση
- Κοινωνική αποτίμηση
- Ποιότητα ζωής

Η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με το πώς αισθάνονται οι νοσηλευτές για την εργασιακή τους ζωή. Μια μελέτη των Weisman και Nathanson (1985) ανέφερε ότι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν ο καθοριστικός παράγοντας για το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υγείας. Μια μεγάλη μελέτη του 2007 στις ΗΠΑ που εκπονήθηκε από το Robert Johnson Foundation διαπίστωσε ότι οι παρακάτω μεταβλητές σχετίζονται με την ικανοποίηση των νοσηλευτριών στον χώρο εργασίας. (Χατζηπαντελής Σ., Σιγάλας Ι., 2008)

- Οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ότι είχαν πολύ καλή υγεία ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τις νοσηλεύτριες μαύρης φυλής
- Οι νοσηλεύτριες που είχαν σπουδάσει στις ΗΠΑ δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες
- Οι νοσηλεύτριες καριέρας δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες.
- Οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ως ευχάριστο το περιβάλλον που εργάζονται, με φιλικές σχέσεις με συναδέλφους, ήταν περισσότερο ικανοποιημένες
- Οι νοσηλεύτριες που θεωρούσαν ότι ανταμείβονται δίκαια από τη δουλειά τους ήταν ευχαριστημένες
- Οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ότι τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του οργανισμού που εργάζονται δεν παρεμβαίνουν στην καθημερινή εργασία τους ήταν πιο ικανοποιημένες.

- Οι νοσηλεύτριες που αισθάνονται ότι η δουλεία τους δεν εμποδίζει ή δεν παρεμβαίνει στην οικογενειακή τους ζωή ήταν περισσότερο ευχαριστημένες
- Οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν μικρότερο φόρτο εργασίας ήταν περισσότερο ευχαριστημένες

Η απόδοση του προσωπικού εξαρτάται από το επίπεδο κινήτρων. Ωστόσο, τα κίνητρα επηρεάζουν μόνο τις πτυχές της απόδοσης, οι οποίες μπορούν να ελεγχθούν από τους εργαζόμενους προσωπικά. Η απόδοση όμως εξαρτάται και από τη δομή του οργανισμού και από το περιβάλλον. (Χατζηπαντελής Σ., Σιγάλας Ι., 2008)

Οι κυριότεροι παράγοντες από τους οποίους πηγάζει η ικανοποίηση είναι:

- Το ιδιαίτερο αντικείμενο της επαγγελματικής δραστηριότητας
- Οι σχέσεις με τους ασθενείς
- Η αναγνώριση της προσφοράς
- Οι σχέσεις με τους άλλους επαγγελματίες υγείας

Από την άλλη πλευρά όμως υπάρχει και η δυσαρέσκεια, η οποία αποδίδεται:

- Στις συνθήκες εργασίας
- Στη μη αναγνώριση της προσφοράς
- Στο φόρτο εργασίας
- Στο ύψος αποδοχών

3.3 Η ικανοποίηση από την πλευρά των Διοικητικών Υπηρεσιών.

Το σημερινό ελληνικό νοσοκομείο, ενταγμένο σε ένα σύνθετο σύστημα υγείας, υποχρεούται στην παροχή ενός διαφοροποιούμενου φάσματος υπηρεσιών υγείας. Το αυξημένο κόστος, η "στενότητα" πόρων και η συνεχώς αυξημένη ζήτηση και απαιτήσεις για ποιότητα, επιβάλλουν την υιοθέτηση ενός συστήματος διοίκησης-διαχείρισης,

αφενός για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και των μεταβολών, αφετέρου για την επίτευξη των τιθέμενων στόχων.

Ανάμεσα στους ποικίλους τρόπους διοίκησης ενός οργανισμού, η συνηθέστερη επιλογή στην Ελλάδα, σε ότι αφορά τα νοσοκομεία, είναι ο κάθετος και ιεραρχικός, όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται προς τα κάτω για εφαρμογή. Τα τμήματα και οι υπηρεσίες είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους και το καθένα εστιάζεται στις δικές του αρμοδιότητες, που πολλές φορές δεν είναι πλήρως διατυπωμένες. Ιδιαίτερα στον τομέα ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών υπάρχει απαίτηση αυξημένης παραγωγής και παροχής παραπέμποντας στην κλασική προσέγγιση της διοίκησης των αρχών του 20^{ου} αιώνα.

Οι υπεύθυνοι του όποιου σχεδιασμού ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των αναγκών, ενώ οι γιατροί θέλουν να προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες που απαιτεί η ζήτηση. Υπό αυτές τις συνθήκες ευνοείται ένας επιμερισμός εξουσίας, όχι μόνο με βάση τη θέση που έχει κανείς στην ιεραρχική κλίμακα, αλλά και με την ισχύ που απορρέει από την επαγγελματική του θέση, ώστε παράλληλα με την εκτελεστική εξουσία να ασκείται και μια επαγγελματική εξουσία.

Υιοθετούνται αρχές και μέθοδοι εργασίας, υπερισχύοντας η εμπειρική τακτική και όχι η τεκμηριωμένη γνώση. Απουσιάζει συνήθως η μέριμνα για ποιοτική εργασία (πχ εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων, έλεγχος νοσοκομειακών λοιμώξεων κτλ.), χωρίς προβληματισμό για την ποιότητα του "προϊόντος".

Η ηγεσία, όχι μόνο η διοικητική αλλά και η κλινική, ακολουθεί τις αρχές βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή φροντίδας και την παροχή των άλλων υπηρεσιών.

Η κουλτούρα του οργανισμού αλλάζει από "κουλτούρα εξουσίας" σε "επιτελική κουλτούρα". Η διοίκηση είναι στην αρμοδιότητα των υψηλά ισταμένων αποκεντρώνοντας την προσοχή από τις μεταξύ των εργαζομένων αντιπαραθέσεις, και επικεντρώνοντάς την στους τιθέμενους στόχους και τα καθήκοντα του καθενός. Ωστόσο,

η ανάλυση εργασίας αυτή καθαυτή δεν είναι αρκετή, αν δεν υφίσταται και ένα δυνατό οργανωτικό κλίμα που παγιώνει το ομαδικό πνεύμα και την κλινική ηγεσία.

Η ανάληψη πρωτοβουλιών υποστηρίζεται, επιδιώκεται και δεν διώκεται. Οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να επιλύουν ομαδικά τα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα.

Αναγνωρίζεται η προσφορά του εργαζόμενου και δημιουργείται η αίσθηση σημαντικότητας του έργου του. Στοιχείο που οδηγεί σε ανύψωση του φρονήματος των εργαζομένων αναβαθμίζοντας την ποιότητα της εργασίας τους μέσω μιας πολιτικής κινήτρων. Η μέριμνα για την ικανοποίηση των φιλοδοξιών και αναγκών των εργαζομένων είναι διαρκής. Η εστίαση μιας τέτοιας ηγεσίας είναι να μετασχηματίσει την οργάνωση, βελτιώνοντας την επιχειρησιακή φιλοσοφία του νοσοκομείου συμπεριλαμβάνοντας στη διαδικασία αυτή όλους τους πόρους.³⁶

Οι στόχοι του οργανισμού θα πρέπει να είναι και στόχοι των εργαζομένων για απόδοση ποιοτικού έργου. Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στους τομείς αρμοδιότητάς τους, στοχεύει προς αυτή την κατεύθυνση. Η ανάπτυξη του προσωπικού ακολουθεί την εκπαίδευση σε σημείο που η Υπηρεσία επωφελείται από τις ανάγκες των εργαζομένων για επιτεύγματα.

Στις νοσοκομειακές μονάδες οι “πελάτες” δεν είναι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, που κάθε φορά αποτελούν μέρος της σχέσης παραγωγού και χρήστη. Κατανοώντας οι εργαζόμενοι τις ανάγκες των εσωτερικών “πελατών” (π.χ. ανάγκες νοσηλευτικού προσωπικού για ιματισμό και καθαριότητα) διευκολύνεται η διαδικασία βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Είναι αναγκαίο να ακολουθηθούν προσπάθειες, αποκέντρωσης του μοντέλου διοίκησης ώστε οι υγειονομικές μονάδες να καταστούν πιο ευέλικτες με δυνατότητες σχεδίων δράσης, ενδυνάμωσης του ανθρώπινου δυναμικού, δικτύωσης με τα στρατηγικά τμήματα του ιδιαίτερου περιβάλλοντος και εισαγωγής μιας μετασχηματισμένης διοικητικής νοοτροπίας, από όλα τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου σε ότι

αφορά τον επαναπροσδιορισμό χειρισμών στον άνθρωπο-εργαζόμενο και παροχής υπηρεσιών στο πελάτη-ασθενή.

Κεφάλαιο 4^ο

Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την πλευρά των ασθενών

4.1 Οι αντιλήψεις των ασθενών.

Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Γι' αυτό η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαμορφώσουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα υγείας και να συμβάλλουν στη διόρθωση πολλών προβλημάτων. Πράγματι, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τους τομείς της φροντίδας που χρειάζονται βελτίωση. Αν το προσωπικό χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες των ασθενών, μπορεί να κάνει διορθωτικές παρεμβάσεις οι οποίες θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους και θα οδηγήσουν σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες, την ταχύτερη ανάρρωση και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας.³⁷⁻³⁸

Παρά τις αλλαγές που έχουν γίνει στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα μετά το 1960, οι Έλληνες είναι οι δεύτεροι περισσότερο δυσαρεστημένοι, σε ότι αφορά την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας, σε σύγκριση με τους κατοίκους των υπολοίπων χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η αρνητική εικόνα που έχουν για το σύστημα υγείας και η έλλειψη εμπιστοσύνης στα νοσοκομεία, εκδηλώνεται με την μετακίνηση των ασθενών από τα επαρχιακά στα κεντρικά νοσοκομεία αλλά και στα νοσοκομεία του εξωτερικού, καθώς επίσης και στη ιδιωτική παροχή φροντίδας υγείας

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την συγκράτηση του κόστους αλλά παρά τις προσπάθειες δεν υπάρχουν τα ανάλογα αποτελέσματα. Δεν υπάρχουν ολοκληρωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, ενώ ελάχιστες έρευνες αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Σήμερα παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση των αποτελεσμάτων από τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, καθώς αυτή αποτελεί σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας. Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και συχνά κρίνουν την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Είναι αναγκαίο λοιπόν να αναπτυχθούν εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και να δημοσιευτούν τα αποτελέσματα, ώστε να ωφεληθούν οι ασθενείς, οι λειτουργοί υγείας και το σύστημα υγείας γενικότερα.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με εργαλεία τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης, τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς και επιχειρούν με ένα δομημένο τρόπο να εκφράσουν τη γνώμη τους για μια σειρά από εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών. Παρά τα οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχουν και κάποιες διαφωνίες που σχετίζονται με τη χρησιμότητα της μέτρησης ως δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η αξία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας αμφισβητείται, θεωρούμενη περιορισμένης εγκυρότητας.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- (α) τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία,
- (β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και
- (γ) τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Η ικανοποίηση των ασθενών, δηλαδή, εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν. Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες:

Πρώτον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο. Η εν λόγω διαφορά αντανακλά την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες επειδή δεν γνωρίζει τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ασθενών, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που προσφέρονται να είναι υποδεέστερες των προσδοκιών τους.

Δεύτερον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών. Η διαφορά αυτή αντανακλά την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες γιατί δεν κατορθώνει να μεταφράσει τις προσδοκίες των ασθενών σε συγκεκριμένες προδιαγραφές, εξ αιτίας παραμέτρων όπως η έλλειψη διάθεσης εκ μέρους των ανώτερων και ανώτατων στελεχών του νοσοκομείου να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες και να δεσμευτούν έμπρακτα.

Τρίτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει. Η συγκεκριμένη διαφορά αντανακλά την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, επειδή δεν τηρεί τα κατάλληλα πρότυπα εξυπηρέτησης που είχε προκαθορίσει, για διάφορους λόγους, όπως η αδυναμία των εργαζομένων να αντεπεξέλθουν στις προδιαγραφές και η ανεπάρκεια ικανοποίησης της ζήτησης. Τέταρτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται το νοσοκομείο στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει τελικά. Η εν λόγω διαφορά αντανακλά την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, επειδή δεν τηρεί τις υποσχέσεις που δίνει στους ασθενείς σχετικά με το τι θα πρέπει να αναμένουν από αυτήν, αυξάνοντας υπέρμετρα τις προσδοκίες τους, οι οποίες στη συνέχεια δεν ικανοποιούνται.³⁷⁻³⁸

Η αντιμετώπιση των παραπάνω αιτιών δημιουργίας χάσματος είναι δυνατή με τη συλλογή και την αξιοποίηση πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών (έρευνα αγοράς, ποιοτικές έρευνες, ανάλυση παραπόνων), την τμηματοποίηση

της αγοράς και την εφαρμογή πρακτικής σχέσεων marketing (relationship marketing), τον προσεκτικό σχεδιασμό του επικοινωνιακού δικτύου του νοσοκομείου, την επαναδραστηριοποίηση των ανώτερων στελεχών και την αλλαγή της φιλοσοφίας τους μέσω σεμιναρίων ηγεσίας για την καθοδήγηση των μελών του οργανισμού και την ευθυγράμμιση της ποιότητας των υπηρεσιών και των προσδοκιών των ασθενών, τη διασφάλιση ελέγχου διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και την αναγνώριση της έννοιας και της σημασίας των εργαζομένων, καθώς και τη συνεργασία των τμημάτων marketing και εξυπηρέτησης πελατών, ώστε η διαδικασία παροχής υπηρεσιών να αντανακλά τις υποσχέσεις του νοσοκομείου προς τους ασθενείς. Επομένως, μια επιτυχή στρατηγική βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ο προσδιορισμός και η εξέταση των προσδοκιών των ασθενών, παρέχοντάς τους προτεραιότητα παράλληλα με την αξιολόγηση των κλινικών και των διοικητικών διαδικασιών που εκτελούνται στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

4.2 Οι προσδοκίες των ασθενών.

Πριν αναζητήσει κανείς τον πιθανό ρόλο των προσδοκιών ενός ασθενή στην εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, θα πρέπει πρώτα να ορίσει τον όρο «προσδοκίες». Κάποιοι ερευνητές, αντιλαμβάνονται τις προσδοκίες ως το σύνολο των χαρακτηριστικών που πιθανώς διακρίνει μια υπηρεσία, ή ένα γεγονός. Άλλοι, ισχυρίζονται ότι οι προσδοκίες συνιστούν μια εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ενός γεγονότος συν την αξιολόγηση του γεγονότος (καλό ή κακό). Ο Oliver με τη σειρά του, διατυπώνει την δική του άποψη: «οι προσδοκίες έχουν δυο συστατικά: την πιθανότητα εμφάνισης (π.χ. την πιθανότητα ώστε ένας υπάλληλος να είναι διαθέσιμος στον πελάτη) και την αξιολόγηση της εμφάνισης (π.χ. ο βαθμός στον οποίο η στάση του υπαλλήλου είναι η επιθυμητή, ή η ανεπιθύμητη, η καλή, ή κακή) του γεγονότος. Και τα δυο είναι απαραίτητα, καθώς δεν είναι σαφές τι επιθυμούν όλοι οι πελάτες». Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι δυο άνθρωποι με τις ίδιες προσδοκίες, μπορεί να αξιολογήσουν διαφορετικά αυτό που τους παρέχεται, ίσως διότι έχουν διαφορετικές επιθυμίες.

Συνεπώς, θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τις προβλεπτικές (αυτό που το άτομο περιμένει να συμβεί) από τις αξιολογικές (αυτό που θέλει να συμβεί) προσδοκίες.

Η προσδοκία έχει μια διυποκειμενική διάσταση και προσανατολίζεται μέσα στον χρόνο που διαρκεί μια διαδικασία. Είναι ετοιμότητα του ατόμου να συντελέσει μια αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Πολλές φορές ταυτίζεται με την σύνδεση και την συναρμογή του ατόμου στις προβλέψεις και τις προεικαζόμενες μελλοντικές εμπειρίες και ως εκ τούτου, είναι ένας γνωστικός καθοριστικός παράγοντας που ενυπάρχει στην συμπεριφορά μας. Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη «προσδοκία» είναι παράγωγο του ρήματος «προσδοκάω» που αποτελεί σύνθεση της πρόθεσης «προ-» και του ρήματος «δοκώ» (θεωρώ) και του «δοκεύω» (παραφυλάσσω-καραδοκώ).

Ο Vuori επισημαίνει: «η ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται από δυο παράγοντες: τις προσδοκίες για την φροντίδα που πρόκειται να λάβει και την άποψη που σχηματίζει για την παρασχεθείσα φροντίδα. Και οι δυο παράγοντες είναι υποκειμενικοί και εξαρτώνται από ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και βιωματικούς παράγοντες». Οι Abbramowitz et al., υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή μετά την θεραπεία, εξαρτάται από τις προσδοκίες του και άρα θα πρέπει να εκτιμώνται πριν την εκτίμηση της ικανοποίησης. Ο Donabedian σημειώνει ότι οι ασθενείς διαμορφώνουν «πληροφορημένες» προσδοκίες (informed expectations) σαν αποτέλεσμα κοινωνικό-πολιτιστικών, μορφωτικών και ψυχολογικών παραγόντων. Συνεπώς είναι αδύνατο να μελετήσουμε τις προσδοκίες των ασθενών χωρίς να εστιάσουμε το ερευνητικό μας ενδιαφέρον σε αυτούς τους παράγοντες. Οι Ruggeri et al. οι οποίοι μελέτησαν την ικανοποίηση και τις προσδοκίες των ασθενών από τις ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα, ορίζουν τις προσδοκίες ως «τον βαθμό σημαντικότητας που αποδίδουν οι ασθενείς σε συγκεκριμένες διαστάσεις της φροντίδας προκειμένου να εγγυηθούν την ικανοποίησή τους».³⁷⁻³⁸

Η εκπλήρωση των προσδοκιών ορίζεται ως: «η υποκειμενική εκτίμηση του χρήστη σαν αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες του και στην παρεχόμενη υπηρεσία». Οι Westbrook και Reilly διαπίστωσαν ότι η εκπλήρωση των προσδοκιών σχετίζεται περισσότερο θετικά με την ικανοποίηση, σε σχέση με την εκπλήρωση των

επιθυμιών. Το αντίθετο διαπίστωσε ο Barbeau. Βέβαια και οι δυο έρευνες έγιναν σε δείγμα φοιτητών.

Οι προηγούμενες ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας, υπέδειξαν ότι η όλη ερευνητική προσπάθεια πρέπει να επικεντρωθεί στην σχέση των προσδοκιών με την απόδοση της υπηρεσίας και στην εκπλήρωση των προσδοκιών, καθώς φαίνεται να διαδραματίζουν έναν πρωτεύοντα ρόλο στην ικανοποίηση του χρήστη. Άλλωστε, η σύνδεση της εκπλήρωσης των προσδοκιών με την ικανοποίηση του χρήστη, είχε επισημανθεί και από άλλους.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η συζήτηση περιστρέφεται γύρω από το αν τελικά υπάρχουν προσδοκίες. Ακόμα και όταν υπάρχουν, οι μελέτες κατέδειξαν κάποιες αμφιβολίες για το αν κατ' ανάγκη η εκπλήρωση των προσδοκιών οδηγεί στην ικανοποίηση του ασθενή. Το μοντέλο προσδοκίες-ικανοποίηση, δεν φαίνεται να έχει λογική ισχύ, διότι υποστηρίζει πως κάθε εμπειρία που επιβεβαιώνει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, οδηγεί στην ικανοποίηση. Κάποιες έρευνες, έδειξαν πως οτιδήποτε επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή, δεν είναι η σύζευξη προσδοκιών και πραγματικής εμπειρίας, αλλά το εάν ή όχι η εμπειρία ήταν καλύτερη ή χειρότερη από την προσδοκώμενη.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας, βρέθηκε ότι οι ασθενείς πράγματι διαμορφώνουν προσδοκίες, όμως η εκπλήρωσή τους, ή μη, δεν σχετίζεται με την ικανοποίησή τους από την φροντίδα. Αντίθετα, ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης της ικανοποίησης του ασθενή από κάποια διάσταση της φροντίδας, είναι αν την εκλαμβάνει ο ασθενής ως μια διάσταση αυτού που ο ίδιος ονομάζει «ποιοτική» φροντίδα. Η έρευνα των Owens και Batchelor, έδειξε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, οι εκφράσεις ικανοποίησης των ασθενών, δεν εξηγούνται από τις προσδοκίες τους. Έτσι μπορεί να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό. Αυτά τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης εξηγούνται εν μέρει από την σχέση εξάρτησης και φιλίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, απόρροια των οποίων είναι μια απροθυμία να τους κριτικάρουν. Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς της οξείας νοσηλείας, δεν αισθάνονται σε θέση (αρμόδιοι) να εκφράσουν την άποψή τους για πτυχές της φροντίδας, καθώς

γνωρίζουν λίγα γι'αυτήν. Το τυπικό τους σχόλιο είναι: «είναι καλή η παρεχόμενη φροντίδα, αλλά δεν μπορώ να πω πολλά και αυτό διότι δεν ξέρω πολλά».

Αργότερα, κάποιες έρευνες αναζήτησαν την σχέση της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα, με τις προσδοκίες του ασθενή και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με «χαμηλές» προσδοκίες τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι. Οι Stimson και Webb λένε ότι είναι δύσκολο να αποδώσει κανείς το βαθύτερο νόημα του όρου «προσδοκίες» και ως εκ τούτου, ακόμη πιο δύσκολο να τις συσχετίσει με τον όρο «ικανοποίηση». Οι προσδοκίες αναφέρονται στα «πρότυπα» ή τις «φιλοδοξίες» των ασθενών, ωστόσο, λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για να διαπιστωθεί αν όντως οι ασθενείς λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο. Ο Fitzpatrick R. παρουσιάζει τρία επιχειρήματα για να υποστηρίξει την άποψή του: (1) το πρώτο είναι ότι ένας νεοεισερχόμενος ασθενής είναι μάλλον απίθανο να έχει οποιαδήποτε προσδοκία, (2) το δεύτερο, ότι οι ασθενείς μπορεί να μην πιστεύουν στη αυτοαξία των προσδοκιών τους, υπό το φως μιας θεραπείας που χρησιμοποιεί υψηλή τεχνολογία, ή είναι μόνο για «μυημένους» και (3) το τρίτο, εάν είναι αληθινός ο ρόλος που δίνει στο ασθενή ο Parson, τότε ο ασθενής ενδέχεται να θεωρήσει την ιδέα της αξιολόγησης, αβάσιμη.

Οι Stimson G. και Webb B., ορίζουν τρεις κατηγορίες προσδοκιών: τις προσδοκίες «παρελθόντος» (background), «διάδρασης» (interaction) και «δράσης» (action). Αναλυτικότερα:

- οι προσδοκίες «παρελθόντος» είναι το αποτέλεσμα σωρευμένης γνώσης και εμπειρίας από μια υπηρεσία. Αυτού του τύπου οι προσδοκίες ποικίλουν ανάλογα με τη νόσο και κάποια γεγονότα ή περιστάσεις.
- οι προσδοκίες «διάδρασης» αναφέρονται στην αλληλεπίδραση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας (η τεχνική λήψης του ιστορικού υγείας, η ενημέρωση από τον γιατρό κ.α.). Αυτές είναι και οι σημαντικότερες από τις τρεις κατηγορίες προσδοκιών.
- οι προσδοκίες «δράσης» αφορούν όλες τις δραστηριότητες των επαγγελματιών φροντίδας υγείας (συμβουλευτική, συνταγογράφηση, πλάνα φροντίδας κ.α.).

Οι Fitton και Acheson διαχωρίζουν τις προσδοκίες «δράσης» σε «ιδανικές» και «πραγματικές». Ιδανικές είναι οι προσδοκίες που αφορούν τις δραστηριότητες που θα ήθελαν οι ασθενείς να αναλάβει το προσωπικό φροντίδας υγείας που τους φροντίζει και πραγματικές, είναι οι υπηρεσίες που πιστεύει ο ασθενής ότι θα λάβει. Η Linder-Pelz S. ασχολήθηκε διεξοδικότερα με το θέμα και ισχυρίστηκε ότι η ικανοποίηση θα μπορούσε να υπολογίζεται με μαθηματικό τρόπο, χρησιμοποιώντας δείκτες μέτρησης του βαθμού των «πιστεύω» των ασθενών σαν αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας και της αξιολόγησης της φροντίδας. Όλες αυτές οι θεωρίες, σχετίζουν την ικανοποίηση με την εκπλήρωση των θετικών προσδοκιών. Ο Miller J.A., διαχωρίζει τις προσδοκίες σε: ιδεώδεις, αναμενόμενες και οριακά ανεκτικές. Οι Swan J.E. και συν. μιλούν για 2 τύπους προσδοκιών: τις επιθυμητές και τις προβλεπτικές. Υποστήριξαν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την απόδοση της φροντίδας επηρεάζουν τον βαθμό στον οποίο οι συνολικές προσδοκίες τους εκπληρώνονται από αυτήν και άρα η εκπλήρωσή τους επηρεάζει την συνολική ικανοποίησή τους αλλά και την πρόθεσή τους να ξαναχρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Ο Miller ορίζει τις «προσδοκίες περί του ιδεώδους» (ideal expectations) ως το επιθυμητό επίπεδο απόδοσης της παρεχόμενης υπηρεσίας. Οι Swan & Tawick ορίζουν τις «επιθυμητές προσδοκίες» (desired expectations) ως το επιθυμητό –από τον χρήστη– επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας. Για τον Prakash, οι «κανονιστικές προσδοκίες» είναι αυτές που θα πρέπει να εκπληρώνει μια υπηρεσία για να ικανοποιεί απολύτως τον χρήστη. Η έρευνα των Owens και Batchelor έδειξε ότι οι περισσότεροι ασθενείς, εκδήλωσαν έκπληξη όταν ρωτήθηκαν αν συμμετέχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας τους, καθώς υποστήριξαν ότι δεν είναι δικός τους αυτός ο ρόλος και μάλιστα το αντιμετωπίζουν με αρνητικό μάτι. Οι Williams et al. καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ολοκληρωτική αποδοχή του πατερναλισμού του επαγγελματία φροντίδας υγείας, συνεπάγεται της παραίτησης του δικαιώματος αξιολόγησης της φροντίδας από τον ασθενή και της συμμετοχής του στην φροντίδα. Απέδειξαν την σπουδαιότητα της αναζήτησης του ρόλου του ασθενή ως καταναλωτή, καθώς υπάρχουν αναπόδεικτες παραδοχές σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενή και ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών και τα «πιστεύω» δεν ενσωματώνονται απαραίτητα σε εκφράσεις ικανοποίησης. Οι Nash et al. σημειώνουν ότι η μαρτυρία υποστηρίζει την θεωρία πως ένας σημαντικός

προβλεπτικός δείκτης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών είναι η εκπλήρωση των προσδοκιών τους και η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία επικεντρώνεται στην ύπαρξη πολυδιάστατων προσδοκιών. Οι Williams et al. ορίζουν τις προσδοκίες σε όρους αναγκών, αιτημάτων ή επιθυμιών, σε αντίθεση με τον Buetow που διαχωρίζει τις προσδοκίες από τις επιθυμίες και τους αποδίδει έναν χαρακτήρα εν δυνάμει προβλεπτικό. Οι Like & Zyzanski, διαχωρίζουν τις προσδοκίες των ασθενών από τα αιτήματά τους από την φροντίδα και τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας. Όλες αυτές οι απόψεις καθιστούν προβληματική την ανάπτυξη ενός ερμηνευτικού υποδείγματος των προσδοκιών και δεν μας παρέχουν ένα κριτήριο για να αξιολογήσουμε την εγκυρότητα του περιεχομένου των κλιμάκων που εκτιμούν τις προσδοκίες των ασθενών από την φροντίδα. Σε κάποιες μελέτες, μια κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, προσαρμόστηκε ώστε να χρησιμοποιηθεί ως κλίμακα εκτίμησης των προσδοκιών των ασθενών, χωρίς όμως να σχολιάζεται αυτή η κίνηση.³⁷⁻³⁸

Ακόμη και όταν επιβεβαιώνεται η ύπαρξη των προσδοκιών, όσοι χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους, διαπίστωσαν ότι οι περισσότερες προσδοκίες είναι ασταθείς, καθώς μεταβάλλονται μέσα στον χρόνο και μεταξύ των ασθενών. Επειδή οι προσδοκίες είναι ασταθείς και εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού, οι Thompson & Sunol υπερτονίζουν την ανάγκη διερεύνησης του όρου «προσδοκίες» στον υπό μελέτη πληθυσμό πριν την ανάπτυξη μιας κλίμακας προσδοκιών, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την εγκυρότητα του περιεχομένου της.

Οι Sanchez-Menegay et al. διαπίστωσαν ότι παρόλο που κάποιες προσδοκίες των ασθενών εκπληρώθηκαν, αυτό δεν επηρέασε την ικανοποίησή τους από την φροντίδα. Το ίδιο υποστηρίχθηκε και από άλλους. Κάποιες άλλες έρευνες υποστήριξαν ότι οι προσδοκίες συνιστούν ισχυρό προβλεπτικό δείκτη της ικανοποίησης των ασθενών. Ειδικότερα, οι Williams et al. διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των εκπληρωθέντων προσδοκιών, σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση.

Οι απαντήσεις των ασθενών, μπορεί να επηρεάζεται από την έλλειψη γνώσης για άλλες εναλλακτικές δομές και μορφές θεραπείας. Ο McIver, αναφέρει: «ζητώντας από τους ασθενείς να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας (ικανοποίηση), δεχόμαστε ότι έχουν αρκετή γνώση των υπηρεσιών, ώστε να είναι σε θέση να τις συγκρίνουν με ένα προσδοκώμενο πρότυπο, κάτι που στην πραγματικότητα δεν αληθεύει».

4.3 Εργαλεία αξιολόγησης της ικανοποίησης.

Η επιστημονική θεώρηση της αποδοτικότητας αντλείται από την κατά Pareto αριστοποίηση, δηλαδή από το πόσο ένας οργανισμός ή ένα σύστημα υγείας επιτυγχάνει τα επιθυμητά αποτελέσματα με δεδομένους πόρους (Chacholiades, 1990). Η εκτίμηση της αποδοτικότητας αποτελεί το βασικό μέσο ελέγχου για την ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (Farrell, 1957). Ο βαθμός χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων θα πρέπει αφενός, να ικανοποιεί τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και αφετέρου, να εξασφαλίζει την αποδοτικότητα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Farrell, 1957; Brown and Popkin, 1962; Lovell, 1993; Grosskopf, 1993; Hollingsworth, 2003 και 2008). Η αποδοτικότητα ερμηνεύεται στο πλαίσιο του τρόπου με τον οποίο το ανθρώπινο δυναμικό χρησιμοποιεί τη διαθέσιμη τεχνολογία για την παραγωγή μιας μονάδας προϊόντος σε σχέση με την υφιστάμενη δυναμικότητα των κλινών (Ganley and Cubbin, 1992; Palmer and Torgerson, 1999). Η μέτρηση της αποδοτικότητας είναι συνυφασμένη με τη μέτρηση της παραγωγικότητας. Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, η μελέτη της παραγωγικότητας επικεντρώνεται στην παραγωγή υγειονομικού προϊόντος από τη χρήση των πόρων του συστήματος (Υφαντόπουλος, 2003) ενώ η αποδοτικότητα εμπεριέχει την αξιολόγηση του συνόλου της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας της οποίας η συμβολή είναι σημαντική για τη βελτίωση βασικών οικονομικών, διοικητικών και κλινικών παραμέτρων (Hollingsworth, 2008). Αναμφίβολα, η χρήση και των δύο εννοιών ενδείκνυται ως εργαλείο αξιολόγησης και στον υγειονομικό τομέα, δεδομένου ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας εμπεριέχει κοινωνικές προεκτάσεις και χαρακτηριστικά δημόσιου ή ημιδημόσιου αγαθού (Greenwald and Stiglitz, 1992)

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι τόσο δείκτης όσο και συστατικό της ποιότητας της φροντίδας που δέχονται. Η ποιότητα των υπηρεσιών όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός της απόκλισης μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών σε σχέση με τη φροντίδα που λαμβάνουν. Το κλειδί για την διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) είναι η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών και αυτή η ικανοποίηση αποτελεί ένα σημαντικό στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η ικανοποίηση είναι μία σχετική έννοια που αποτελεί αντανάκλαση των αξιολογήσεων των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας με βάση υποκειμενικά πρότυπα και επομένως είναι λογικό η ποιότητα των υπηρεσιών να αξιολογείται βάσει των ασθενών, οι οποίοι είναι οι τελικοί χρήστες-καταναλωτές αυτών των υπηρεσιών. Οι έρευνες για την ικανοποίηση του ασθενούς μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία μάθησης, πιστοποίησης οργανισμών και οδηγό για τη λήψη διαχειριστικών.³⁹

Οι έρευνες για την ικανοποίηση του ασθενούς μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία μάθησης, πιστοποίησης οργανισμών και οδηγό για τη λήψη διαχειριστικών αποφάσεων. Τρεις είναι οι λόγοι για τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζουν την ικανοποίηση του ασθενούς ως μια σοβαρή μέτρηση (Fitzpatrick, 1991)

- Η ικανοποίηση προβλέπει το αν οι ασθενείς θα ακολουθήσουν τις προτεινόμενες θεραπείες και αν θα αλλάξουν το φορέα παροχής φροντίδας.
- Η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με την επικοινωνία με τον ασθενή (όπως η εμπλοκή του ασθενούς στις αποφάσεις για τη φροντίδα του).
- Η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών μεθόδων οργάνωσης ή παροχής της υγειονομικής φροντίδας.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 περίπου, γίνεται αξιόλογη προσπάθεια μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος υγείας, αναζητώντας την ποιοτική βελτίωση και το συντονισμό των νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Ωστόσο, είναι

περιορισμένες οι εκθέσεις που αφορούν την ικανοποίηση των νοσηλευθέντων ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία, κυρίως αφορώντας συγκεκριμένους τύπους ασθενών όπως αυτοί που υποφέρουν από άσθμα ή παιδιά με χρόνιες νευρολογικές ασθένειες ή τους εξωτερικούς ασθενείς.

Επομένως, δείχνει να είναι αναγκαία η διεξαγωγή μιας γενικότερης μελέτης με απώτερο στόχο τη διερεύνηση των αναγκών του κύριου όγκου των ασθενών (Παθολογικοί, Χειρουργικοί) και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Ένας τρόπος για να γίνει αυτό είναι η διεξαγωγή ερευνών σε ασθενείς που πρόσφατα χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας. Η αναγκαιότητα ενός ευρείας χρήσεως, διεθνώς αποδεκτού, σταθμισμένου ερωτηματολογίου που θα ανιχνεύει τις ανάγκες των ασθενών και θα χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, έχει υποστηριχθεί και στην Ελλάδα.³⁹

4.4 Τι γνωρίζουμε έως τώρα (από μελέτες στην Ελλάδα).

Τα τελευταία χρόνια, η ερευνητική δραστηριότητα στον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας είναι διαδεδομένη, κυρίως στις Η.Π.Α, το Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά, την Αυστραλία και την Ιαπωνία, χώρες με παράδοση γενικότερη στην αξιολόγηση της ποιότητας. Στη χώρα μας αναφέρονται κατά καιρούς μεμονωμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, «Υγεία», «Αττικόν», «Κυπαρισσία», «Καρπενήσι» κ.τ.λ.), με έμφαση στην δημιουργία και αξιολόγηση κανόνων ή διαδικασιών τυποποίησης των υπηρεσιών υγείας και στόχο κυρίως την πιστοποίηση και όχι την διαπίστευση. Μεγαλύτερο είναι το ερευνητικό πεδίο σε ελληνικά νοσοκομεία σχετικά με τις μελέτες ικανοποίησης («Ευαγγελισμός», προαναφερθέντα νοσοκομεία, αλλά ιδιωτικά ή δημόσια), ξεκινώντας και από σχετική δημοσιευμένη έρευνα το 1990.

Οι μελέτες ικανοποίησης «πελατών-ασθενών», γενικότερα δεν είναι απλές, αλλά μπορεί να γίνουν χρήσιμες, όταν συνυπολογίζουν επαρκή και κατάλληλη γνώση. Τα

ερωτηματολόγια αποτελούν τα καλύτερα εργαλεία για την μέτρηση της «φωνής» του καταναλωτή και για την αξιολόγηση του μεγέθους της περιόδου ενός οργανισμού.

Μια μελέτη των Ν. Πολύζος, Δ. Μπαρτσώκας, Γ. Πιερράκος, Ι. Ασημακοπούλου, Ι. Υφαντόπουλος που εγκρίθηκε τον Οκτώβρη του 2004 στην Αττική, με σκοπό την παρακολούθηση και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των αρχών της ποιότητας και τον προσδιορισμό των δεικτών, που δίνουν τη δυνατότητα μίας άμεσης εικόνας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς στους ασθενείς. Οι έρευνες διεξήχθησαν με την μέθοδο τις στρωματοποιημένης δειγματοληψίας και τη χρήση ερωτηματολογίου σε δύο νοσοκομεία: ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο και ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή και ειδικότερα στο νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπου το σύστημα ποιότητας χρησιμοποιείται για περισσότερο χρονικό διάστημα. Φαίνεται ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χρήση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Όσο το σύστημα διαχείρισης ποιότητας χρησιμοποιείται και από τους εργαζόμενους, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση των ασθενών.⁴¹

Μια έρευνα που έγινε από την Μωυσιάδου Αικατερίνη με σκοπό την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών τρίτης ηλικίας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ενός δημόσιου περιφερειακού νοσοκομείου του νομού Πέλλας (Έδεσσα) και η διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που μπορεί να συσχετίζονται με την «εκλαμβάνουσα» ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας. Για την ικανοποίηση των ασθενών αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο, 18 ερωτήσεων, με ποσοτική έρευνα. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η τυχαία δειγματοληψία πολλαπλών σταδίων. Από την έρευνα βρέθηκε ότι: στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς ήταν μέτρια ευχαριστημένοι από το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η ικανοποίηση ήταν συγκριτικά υψηλή στον τομέα της ευγένειας-εξυπηρέτησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ενώ όσον αφορά την επικοινωνία οι χρήστες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι. Μέτρια επίσης ικανοποίηση βρέθηκε όσον αφορά την υποδομή και τον τρόπο οργάνωσης του νοσοκομείου.

Άλλη μια μελέτη με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, έγινε από τον Ραφτόπουλο Βασίλειο. Αναπτύχθηκε μια κλίμακα, για την ικανοποίηση των ασθενών, 26 ερωτήσεων, χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό μεθοδολογίας ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. 380 ασθενείς από 8 νοσοκομεία της Ελλάδος συμμετείχαν στην μελέτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από τη συνολική παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη, το φαγητό, τη συνολική ιατρική φροντίδα και τη συνολική νοσηλευτική φροντίδα. Αντίστοιχα, μεγάλο ποσοστό υποστήριξε ότι η συνολική παρεχόμενη φροντίδα, η συνολική ιατρική και η συνολική νοσηλευτική φροντίδα ήταν ποιοτικές. Επίσης βρέθηκε ότι οι προσδιοριστικοί παράγοντες της εκληφθείσας ποιότητας της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης είναι: (1) η ηλικία, (2) τα χρόνια εκπαίδευσης, (3) η βελτίωση των συμπτωμάτων, (4) η οικογενειακή κατάσταση, (5) η συχνότητα των επισκέψεων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, (6) η συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου των ασθενών από το γιατρό και (7) η περιοχή που καλύπτει και ανήκει το νοσοκομείο.

Οι Μ. Καμπάντα και Δ. Νιάκας ερεύνησαν την ικανοποίηση των χρηστών Κοινωνικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας που βρίσκεται στη Βόρεια Ελλάδα, καθώς και τη διερεύνηση των κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των χρηστών κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα στους τομείς της υποδομής και των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών ενώ στο κλινικό έργο κυμάνθηκε σε υψηλότερα επίπεδα. Αναφορικά με το επίπεδο υγείας του ασθενούς, αυτό βελτιώθηκε αρκετά μετά τις επισκέψεις στο κέντρο. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το βαθμό ικανοποίησης παρατηρήθηκαν μόνο σε δύο μεταβλητές: 1. ο τόπος διαμονής (οι διαμένοντες στην ύπαιθρο είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης) και 2. το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών (τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης). Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση από το κλινικό έργο παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Οι ερευνητές κ. Βίκυ Παπανικολάου και Ιωακείμ Σιγάλας μελέτησαν τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Σκοπός της έρευνάς τους 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, για εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν οι ασθενείς που πήραν εξιτήριο από το Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ με διάρκεια ενός μηνός. Διαπιστώθηκε ότι 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.

Οι Ι. Σκαλκίδης, Φ. Παπαδόπουλος, Η. Σκαλκίδης, τον Μάιο του 2009, διεξήγαγαν μια έρευνα που στόχευε στην αξιολόγηση του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης σε έναν οργανισμό υγείας. Χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο και η έρευνα αφορούσε ασθενείς κεντρικού νοσοκομείου της Αττικής. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρασχεθείσες υπηρεσίες συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με τη μεγαλύτερη ηλικία, τη χαμηλότερου επιπέδου μόρφωση, το μικρότερο οικογενειακό εισόδημα, αλλά και το «ευγενέστερο» ασφαλιστικό ταμείο. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται ότι έχουν σημαντική επίδραση στην παρεχόμενη περίθαλψη και στην ικανοποίηση των ασθενών.⁴⁰

Μία μελέτη που πραγματοποίησε η Μ. Καλογεροπούλου, τον Ιανουάριο του 2011 με σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας 6 γενικών δημόσιων νοσοκομείων της Αθήνας. Για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας επιλέχθηκε δείγμα 300 ατόμων με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν, με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, κατά την περίοδο Απριλίου-Μαΐου 2008. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου είναι οι συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση

βασικών δικαιωμάτων, όπως ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης, καθώς και σεβασμό της προσωπικότητάς τους, ενώ αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας.

4.5 Διατύπωση και τεκμηρίωση της σημαντικότητας του θέματος.

Η έννοια της «ικανοποίησης ασθενών» από τις Ιατρο-Νοσηλευτικές Υπηρεσίες δεν είναι σχετικά καινούργια. Σύμφωνα με τους Bond και Thoma, προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες». Ακολουθώντας, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό δείκτη παροχής ποιότητας φροντίδας ασθενών εφόσον όμως «συνδέεται με τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τα προϊόντα, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του ασθενή». Ακόμη, η μέτρηση της ικανοποίησης είναι ένα σχετικό μέσο για τη διαχείριση, τον σχεδιασμό και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αλληλεπίδραση μεταξύ παρόχου και χρήστη υπηρεσιών και πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποδεικνύει ως κυρία πτυχή παροχής ποιότητας την ικανοποίηση των ασθενών, η οποία αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για την Διοίκηση στην φροντίδα υγείας, αφού επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ ασθενών και προσωπικού και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το αποτέλεσμα από την ιατρική επίσκεψη και την παρεχόμενη θεραπεία. Επιπρόσθετα, η εκτίμηση των αναγκών που έχουν οι ασθενείς, δεν θα έπρεπε να αποτελεί απλά ένα μέτρο εκτίμησης της ποιότητας, αλλά μοναδικό σκοπό στην υγειονομική περίθαλψη και ειδικότερα όταν οι ανάγκες εκτιμώνται όπως τις αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς.

Οι βασικοί παράμετροι για την αξιολόγηση και διατήρηση της ποιότητας είναι η ύπαρξη συστημάτων, όπως το **Clinical Audit** και **Clinical Governance**. Ως Clinical Audit ορίζεται ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, αξιολογούνται ως προς συγκεκριμένα κριτήρια (criteria) και τα αποδεκτά επίπεδα φροντίδας ως (standards). Ως Clinical Governance ορίζεται ένα σύστημα μέσω του οποίου οργανισμοί είναι υπόλογοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων περίθαλψης. Ο μηχανισμός και η φιλοσοφία του ελέγχου ποιότητας στη κλινική πράξη αναπτύχθηκε μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα αλλαγών και αναζητήσεων σε ένα αναβαθμισμένο και αξιόπιστο Εθνικό Σύστημα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία.

Η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών και το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας υπηρεσιών παροχής φροντίδας. Επομένως, μια επιτυχή στρατηγική βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ο προσδιορισμός και η εξέταση των προσδοκιών των ασθενών, παρέχοντάς τους προτεραιότητα παράλληλα με την αξιολόγηση των κλινικών και των διοικητικών διαδικασιών που εκτελούνται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Πολύ περισσότερο δε, όταν η στρατηγική βελτίωσης περιλαμβάνει ξεχωριστές Μονάδες Υγείας που ανήκουν όμως στην ίδια Διεύθυνση Υγείας. Άρα, η αξιολόγηση του συνόλου των Τριτοβάθμιων Μονάδων Υγείας που διαθέτει μια Διεύθυνση, μπορεί να προσδώσει μια πληρέστερη εικόνα για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς όφελος της Διοίκησης.

Ερευνητικό Μέρος



1. Μεθοδολογία

1.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση-αποτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, αναφορικά με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στα νοσοκομεία της Κρήτης. Επιμέρους στόχοι είναι αφενός η ανάδειξη ενδεχόμενων διαφορών στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ των νοσοκομείων και αφετέρου σε σχέση με δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη, όπως η ηλικία και το φύλο.

1.2 Είδος μελέτης

Στην παρούσα εργασία η μελέτη που πραγματοποιήθηκε, χαρακτηρίζεται από το είδος των εμπειρικών δεδομένων που συλλέγει και από την μέθοδο συλλογής τους, οπότε χαρακτηρίζεται ως ποσοτική. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Χρησιμοποιείται συνήθως αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. Η συλλογή δεδομένων γίνεται με δομημένα πρωτόκολλα, όπως ερωτηματολόγια, κλίμακες και δοκίμια επιτευγμάτων.

Οι ποσοτικές μέθοδοι συνήθως εφαρμόζονται όταν κύριος στόχος της έρευνας είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων για το φαινόμενο που εξετάζεται. Στις ποσοτικές έρευνες οι θεωρητικές υποθέσεις : διατυπώνονται πριν από την έναρξη της έρευνας. Παραμένουν σταθερές κατά τη διάρκεια της έρευνας. προσδιορίζουν το είδος των στοιχείων που απαιτούνται για τον έλεγχο τους.

Τα στάδια της ποσοτικής έρευνας είναι τα εξής:

- Βιβλιογραφική ανασκόπηση

- Δημιουργία & διατύπωση μιας υπόθεσης ή θεωρίας που πρόκειται να ελεγχθεί/τα ερευνητικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν
- Σχεδιασμός έρευνας για τον έλεγχο της υπόθεσης ή θεωρίας (π.χ. ένα πείραμα, μια έρευνα ερωτηματολογίου)
- Διεξαγωγή της έρευνας
- Ανάλυση των αποτελεσμάτων
- Εξέταση εναλλακτικών εξηγήσεων για τα ευρήματα
- Αναφορά κατά πόσον η υπόθεση ή θεωρία υποστηρίζεται ή δεν υποστηρίζεται ή/και μπορεί να απαντήσει στα ερωτήματα της έρευνας
- Εξέταση της δυνατότητας γενίκευσης των ευρημάτων (Cohen, Manion & Morrison, 2011)

1.3 Χώρος και χρόνος μελέτης

Η έρευνα για την πραγματοποίηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διεξήχθη μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων κατά το χρονικό διάστημα από 1η Μαρτίου 2016 έως και 22ης Ιουλίου 2016 βάσει στοιχείων, που δόθηκαν από τη Διοίκηση 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ Κρήτης) και τα οποία πρόεκυψαν από τα υπαγόμενα σε αυτή, νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία αυτά είναι: το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου “Βενιζέλειο-Πανάνειο”, το Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Άγιος Γεώργιος”, το Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, το Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας, το Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Σητείας και το Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Νεαπόλεως.

1.4 Πλήθος (περιγραφή δείγματος)

Το δείγμα αποτελείται από 1003 ασθενείς.

1.5 Προσέγγιση πληθυσμού – δείγματος

Η προσέγγιση των ασθενών - δείγμα θα πραγματοποιηθεί 4-5 ημέρες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και αφού θα έχουν λάβει τις παρεχόμενες υπηρεσίες από αυτό. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα γίνει με την μέθοδο της τηλεφωνικής συνέντευξης (γραφεία της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης). Θα χρησιμοποιηθεί αυτό-δημιούργητο ερωτηματολόγιο (ονομαστικά ανώνυμο) το οποίο αποτελείται από τα δημογραφικά στοιχεία και 3 θεματικές ενότητες (Ιατρική Φροντίδα, Νοσηλευτική Φροντίδα και Υποδομές - θάλαμος).

2. Ανάλυση μελέτης και Στατιστική ανάλυση

Για την αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, έγινε χρήση αυτοδημιούργητου ερωτηματολογίου, αποτελούμενο αρχικά από ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως φύλο, ηλικία, πόλη/περιοχή διαμονής, νομό και ασφαλιστικό φορέα. Καταγράφεται επίσης η κλινική και το νοσοκομείο εισαγωγής. Ακολουθούν τρεις θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου, αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη Ιατρική Φροντίδα, τη Νοσηλευτική Φροντίδα και την ενότητα των Γενικών Ερωτημάτων που αφορούν υποδομές, θαλάμους, χρηματισμό κλπ. Στο τέλος υπάρχουν και έξι ερωτήσεις σχετικές με τη στάση του ασθενούς. Πέραν των τελευταίων ερωτήσεων (για τη στάση του ασθενούς, με απαντήσεις ναι-όχι), οι υπόλοιπες ερωτήσεις των τριών θεματικών ενότητων, είναι μορφής Likert (Likert items), συνεπώς οι απαντήσεις κωδικοποιούνται με 1-5. Για τις ενότητες των ιατρών και των νοσηλευτών, το 1 σημαίνει διαφωνώ πολύ και το 5 συμφωνώ πολύ. Στην ενότητα των γενικών ερωτημάτων, το 1 σημαίνει καθόλου και το 5 πολύ. Υπάρχουν 10 ερωτήσεις που αφορούν τους Ιατρούς, 9 τους Νοσηλευτές και 11 για τα Γενικά Ερωτήματα.

Σε αυτές τις τρεις θεματικές ενότητες, σε πρώτο στάδιο προέκυψαν συνολικά scores έπειτα από άθροιση των εκάστοτε βαθμολογιών για κάθε συμμετέχοντα στη μελέτη (summated scales), οι οποίες και μετασχηματίστηκαν στη συνέχεια σε κλίμακες 0-100, κυρίως για λόγους σύγκρισης των τριών ενότητων μεταξύ τους. Να σημειωθεί ότι οι απαντήσεις (από το 1 έως το 5) των ασθενών στις αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις υπέστησαν αντιστροφή της αρχικής κωδικοποίησης, ούτως ώστε για όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου, δηλωθείσες μεγαλύτερες βαθμολογίες και κατ' επέκταση μεγαλύτερες μετασχηματισμένες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης (και αντίστροφα). Επίσης, τα συνολικά scores των ενότητων, υπολογίσθηκαν για όσους είχαν απαντήσει σε τουλάχιστον τις μισές ερωτήσεις κάθε ενότητας. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις θεωρήθηκαν ελλείπουσες (missing values). Όσον αφορά στο μετασχηματισμό των αθροιστικών scores για τους συμμετέχοντες στη μελέτη, σε κλίμακα 0-100, αυτό έγινε βάσει του τύπου:

$$\left(\frac{\text{actual score} - \text{lowest possible score}}{\text{possible range}} \right) \times 100.$$

Να σημειωθεί ότι, λόγω των ιδιαίτερα αρνητικά λοξών κατανομών των scores των τριών ενοτήτων του ερωτηματολογίου που προέκυψαν, οι αντίστοιχες μεταβλητές διχοτομήθηκαν στο τελικό στάδιο της ανάλυσης, ούτως ώστε να διεξαχθούν οι κατάλληλες διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις (κάτι που έγινε στο δεύτερο στάδιο της ανάλυσης). Συγκεκριμένα και για κάθε ενότητα του ερωτηματολογίου, όσοι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν score 75/100 και πάνω, κωδικοποιήθηκαν με 1, ενώ οι υπόλοιποι με 0 (κατά αντιστοιχία με την αρχική κωδικοποίηση των ερωτήσεων (1-5), όσοι είχαν επιλέξει 4 και πάνω σε όλες τις ερωτήσεις, κωδικοποιήθηκαν με 1, ενώ οι υπόλοιποι με 0). Προέκυψαν κατά αυτόν τον τρόπο δύο κατηγορίες: Υψηλός βαθμός ικανοποίησης (κωδ. 1) και χαμηλός βαθμός ικανοποίησης (κωδ. 0).

Αναφορικά με τη στατιστική ανάλυση που ακολουθεί, οι ποσοτικές μεταβλητές αναφέρονται με βάση τη μέση τους τιμή \pm τυπική απόκλιση (mean \pm sd), ενώ για τις ποιοτικές έχουμε τις αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Στην περίπτωση που δεν ικανοποιήθηκε η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, βάσει των κατάλληλων στατιστικών ή/και γραφικών ελέγχων, τότε γίνεται χρήση της διαμέσου και του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (median, IQR) ως αντιπροσωπευτικά περιγραφικά μέτρα, τα οποία για λόγους πληρότητας αναφέρονται πάντα.

Έγινε χρήση των στατιστικών ελέγχων Shapiro-Wilk και Shapiro-Francia (Stata MP ver. 13) για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών της μελέτης. Η ύπαρξη κανονικότητας επιβεβαιώθηκε ή απορρίφθηκε και από την οπτική επισκόπηση των αντίστοιχων ιστογραμμάτων, normal Q-Q plots και box-plots των μεταβλητών.

Πραγματοποιήθηκαν επίσης οι κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι (t-test, chi-square, Kendall's Tau-b) για τη διερεύνηση τυχόν σχέσεων ή συσχετίσεων μεταξύ ορισμένων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των scores των ερωτηματολογίων, ορίζοντας το επίπεδο σημαντικότητας στο 0.05. Έλεγχοι ισότητας των διασπορών πραγματοποιήθηκαν μέσω του Levene's test, όπου αυτό χρειάστηκε. Σε όσες περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαίο,

έγινε χρήση exact tests ή Monte Carlo simulations (10000 samples). Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε κυρίως το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0.

3. Ηθική και Δεοντολογία

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

4. Αποτελέσματα

Ξεκινάμε με τον πίνακα 1 που αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπου αναφέρεται η συχνότητα (*n*) και τα αντίστοιχα ποσοστά για κάθε ποιοτική μεταβλητή και κατηγορία αυτής, ενώ για τις ποσοτικές αναφέρονται η μέση τιμή (*mean*), η τυπική απόκλιση (*sd*), η διάμεσος (*median*) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (*IQR*). Το δείγμα αποτελείται από 1003 άτομα, μέσης ηλικίας 52.19 έτη (*sd* 17.90), εκ των οποίων το 55.9% είναι γυναίκες.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των 1003 ατόμων της έρευνας

	Mean (sd)	Median (IQR)
Ηλικία (έτη)	52.19 (17.90)	53.00 (31.00)
	n	%
Φύλο		
Ανδρας	442	44.1
Γυναίκα	561	55.9
Περιοχή		
Αστική	763	85.6
Αγροτική	128	14.4
Νομός		
Ηρακλείου	336	38.1
Λασιθίου	209	23.7
Ρεθύμνης	139	15.8
Χανίων	189	21.5
Άλλο	8	0.9

Ασφαλιστικός φορέας		
<i>Ανασφάλιστοι/Ευάλωτες κοιν. ομάδες</i>	66	6.6
<i>Δημόσιο</i>	111	11.1
<i>ΙΚΑ</i>	489	48.9
<i>ΟΓΑ</i>	205	20.5
<i>ΟΑΕΕ</i>	64	6.4
<i>ΕΤΑΑ</i>	24	2.4
<i>Άλλο</i>	42	4.2

Πίνακας 2. Δημογραφικά (συνέχεια). Περιγραφικά στοιχεία αναφορικά με το νοσοκομείο και την κλινική όπου εισήχθησαν οι ερωτώμενοι

	v	%
Νοσοκομείο		
<i>ΠΑΓΝΗ</i>	253	25.2
<i>ΧΑΝΙΩΝ</i>	185	18.4
<i>ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ</i>	232	23.1
<i>ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ</i>	106	10.6
<i>ΡΕΘΥΜΝΟΥ</i>	134	13.4
<i>ΣΗΤΕΙΑΣ</i>	34	3.4
<i>ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ</i>	44	4.4
<i>ΝΕΑΠΟΛΗΣ</i>	15	1.5
Κλινική		
<i>Παθολογική</i>	305	30.4
<i>Χειρουργική</i>	695	69.3
<i>Εργαστηριακή</i>	3	0.3

Η κατηγοριοποίηση των κλινικών αφορά ουσιαστικά τομείς:

Στον εργαστηριακό τομέα, ανήκει μόνο η Πυρηνική Ιατρική.

Στον παθολογικό τομέα ανήκουν: Αιματολογική, Παθολογική, Α και Β Παθολογική, Δερματολογική, Καρδιολογική, Νευρολογική, Νεφρολογική, Ογκολογική, Πνευμονολογική, Ρευματολογική, Ενδοκρινολογική, Ανοσολογική, Ψυχιατρική, Γαστρεντερολογική, Βραχεία Νοσηλεία και Χημειοθεραπεία.

Στον χειρουργικό τομέα ανήκουν: Νευροχειρουργική, Α και Β Χειρουργική, Αγγειοχειρουργική, Γναθοχειρουργική, Γυναικολογική, Θωρακοχειρουργική, Καρδιοχειρουργική, Οδοντιατρική, Ορθοπαιδική, Ουρολογική, Οφθαλμολογική, Γενική Χειρουργική, Χογκ, Ωρλ, Σπονδυλικής Στήλης.

Ακολουθούν τα περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με τα ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις κάθε ενότητας του ερωτηματολογίου. Στον πίνακα 3, οι ερωτήσεις 1-4 αφορούν την ανταπόκριση, οι 5-7 τη διαβεβαίωση και οι 8-10 την επικοινωνία. Η κωδικοποίηση των απαντήσεων στον πίνακα 3 είναι 1: διαφωνώ πολύ έως 5: συμφωνώ πολύ, ενώ στον πίνακα 12 είναι 1: καθόλου έως 5: πολύ.

Πίνακας 3. Ενότητα Ιατρικής Φροντίδας

Α/Α	Ερώτηση	%				
		1	2	3	4	5
1	Σας φέρθηκε ο γιατρός σας με σεβασμό και αξιοπρέπεια;	0.5	0.6	3.7	9.7	85.5
2	Έδειχνε ο γιατρός σας πραγματικό ενδιαφέρον για εσάς και την κατάσταση σας;	0.6	0.8	5.0	15.0	78.6
3	Διέθετε ο γιατρός σας αρκετό χρόνο για να σας απαντήσει σε ερωτήσεις σας;	4.5	3.4	8.7	22.4	61.0
4	Σας έκανε ο γιατρός σας κάποια στιγμή να νιώσετε άσχημα;	77.2	3.0	2.9	3.2	13.7

Αντιμετώπισε ο γιατρός σας						
5	αποτελεσματικά το ιατρικό σας πρόβλημα;	1.1	0.7	3.8	17.8	76.6
6	Ρώτησε ο γιατρός σας πιθανές προτιμήσεις σας πριν καταλήξει στον τρόπο θεραπείας σας;	25.8	3.3	11.8	15.1	44.0
7	Σας έδωσε ο γιατρός σας ξεκάθαρες οδηγίες για το σπίτι;	2.4	1.6	4.4	14.3	77.3
8	Σας ενημέρωνε συχνά ο γιατρός σας για την κατάσταση της υγείας σας;	4.1	3.3	8.4	18.5	65.7
9	Σας εξηγούσε ο γιατρός σας πριν από κάποια εξέταση ή θεραπεία τι ακριβώς θα κάνει;	6.2	2.8	7.8	18.6	64.5
10	Σας εξηγούσε ο γιατρός σας τα αποτελέσματα των εξετάσεων ή της θεραπείας που σας έκανε;	4.8	2.7	7.8	16.6	68.1

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για τα τελικά scores των τριών ενοτήτων του ερωτηματολογίου, τα οποία υπολογίσθηκαν (σε αρχικό στάδιο) όπως περιγράφεται στην εισαγωγή της εργασίας (βάσει δηλαδή των μετασχηματισμένων βαθμολογιών αυτών). Αναφέρονται τα εξής: Μέση τιμή (mean), τυπική απόκλιση (sd), διάμεσος (median), ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR) μαζί με τη διαφορά 1^{ου} και 3^{ου} τεταρτημορίου (quartiles), καθώς και το εύρος (range). Αρκετά υψηλές διάμεσες τιμές (άρα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης) έχουμε σε όλες τις ενότητες/διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Να σημειωθεί ότι και τα τρία scores των ενοτήτων του πίνακα 4, ως μεταβλητές, έχουν αριστερά/αρνητικά λοξές (left/negatively skewed) κατανομές.

Πίνακας 4. Περιγραφική ανάλυση των τριών ενότητων του ερωτηματολογίου

Ενότητα ερωτηματολογίου	Mean	SD	Median	IQR (75 ^ο -25 ^ο)	Range
Ιατρική Φροντίδα	83.87	15.80	87.50	17.50 (95.00-77.50)	0.0-100
Νοσηλευτική Φροντίδα	83.72	17.07	88.89	19.44 (97.22-77.78)	0.0-100
Γενικά ερωτήματα	81.04	15.53	81.82	20.45 (93.18-72.73)	18.18-100

Μετασηματισμένες βαθμολογίες (0-100)

Εν συνεχεία, θα ασχοληθούμε με την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας: Αξιολογείται η ομοιογένεια των ερωτήσεων κάθε κλίμακας/ενότητας/διάστασης του ερωτηματολογίου. Υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας σημαίνει υψηλή συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία του ερωτηματολογίου, άρα οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στις ερωτήσεις. Για το σκοπό αυτό, έγινε χρήση του δείκτη Cronbach's alpha. Με την ίδια διαδικασία εξετάστηκε επίσης αν η αφαίρεση κάποιας ερώτησης αύξησε την τιμή του συντελεστή αυτού. Επίσης, η αξιοπιστία της κλίμακας εκτιμάται και για κάθε ερώτηση μέσω των corrected inter-item correlations που θα δούμε στη συνέχεια, όπου κάθε ερώτηση συσχετίζεται με το τελικό score μιας κλίμακας, από το οποίο αυτή έχει πρωτίστως αφαιρεθεί κατά τον υπολογισμό του.

Στον επόμενο πίνακα, παραθέτουμε τα αποτελέσματα σχετικά με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha καθώς και τους συντελεστές συσχέτισης Kendall's tau-b (τ_b) των κλιμάκων μεταξύ τους. Αναφορικά με τις συσχετίσεις των κλιμάκων, τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ($p < 0.001$) μεταξύ κάθε ζεύγους κλιμάκων, μέτριας έντασης. Συνεπώς, για κάθε ζευγάρι κλιμάκων, η αύξηση του score στη μια κλίμακα σημαίνει αύξηση του score στην άλλη. Επίσης,

παρατηρείται πολύ καλή αξιοπιστία των κλιμάκων, με τιμές Cronbach's alpha > 0.70 για αυτές.

Πίνακας 5. Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha και συσχετίσεις των κλιμάκων του ερωτηματολογίου

	<i>Ιατρική Φροντίδα</i>	<i>Νοσηλευτική Φροντίδα</i>	<i>Γενικά ερωτήματα</i>
<i>Ιατρική Φροντίδα</i>	(0.78)		
<i>Νοσηλευτική Φροντίδα</i>	$\tau_b = 0.39 (<0.001)$	(0.81)	
<i>Γενικά ερωτήματα</i>	$\tau_b = 0.30 (<0.001)$	$\tau_b = 0.41 (<0.001)$	(0.74)

Στη διαγώνιο εμφανίζεται ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha (σε παρένθεση).

Οι αναφερόμενοι συντελεστές συσχέτισης εκτός διαγωνίου είναι οι συντελεστές Kendall's tau-b, ενώ σε παρένθεση παρουσιάζονται τα σχετικά p-values.

Συνεχίζουμε παραθέτοντας τα αποτελέσματα των corrected inter-item correlations, καθώς και την τιμή του δείκτη Cronbach's alpha που προκύπτει αφαιρώντας μια ερώτηση τη φορά (Cronbach's Alpha if Item Deleted). Αυτά παρουσιάζονται παρακάτω, στις δύο τελευταίες στήλες του πίνακα 6, για κάθε κλίμακα ξεχωριστά.

Βάσει του πίνακα 6, η αφαίρεση της ερώτησης «Σας έκανε ο γιατρός σας κάποια στιγμή να νιώσετε άσχημα;» οδηγεί σε αύξηση του συντελεστή αξιοπιστίας, σε 0.821. Ομοίως και για την ερώτηση «Ρώτησε ο γιατρός σας πιθανές προτιμήσεις σας πριν καταλήξει στον τρόπο θεραπείας σας;» η οποία τον αυξάνει σε 0.801. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις έχουν και τις χαμηλότερες τιμές Corrected Item-Total Correlation, συνεπώς πρέπει να επανεξεταστεί η παραμονή τους στην κλίμακα. Να σημειωθεί ότι η αφαίρεση και των δύο ερωτήσεων σταδιακά, οδηγεί σε τελική τιμή του συντελεστή αξιοπιστίας για την κλίμακα Ιατρικής Φροντίδας, ίση με 0.852.

Πίνακας 6.: Item-Total Statistics και corrected item-total correlations για την κλίμακα της Ιατρικής Φροντίδας

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Σας φέρθηκε ο γιατρός σας με σεβασμό και αξιοπρέπεια ?	39.20	34.165	.550	.763
Έδειχνε ο γιατρός σας πραγματικό ενδιαφέρον για εσάς και την κατάσταση σας ?	39.29	33.325	.597	.756
Διέθετε ο γιατρός σας αρκετό χρόνο για να σας απαντήσει σε ερωτήσεις σας?	39.68	30.834	.530	.752
Σας έκανε ο γιατρός σας κάποια στιγμή να νιώσετε άσχημα ? (π.χ. μίλησε ειρωνικά, υποτιμητικά, σας προσέβαλε κλπ)	39.73	34.215	.112	.821
Αντιμετώπισε ο γιατρός σας αποτελεσματικά το ιατρικό σας πρόβλημά ?	39.32	33.551	.519	.761
Ρώτησε ο γιατρός σας πιθανές προτιμήσεις σας πριν καταλήξει στον τρόπο θεραπείας σας?	40.49	29.957	.307	.801
Σας έδωσε ο γιατρός σας ξεκάθαρες οδηγίες για το σπίτι ?	39.38	32.317	.532	.756
Σας ενημέρωνε συχνά ο γιατρός σας για την κατάσταση της υγείας σας?	39.61	29.902	.635	.739
Σας εξηγούσε ο γιατρός σας πριν από κάποια εξέταση ή θεραπεία τι ακριβώς θα κάνει ?	39.66	29.232	.641	.736
Σας εξηγούσε ο γιατρός σας τα αποτελέσματα των εξετάσεων ή της θεραπείας που σας έκανε ?	39.58	29.535	.665	.735

Λόγω της μορφής της λοξότητας των τριών κατανομών των scores (left skewed) αλλά και του γεγονότος ότι υψηλά ποσοστά ατόμων παρουσιάζουν μεγάλα επίπεδα ικανοποίησης και στις τρεις ενότητες του ερωτηματολογίου, δεν είναι χρήσιμοι οι κλασικοί μετασχηματισμοί των (θετικά) λοξών κατανομών (log, sqrt, reciprocal, box-cox, κλπ.) ως προσπάθειες προσέγγισης της κανονικότητας και σταθεροποίησης της διασποράς. Συνεπώς, στο εξής έγινε διχοτόμηση αυτών (υψηλός βαθμός ικανοποίησης, χαμηλός βαθμός ικανοποίησης) βάσει όσων αναφέρθηκαν στην εισαγωγή της ανάλυσης. Αναφέρουμε αρχικά τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις τρεις διχοτομημένες πλέον, κλίμακες.

Πίνακας 7. Περιγραφική ανάλυση των τριών κλιμάκων του ερωτηματολογίου (dichotomized overall scores)

Ενότητα ερωτηματολογίου	Υψηλός βαθμός ικανοποίησης (%)	Χαμηλός βαθμός ικανοποίησης (%)
<i>Ιατρική Φροντίδα</i>	80.8	19.2
<i>Νοσηλευτική Φροντίδα</i>	80.6	19.4
<i>Γενικά ερωτήματα</i>	73.5	26.5

Για κάθε μια κλίμακα, διεξήχθησαν διμεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιώντας τα νέα scores κάθε ενότητας και τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία, περιοχή, ασφαλιστικό φορέα, νοσοκομείο, νομό, κλινική, καθώς και τις μεταβλητές που αφορούν τη στάση των ασθενών. Για τις ποιοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 .

Πίνακας 8. Διμεταβλητές αναλύσεις για την ενότητα της Ιατρικής φροντίδας

	Χαμηλός βαθμός ικανοποίησης	Υψηλός βαθμός ικανοποίησης	
	n (%)	n (%)	p-value
Φύλο			
<i>Άνδρας</i>	20.0	80.0	0.590
<i>Γυναίκα</i>	18.6	81.4	
Περιοχή			
<i>Αστική</i>	18.8	81.2	0.661
<i>Αγροτική</i>	17.2	82.8	
Ασφαλιστικός φορέας			
<i>Ανασφάλιστοι/Ευάλωτες κοιν. ομάδες</i>	28.8	71.2	0.402
<i>Δημόσιο</i>	22.7	77.3	
<i>ΙΚΑ</i>	18.0	82.0	
<i>ΟΓΑ</i>	16.6	83.4	
<i>ΟΑΕΕ</i>	19.0	81.0	
<i>ΕΤΑΑ</i>	20.8	79.2	
<i>Άλλο</i>	19.0	81.0	
Νοσοκομείο			
<i>ΠΑΓΝΗ</i>	17.4	82.6	0.098
<i>ΧΑΝΙΩΝ</i>	20.7	79.3	
<i>ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ</i>	15.2	84.8	

	<i>ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ</i>	18.9	81.1	
	<i>ΡΕΘΥΜΝΟΥ</i>	27.6	72.4	
	<i>ΣΗΤΕΙΑΣ/ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ/ΝΕΑΠΟΛΗΣ</i>	19.4	80.6	
Κλινική				
	<i>Παθολογική</i>	18.4	81.6	0.657
	<i>Χειρουργική</i>	19.6	80.4	
Νομός				
	<i>Ηρακλείου</i>	17.4	82.6	0.726
	<i>Λασιθίου</i>	19.1	80.9	
	<i>Ρεθύμνης</i>	21.6	78.4	
	<i>Χανίων</i>	20.2	79.8	
Είχατε αποκλειστική νοσοκόμα;				
	<i>Όχι</i>	19.2	80.8	0.919
	<i>Ναι</i>	18.6	81.4	
Επιλέξατε το νοσοκομείο λόγω συγκεκριμένου ιατρού;				
	<i>Όχι</i>	23.9	76.1	<0.001
	<i>Ναι</i>	13.0	87.0	
Πρώτη φορά νοσηλευτήκατε στο νοσοκομείο αυτό;				
	<i>Όχι</i>	18.7	81.3	0.624
	<i>Ναι</i>	19.9	80.1	
Σας ζήτησε κάποιος γιατρός χρήματα;				
	<i>Όχι</i>	19.1	80.9	0.648

	<i>Ναι</i>	22.0	78.0	
Δώσατε κάποιες φορές φιλοδώρημα στο προσωπικό;				
	<i>Όχι</i>	18.4	81.6	0.048
	<i>Ναι</i>	26.9	73.1	
Εισήλθατε από τα επείγοντα;				
	<i>Όχι</i>	14.8	85.2	0.001
	<i>Ναι</i>	23.1	76.9	

Πίνακας 9. Διμεταβλητές αναλύσεις για την ενότητα της Νοσηλευτικής φροντίδας

	Χαμηλός βαθμός ικανοποίησης		Υψηλός βαθμός ικανοποίησης	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Φύλο				
	<i>Ανδρας</i>	18.2	81.8	0.380
	<i>Γυναίκα</i>	20.4	79.6	
Περιοχή				
	<i>Αστική</i>	19.2	80.8	0.584
	<i>Αγροτική</i>	17.2	82.8	
Ασφαλιστικός φορέας				
	<i>Ανασφάλιστοι/Ενάλωτες κοιν. ομάδες</i>	21.2	78.8	0.018

<i>Δημόσιο</i>	16.4	83.6	
<i>ΙΚΑ</i>	23.4	76.6	
<i>ΟΓΑ</i>	11.2	88.8	
<i>ΟΑΕΕ</i>	14.5	85.5	
<i>ΕΤΑΑ</i>	20.8	79.2	
<i>Άλλο</i>	21.4	78.6	
Νοσοκομείο			
<i>ΠΑΓΝΗ</i>	18.7	81.3	0.405
<i>ΧΑΝΙΩΝ</i>	19.5	80.5	
<i>BENIZELIIO</i>	23.5	76.5	
<i>ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ</i>	18.9	81.1	
<i>ΡΕΘΥΜΝΟΥ</i>	18.7	81.3	
<i>ΣΗΤΕΙΑΣ/ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ/ΝΕΑΠΟΛΗΣ</i>	12.9	87.1	
Κλινική			
<i>Παθολογική</i>	16.1	83.9	0.076
<i>Χειρουργική</i>	21.0	79.0	
Νομός			
<i>Ηρακλείου</i>	22.2	77.8	0.270
<i>Λασιθίου</i>	16.8	83.2	
<i>Ρεθύμνης</i>	15.8	84.2	
<i>Χανίων</i>	18.0	82.0	
Είχατε αποκλειστική νοσοκόμα;			
<i>Όχι</i>	19.3	80.7	0.676
<i>Ναι</i>	22.0	78.0	

Επιλέξατε το νοσοκομείο λόγω συγκεκριμένου ιατρού;				
	<i>Όχι</i>	18.6	81.4	0.468
	<i>Ναι</i>	20.5	79.5	
Πρώτη φορά νοσηλεύτηκατε στο νοσοκομείο αυτό;				
	<i>Όχι</i>	17.6	82.4	0.097
	<i>Ναι</i>	21.8	78.2	
Σας ζήτησε κάποιος γιατρός χρήματα;				
	<i>Όχι</i>	19.2	80.8	0.316
	<i>Ναι</i>	25.6	74.4	
Δώσατε κάποιες φορές φιλοδώρημα στο προσωπικό;				
	<i>Όχι</i>	18.4	81.6	0.010
	<i>Ναι</i>	29.7	70.3	
Εισήλθατε από τα επείγοντα;				
	<i>Όχι</i>	20.3	79.7	0.487
	<i>Ναι</i>	18.6	81.4	

Ως τελικό στάδιο της ανάλυσης, υπολογίσθηκε και το συνολικό score ικανοποίησης για τους ασθενείς, αθροίζοντας τις βαθμολογίες για κάθε συμμετέχοντα από όλες τις ερωτήσεις κάθε ενότητας (σύνολο 30 ερωτήσεων, πιθανό range 30-150, τιμή Cronbach's alpha=0.88), το οποίο μετασχηματίστηκε σε κλίμακα 0-100. Ο υπολογισμός του συνολικού αυτού score έγινε για όσους είχαν απαντήσει σε τουλάχιστον τις μισές ερωτήσεις κάθε επιμέρους ενότητας. Τα περιγραφικά αποτελέσματα του score έχουν ως εξής:

Πίνακας 10. Περιγραφική ανάλυση των τριών ενοτήτων του ερωτηματολογίου

	Mean	SD	Median	IQR (75 ^ο -25 ^ο)	Range
Συνολική Ικανοποίηση	82.38	13.97	85.83	15.83 (92.50-76.67)	4.17-100

Μετασηματισμένες βαθμολογίες (0-100)

Να σημειωθεί ότι, λόγω της ιδιαίτερα αρνητικά λοξής κατανομής του συνολικού score, η αντίστοιχη μεταβλητή διχοτομήθηκε, ούτως ώστε να διεξαχθούν οι κατάλληλες διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις. Συγκεκριμένα, όσοι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν συνολικό score ικανοποίησης 75/100 και πάνω, κωδικοποιήθηκαν με 1, ενώ οι υπόλοιποι με. Προέκυψαν κατά αυτόν τον τρόπο δύο κατηγορίες: Υψηλός βαθμός συνολικής ικανοποίησης (κωδ. 1) και χαμηλός βαθμός συνολικής ικανοποίησης (κωδ. 0).

Ακολουθούν διμεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιώντας το συνολικό score ικανοποίησης και τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία, περιοχή, ασφαλιστικό φορέα, νοσοκομείο, νομό, κλινική, καθώς και τις μεταβλητές που αφορούν τη στάση των ασθενών. Για τις ποιοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 . Για τη μεταβλητή της ηλικίας χρησιμοποιήθηκε το t-test. Να σημειωθεί, ότι το ποσοστό των ατόμων με συνολικό βαθμό ικανοποίησης μεγαλύτερο ή ίσο του 75 είναι 79%.

Πίνακας 11. Διμεταβλητές αναλύσεις για τη Συνολική Ικανοποίηση

	Χαμηλός βαθμός ικανοποίησης	Υψηλός βαθμός ικανοποίησης	
	n (%)	n (%)	p-value

Φύλο				
	<i>Ανδρας</i>	21.7	78.3	0.609
	<i>Γυναίκα</i>	20.4	79.6	
Περιοχή				
	<i>Αστική</i>	22.1	77.9	0.098
	<i>Αγροτική</i>	15.6	84.4	
Ασφαλιστικός φορέας				
	<i>Ανασφάλιστοι/Ενάλωτες κοιν. ομάδες</i>	19.7	80.3	0.009
	<i>Δημόσιο</i>	24.5	75.5	
	<i>ΙΚΑ</i>	24.3	75.7	
	<i>ΟΓΑ</i>	10.7	89.3	
	<i>ΟΑΕΕ</i>	20.6	79.4	
	<i>ΕΤΑΑ</i>	20.8	79.2	
	<i>Άλλο</i>	21.4	78.6	
Νοσοκομείο				
	<i>ΠΑΓΝΗ</i>	18.2	81.8	0.270
	<i>ΧΑΝΙΩΝ</i>	25.4	74.6	
	<i>BENIZEΛΕΙΟ</i>	23.0	77.0	
	<i>ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ</i>	18.9	81.1	
	<i>ΡΕΘΥΜΝΟΥ</i>	22.4	77.6	
	<i>ΣΗΤΕΙΑΣ/ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ/ΝΕΑΠΟΛΗΣ</i>	15.1	84.9	

Κλινική				
	<i>Παθολογική</i>	18.7	81.3	0.226
	<i>Χειρουργική</i>	22.1	77.9	
Νομός				
	<i>Ηρακλείου</i>	22.2	77.8	0.341
	<i>Λασιθίου</i>	17.7	82.3	
	<i>Ρεθύμνης</i>	18.7	81.3	
	<i>Χανίων</i>	24.3	75.7	
Είχατε αποκλειστική νοσοκόμα;				
	<i>Όχι</i>	20.5	79.5	0.057
	<i>Ναι</i>	32.6	67.4	
Επιλέξατε το νοσοκομείο λόγω συγκεκριμένου ιατρού;				
	<i>Όχι</i>	22.7	77.3	0.131
	<i>Ναι</i>	18.8	81.2	
Πρώτη φορά νοσηλευτήκατε στο νοσοκομείο αυτό;				
	<i>Όχι</i>	20.6	79.4	0.729
	<i>Ναι</i>	21.5	78.5	
Σας ζήτησε κάποιος γιατρός χρήματα;				
	<i>Όχι</i>	20.0	80.0	<0.001
	<i>Ναι</i>	43.9	56.1	

Δώσατε κάποιες φορές φιλοδώρημα στο προσωπικό;				
	<i>Όχι</i>	19.7	80.3	0.002
	<i>Ναι</i>	33.3	66.7	
Εισήλθατε από τα επείγοντα;				
	<i>Όχι</i>	18.9	81.1	0.119
	<i>Ναι</i>	22.9	77.1	

Έλεγχοι χ^2

Όσον αφορά τη συνεχή μεταβλητή της ηλικίας, διεξήχθη το t-test για να δούμε αν διαφέρει η μέση ηλικία στις δύο κατηγορίες του συνολικού score ικανοποίησης. Βάσει των παρακάτω αποτελεσμάτων, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της ηλικίας, μεταξύ των δύο κατηγοριών ικανοποίησης:

- Υψηλού βαθμού συνολική ικανοποίηση vs χαμηλού βαθμού: 53.53 (17.76) vs 47.34 (17.55), $p < 0.001$.

Τέλος, διεξήχθη πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multiple logistic regression), προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που αφορούν τη στάση του ασθενούς, με το συνολικό score ικανοποίησης, ώστε να αδρανοποιηθούν και τυχόν συγχυτικές επιδράσεις. Ειδικότερα, συμπεριλήφθηκαν το φύλο, η ηλικία και όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές που έδειξαν κάποια σχέση με το συνολικό score ικανοποίησης, στις αντίστοιχες διμεταβλητές αναλύσεις του πίνακα 12, σε συντηρητικό όμως όριο πιθανότητας $p < 0.20$.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα Πολλαπλής Λογιστικής παλινδρόμησης για την Συνολική Ικανοποίηση

	p-value	Odds Ratio	95% C.I. for OR	
Ηλικία	<0.001	1.023	1.012	1.034
Φύλο (Γυναίκες vs άνδρες)	0.071	1.395	0.972	2.003
Περιοχή (Αγροτική vs Αστική)	0.350	1.293	0.754	2.217
Ασφαλιστικός φορέας				
Ανασφάλιστοι/Ευάλωτες κοιν. ομάδες (ref.)				
Δημόσιο	0.228	0.588	0.248	1.394
ΙΚΑ	0.186	0.605	0.287	1.275
ΟΓΑ	0.603	1.257	0.530	2.983
ΟΑΕΕ	0.650	0.802	0.309	2.080
ΕΤΑΑ	0.521	0.664	0.190	2.323
Άλλο	0.492	0.687	0.235	2.004
Είχατε αποκλειστική νοσοκόμα; (ναι vs όχι)	0.131	0.535	0.238	1.204
Επιλέξατε το νοσοκομείο λόγω συγκεκριμένου ιατρού; (ναι vs όχι)	0.133	1.323	0.919	1.906
Σας ζήτησε κάποιος γιατρός χρήματα; (ναι vs όχι)	0.075	0.480	0.214	1.077
Δώσατε κάποιες φορές φιλοδώρημα στο προσωπικό; (ναι vs όχι)	0.148	0.660	0.376	1.159
Εισήλθατε από τα επείγοντα; (ναι vs όχι)	0.264	0.814	0.567	1.168

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 12 και σε sig. level 0.05, έχουμε ότι μόνο η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος αυξάνει τη συμπληρωματική πιθανότητα υψηλού συνολικού βαθμού ικανοποίησης κατά 1.023 φορές, κρατώντας τους υπόλοιπους παράγοντες σταθερούς ($p < 0.001$, $OR = 1.023$, $95\% CI: 1.012-1.034$).

5. Συζήτηση

Ύστερα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την έρευνά μας θα παρουσιαστούν παρακάτω τα σημαντικότερα ευρήματα της. Αρχικά από το μεγάλο αυτό ποσοστό που συμμετείχε στη έρευνα (1003 ασθενείς εκ των οποίων 442 άνδρες και 561 γυναίκες), διαπιστώθηκε ότι τόσο η συνολική ικανοποίηση όσο και η ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα κυμάνθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα. Όσον αφορά τις γυναίκες διατήρησαν τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης τόσο στη συνολική όσο και στην ιατρική φροντίδα σε αντίθεση με τους άντρες που ενώ δείχνουν συνολικά ικανοποιημένοι, υπάρχει μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα. Οι ερωτηθέντες από αγροτικές περιοχές ασθενείς (Ιεράπετρα, Σητεία, Νεάπολη), παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με αυτούς που προέρχονται από αστικές περιοχές (Άγιος Νικόλαος, Ηράκλειο, Ρέθυμνο, Χανιά), τόσο αναφορικά με τη συνολική ικανοποίηση, όσο και αναφορικά με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα. Την ίδια στιγμή, οι ασθενείς που ασφαλιζονται από τον ασφαλιστικό φορέα (ΟΓΑ), δείχνουν περισσότερο ικανοποιημένοι, τόσο από τη ιατρική φροντίδα, όσο και από τη φροντίδα στο σύνολο της. Αυτό συμβαίνει διότι οι πλειοψηφία των ανθρώπων που έχουν μεγαλώσει σε αγροτικές περιοχές έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνεπώς και λιγότερες απαιτήσεις και προσδοκίες σε σχέση με τα άτομα που έχουν μεγαλώσει σε αστικές περιοχές. Αυτό είναι λογικό εν μέρει καθώς όταν ένα άτομο μεγαλώνει στη πόλη του δίδεται αυτόματα η ευκαιρία της επιλογής. Επιλογής νοσοκομείου, επιλογής ιατρού κάτι το οποίο δημιουργεί περισσότερες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον άρρωστο. Επιπροσθέτως ύψιστης σημασίας είναι η διαφορά στο επίπεδο μόρφωσης. Όταν το άτομο δεν έχει λάβει τα κατάλληλα ερεθίσματα για να διευρύνει τους ορίζοντες του ακολουθεί πιστά τα λεγόμενα των περισσότερο μορφωμένων ατόμων(ιατροί, νοσηλευτές κτλ) χωρίς να τα φιλτράρει με αποτέλεσμα να μην εκφράζει παράπονα και αντιλογίες αφού πιστεύει πως οι γνώσεις του δεν είναι επαρκής. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ασθενών νοσηλεύτηκαν σε χειρουργικές κλινικές (Νευροχειρουργική, Α και Β Χειρουργική, Αγγειοχειρουργική, Γναθοχειρουργική, Γυναικολογική, Θωρακοχειρουργική, Καρδιοχειρουργική, Οδοντιατρική, Ορθοπεδική, Ουρολογική, Οφθαλμολογική, Γενική Χειρουργική, Χογκ, Ωρλ, Σπονδυλικής Στήλης). Παρ' αυτά οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς σε παθολογικές κλινικές(Αιματολογική, Παθολογική, Α και Β

Παθολογική, Δερματολογική, Καρδιολογική, Νευρολογική, Νεφρολογική, Ογκολογική, Πνευμονολογική, Ρευματολογική, Ενδοκρινολογική, Ανοσολογική, Ψυχιατρική, Γαστρεντερολογική, Βραχεία Νοσηλεία και Χημειοθεραπεία) που ήταν συγκριτικά λιγότεροι εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι τόσο γενικά στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας όσο και ειδικότερα στην ιατρική.

Αν και σε άλλες χώρες η εκτίμηση της ικανοποίησης γίνεται τακτικά στα πλαίσια της αξιολόγησης των υπηρεσιών (Mossialos 1997), στην Ελλάδα, τέτοια ερευνητική δραστηριότητα ήταν μέχρι πρότινος περιορισμένη (Αυλώνας, 1999) παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες χρήστες εκφράζουν το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων ευρωπαϊκών κρατών (Tountasetal, 2003)

Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, αναγνωρίζονται τα προβλήματα, οι ανάγκες του ασθενή και αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες, ενώ ταυτόχρονα επέρχεται βελτίωση στη διαχείριση των πόρων των υπηρεσιών υγείας και στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ικανοποιηθούν οι χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος & συν., 2003)

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α., τη δεκαετία του 1960 (Taylor 1970), το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό θεωρούσε ως καλούς ασθενείς όσους ήταν υποτακτικοί, δεν ζητούσαν πολλά και έπαιρναν εξιτήριο στον προβλεπόμενο χρόνο και ίσως η στάση του προσωπικού να αποθάρρυνε ακόμα περισσότερο τους ασθενείς να σχολιάσουν ευαίσθητες περιοχές της φροντίδας, όπως είναι η τεχνική και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης, σύμφωνα με ένα άλλο εύρημα της μελέτης αυτής ήταν ότι οι ασθενείς δεν περιέγραφαν πως θα ήθελαν τον και νοσηλευτή και περιορίζονταν να λένε πόσο καλό είναι το προσωπικό ή να αναφέρουν συγκεκριμένα παράπονα. Καθώς και η συνεχής ευθύνη του νοσηλευτή τού δίνει μια εξουσία πάνω στον τρόπο ζωής του ασθενούς και οι ασθενείς με τη σειρά τους δε θεωρούν σοφό να εκφέρουν ελεύθερα τη γνώμη τους.

Μια άλλη έρευνα, που έγινε σε νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (N=800), όπου το 60,5% των ασθενών θεωρούσε απαραίτητη την παρουσία κάποιου συγγενούς και το 49,5%

είχαν κάποιο συγγενή να τους φροντίζει (Δημητριάδου και συν 1991). Αυτή η τάση των ασθενών, εκτός από την έλλειψη προσωπικού πιθανόν να οφείλεται και στους στενούς δεσμούς που υπάρχουν ακόμα και στην ελληνική οικογένεια. Επιπλέον, η έγκριση και η πληρωμή από τα ασφαλιστικά ταμεία για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικών νοσοκόμων φαίνεται ότι ενισχύουν αυτή την τάση. Στον ΟΓΑ και στο ταμείο του δημοσίου είναι ασφαλισμένοι οι περισσότεροι ασθενείς, βάσει μελέτης. Είθισται αυτά τα δύο ταμεία να καλύπτουν την χρήση αποκλειστικής

6. Συμπεράσματα

Ένας από τους βασικότερους τρόπους για να οικοδομηθεί μία σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας είναι αναμφισβήτητα η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Την ίδια στιγμή με τον τρόπο αυτό αυξάνεται το κύρος και η αξιοπιστία της υπηρεσίας, ενώ παράλληλα υποβοηθάτε ο εντοπισμός των προβλημάτων, η τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης (Λαζάρου 2001).

Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια αφηρημένη έννοια που δεν έχει διερευνηθεί στο βαθμό που θα έπρεπε. Δεδομένης της αδυναμίας των λέξεων να ορίσουν μια αφηρημένη έννοια που έχει διαφορετικό νόημα για το καθένα, όπως η ικανοποίηση των ασθενών, δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί απόλυτα ότι ένα σύνολο ερωτήσεων μετρούν την έννοια αυτή. Γι' αυτό, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι θέμα βαθμού και απαιτείται συνεχής αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του προτεινόμενου εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης ασθενών (Nunnally & Bernstein 1994).

Επιπλέον είναι απόλυτα αναγκαία η στελέχωση των νοσοκομείων με τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτών και ιατρών, γιατί χωρίς το έμπυχο δυναμικό είναι αδύνατη η εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων. Παράλληλα και το ίδιο το ιατρικό προσωπικό δε θα πρέπει να επαναπαύεται αλλά να μεριμνά για τη διαρκή επιμόρφωση του, μέσα από σεμινάρια και μεταπτυχιακές σπουδές. Το ιατρικό προσωπικό δεν θα πρέπει να ξεχνά αφενός πως η ενασχόληση με τη φροντίδα του ανθρώπου είναι ένα δύσκολο και

απαιτητικό ζήτημα και αφετέρου πως η επιστήμη συνεχώς εξελίσσεται, γι αυτό το λόγο οι σπουδές του πάνω στο αντικείμενο της εργασίας του θα πρέπει να συνεχίζονται εις το διηνεκές.

Βιβλιογραφία

- 1) Ε.Ε.Δ.Ε, «Πληροφοριακό έντυπο για τα επίπεδα αναγνώρισης της επιχειρηματικής αριστείας- EFQM» (2003).
- 2) Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ Έρευνα ικανοποίησης καταναλωτών από τις υπηρεσίες υγείας, 1999, Ιατρικός Τύπος, Ιούλιος.
- 3) ΕΣΥΕ 1995 Τροποποίηση.
- 4) Deal T.E- Kennedy A.A Corporate Culture, Reading, Mass, Adison-Wesley 1982.
- 5) Θεόδωρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001), Συστήματα υγείας Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- 6) Ιακωβίδου Ε., Μανιού Μ., Πάλλη Ε., Κωστόπουλος Ε., Ζάραγκας Σ., Κατσενέβας Θ., (2008), «Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών Υγείας, Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στην χώρα μας». Το Βήμα του Ασκληπιού, 2008, 7(4)
- 7) Αντωνοπούλου Λ., Ρυθμίσεις και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 2008 3(2), 109-120.
- 8) Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., (1996), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα.
- 9) Αδαμόπουλος Ν., Παν (1992), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Μια σφαιρική προσέγγιση, Αθήνα.
- 10) Σωτηριάδου Κ., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα – Κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2011, Τόμος 3, Τεύχος 4, 140-148.
- 11) Μαρκάκη Α., Μάρκατση Ρ., Σαρρή Κ., Κοινωνία και υγεία Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ) Πανεπιστήμιο Κρήτης 2015-2016, σελ. 1-36.
- 12) Αδαμαντίδου Τ.: «Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας», Επιθεώρηση υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 2004, σελ. 29-31.
- 13) Αλεξιάδης Α., Συγάλας Ι., «Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις (Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων/Εμπειρίες τάσεις και

- προοπτικές)», 1999, τόμος Δ', σελ. 31,39-43, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 14)** Ανδρικόπουλος Ανδρέας, «Οικονομετρία-Θεωρία και εμπορικές εφαρμογές», 1998, Εκδόσεις Μπένου, σελ 146.
 - 15)** Ανδριώτη Δ., «Οι ανθρώπινοι πόροι των υγειονομικό τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994.
 - 16)** Αντωνοπούλου Λ., Καραμητοπούλου Δ., Σοφιανός Ε., «Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών», Επιθεώρηση Υγείας.
 - 17)** Βασταρδή Μ., Ποσοστικές μέθοδοι ποιότητας υπηρεσιών υγείας, Πτυχιακή εργασία 2005.
 - 18)** Κυριόπουλου Γ., Λιονή Χ., Σουλιώτη Κ., Τσάκος Γ., «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003.
 - 19)** Υφαντόπουλος Γ., «Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο», Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24 (Συμπλ 1): 6-18.
 - 20)** Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., «Κριτήρια και τεχνικές Φαρμακοοικονομικής Ανάλυσης και Αξιολόγησης», Εκδόσεις Θεμέλιο, 1999.
 - 21)** Γκούπα Π., «Οικονομικές διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, ΙΒ' Εκπαιδευτική Σειρά, Νοέμβριος 2000: σελ. 2-7.
 - 22)** Γραφανάκης Δ., «Στατιστικός έλεγχος ποιότητας», Τόμος Δ', 2000, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
 - 23)** Δόλγερας Α., «Κλινική Διακυβέρνηση. Η τελευταία προσέγγιση της ποιότητας στην εθνική υπηρεσία υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.» Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Οκτ. 2006, Θεμέλιο.
 - 24)** Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., (Επιμέλεια) και συν, «Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας», Εκδόσεις Θεμέλιο 2006.
 - 25)** Θεόδωρου Μ., «Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τόμος 3, Τεύχος 1, 1992.
 - 26)** Παρισσόπουλος Σ., «Κλινικός Έλεγχος Ποιότητας Νοσηλευτική, 2007, 46(4): 514-522.
 - 27)** Eurhopic. Ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα. Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, 2003-2008.

- 28)** Μαυροειδής Β., Διεθνές Πρότυπο ISO 9001(2000). Τι σημαίνει για το σύγχρονο νοσοκομείο η περίπτωση του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία». Οικονομία της Υγείας.
- 29)** Καλοφυσούδης Ι. «Συστήματα διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας», Ιατρικός Κόσμος, Ιανουάριος-Απρίλιος 2013, σελ 78-81.
- 30)** Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν., «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2012, 29(4): 480-488
- 31)** Τσελέπη Χ., «Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών υγείας», Τόμος Α', 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα 2000.
- 32)** Ραφτόπουλος Β., «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», Διαδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002.
- 33)** Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας», Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας», Θεσσαλονίκη, 1994.
- 34)** Κωτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ., «Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας», Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος.
- 35)** Μπόρου Α., Βόσνιακ Γ., Υφαντής Α., Τηνιακού Ι., Μαχαιρά Ν., Τσικλιράρα Α., Παπαδημητρίου Β., Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Μούζας Ο., «Επαγγελματική Ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Ειδική περίπτωση των νοσηλευτών, Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 2010, 6(1):39-45
- 36)** Γώγος Β. Χρήστος, «Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα», Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 10, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 2011.
- 37)** Μερκούρης Α., «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών» Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1996.
- 38)** Μηνακούλη Θ., Τσιακατούρα Χ., Κολίτση Ζ., Χρηστάκης Μ., «Υγειονομική περίθαλψη και μέριμνα για τους ηλικιωμένους», Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη, Ετήσια Έκθεση για την Υγεία, Ιούνιος 2005.

- 39)** Σταυρόπουλος Ν., «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας Μελέτη Ικανοποίησης Ασθενών Δημόσιου Νοσοκομείου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Πειραιάς 2009.
- 40)** Σκαλκίδης Ι., Παπαδόπουλος Φ., Σκαλκίδης Η. «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(3):487-497.
- 41)** Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι., «Συγκριτική Ανάλυση Μελετών Ικανοποίησης Ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2005, 22(3):284-295.
- 42)** Καλογεροπούλου Μ., «Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2011, 28(5):667-673