

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής
ΠΜΣ Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας



Μελέτη Ικανοποίησης
Νοσηλευομένων Ασθενών από τις
παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν.
Μεσσηνίας - Νοσηλευτική Μονάδα
Καλαμάτας

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

Κωστοπούλου Βασιλική
03 2009 05

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση μεταπτυχιακού
διπλώματος

Κόρινθος 2014

*"Η Υγεία είναι μία αντανάκλαση της αφοσίωσης
μίας κοινωνίας στην ισότητα και τη δικαιοσύνη"*

Χάρτα των λαών για την Υγεία

*"Υγεία είναι η προϋπόθεση,
η πλέον ταιριαστή στην επίτευξη των στόχων
που θέτει κάθε άτομο στον εαυτό του"*

R. Dubos

" Η ποιότητα δεν είναι ενέργεια, είναι μια συνήθεια"

Αριστοτέλης

"Ποιότητα σημαίνει να το κάνεις σωστά, όταν κανένας δεν κοιτάζει"

Henry Ford

*"Η ποιότητα δεν είναι ποτέ τυχαία. Είναι πάντοτε το αποτέλεσμα
υψηλού βαθμού διάθεσης ειλικρινούς προσπάθειας, ευφρούς
καθοδήγησης και επιδέξιας εκτέλεσης. Αντιπροσωπεύει τη
σοφή επιλογή μέσα από πολλές εναλλακτικές"*

William A. Foster

**ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

1) Σπυριδάκης Εμμανουήλ, Επίκουρος Καθηγητής - "Κοινωνική Ανθρωπολογία των Εργασιακών Σχέσεων", Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,
Κύριος Επιβλέπων.

2) Σουλιώτης Κυριάκος, Επίκουρος Καθηγητής - "Πολιτική Υγείας", Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,
Μέλος.

3) Κοντούλη-Γείτονα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια - "Οικονομική Ανάλυση Κοινωνικής Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,
Μέλος

*Αφιερώνεται στην οικογένειά μου, για την ηθική
συμπαράστασή τους όλα αυτά τα χρόνια
που αποφάσισα να συνεχίζω τις σπουδές μου!
Στον πατέρα μου Ιωάννη, που με έχει μάθει να μάχομαι!
Στην μητέρα μου Ελένη, που με έχει διδάξει ήθος και αξιοπρέπεια!
Στον σύντροφό μου Τάσο, που με έσπρωξε "να ανοίξω τα φτερά μου"!
Στην κόρη μου Ιωάννα, που με κάνει να θέλω να γίνομαι καλύτερος άνθρωπος!*

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τον κο Σπυριδάκη Εμμανουήλ, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναλαμβάνοντας την επίβλεψη της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ την Διοικητική Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας και πρώην καθηγήτριά μου στο ΑΤΕΙ Καλαμάτας κα Λιακέα Γεωργία, για τις γνώσεις και τον επαγγελματισμό που μου έχει μεταλαμπαδεύσει, καθώς και για όλα τα στοιχεία που μου παρείχε και με βοήθησαν στην υλοποίηση αυτής της διπλωματικής εργασίας, αλλά και την συμφοιτήτριά και πολύ καλή φίλη μου Καλουδοπούλου Παναγιώτα, η οποία είναι η συνταξιδιώτριά μου στις θάλασσες της γνώσης.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους λοιπούς καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, οι οποίοι υπομονετικά με δίδαξαν και με άλλαξαν σε ένα πιο προβληματισμένο άτομο, κάνοντας με να ξεπεράσω τις δυνατότητές μου και να βάλω νέους στόχους, αλλά και τους συναδέλφους μου από τη Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας, που έχουν αποδείξει πως με σκληρή και ομαδική εργασία, σε αυτούς τους δύσκολους καιρούς που διανύουμε "ο μόνος τρόπος να προβλέψεις το μέλλον, είναι να το δημιουργήσεις".

Περίληψη

Η υγεία για τον άνθρωπο και την κοινωνία έχει την έννοια της απόλυτης συνθήκης, προκειμένου να έχει νόημα κάθε άλλη δραστηριότητα. Έτσι η συστηματική παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί τη σημαντικότερη παράμετρο της κοινωνικής προσφοράς στο άτομο.

Η ποιοτική διάσταση της παροχής αυτής, θέτοντας τον άνθρωπο στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, εστιάζει στο σύστημα παραγωγής των υπηρεσιών αυτών, την πρόληψη, την ομαδική εργασία, την μέτρηση, στον εργαζόμενο και στην αφοσίωση τόσο του ιδίου όσο και της ηγεσίας με επιδίωξη την διαρκή βελτίωσής της.

Ιδιαίτερα για τη φροντίδα, η ποιότητα συνοψίζεται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή. Οι επιδόσεις της αναζητούνται τόσο στο τεχνικό και το διαπροσωπικό μέρος όσο και στην κτιριακή υποδομή του συστήματος υγείας και αξιολογείτε ως προς τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών και ως προς το αποτέλεσμα.

Η έρευνα αυτή αφορά το Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας και ειδικότερα τη Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας και την ικανοποίηση των νοσηλευομένων ασθενών από τις υπηρεσίες που παρέχει. Σκοπός της έρευνας αυτής, είναι να διερευνήσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας και δευτερευόντως να εξετάσει αν και κατά πόσο οι υπηρεσίες έχουνε επίδραση στη βελτίωση της υγείας των ασθενών όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιοι.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	6
Περίληψη	7
Περιεχόμενα.....	8
Κεφάλαιο 1.....	13
Υπηρεσίες Υγείας	13
1.1 Ενωσιολογικός προσδιορισμός υπηρεσιών υγείας	13
1. 2 Διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.....	15
Κεφάλαιο 2.....	17
Σύστημα Υγείας	17
2.1 Οι Νοσοκομειακές Υπηρεσίες στην Ελλάδα	19
2.2 Τα Νοσοκομεία στην Ελλάδα σήμερα	20
Κεφάλαιο 3.....	21
Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας-Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας.....	21
3.1 Ιστορικό	21
3.2 Σκοπός του Νοσοκομείου	23
Κεφάλαιο 4.....	25
Η έννοια της Ποιότητας	25
4.1 Γενικά	25
4.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες	27
4.3 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών.....	28
4.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	28
4.5 Σημασία μέτρησης της ποιότητας.....	33
Κεφάλαιο 5.....	34
Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας.....	34
5.1 Οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	34
5. 2 Μελέτες μέτρησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	35
5.2 1 Ελληνικές έρευνες	35
5.2.2 Διεθνείς έρευνες	38
5. 3 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας	42
5.4 Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	43
5.5 Η Διασφάλιση της Ποιότητας.....	44
5.6 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	44

5.7 Ποιότητα και μετρήσεις	45
5.8 Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι στις μονάδες υγείας	46
Κεφάλαιο 6.....	49
Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών	49
6.1 Γενικά	49
6.2 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας-ορισμός ικανοποίησης.....	50
6.3 Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών	51
Κεφάλαιο 7.....	53
Έναρξη Εφαρμογής Δράσεων Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	53
7.1 Εγκύκλιος 123566/6-10-2010 "Έναρξη Εφαρμογής Δράσεων Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Υγείας".....	53
ΜΕΡΟΣ Β.....	55
8. Η ταυτότητα της έρευνας.....	56
8.1 Γενικά Στοιχεία	56
8.2 Σκοπός έρευνας.....	56
8.3 Κατηγορίες ερωτήσεων έρευνας	56
9 Δημογραφικά - βιογραφικά στοιχεία	57
9.1 Φύλο νοσηλευθέντων ασθενών	57
9.2 Ηλικιακές ομάδες νοσηλευθέντων ασθενών.....	58
9.3 Κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς.....	60
9.4 Επίπεδο σπουδών ερωτηθέντων	62
9.5 Ασφάλιση νοσηλευθέντων ασθενών	63
9.6 Ιθαγένεια.....	66
9.7 Χρόνος διαμονής στην Ελληνική επικράτεια.....	68
9.8 Γλώσσα.....	70
9.9 Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου	72
10 Ερωτήσεις βαθμού ικανοποίησης και αξιολόγησης.....	73
10.1 Βαθμός Ικανοποίησης από την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού	73
10.2 Βαθμός ικανοποίησης από την επιδεικνυόμενη προσοχή των Νοσηλευτών	74
10.3 Βαθμός ικανοποίησης από την κατανόηση των εξηγήσεων των νοσηλευτών	76
10.4 Ικανοποίηση από την κλήση μέσω του κουμπιού βοήθειας.....	77
10.5 Βαθμός Ικανοποίησης από την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού.....	79
10.6 Βαθμός ικανοποίησης από την επιδεικνυόμενη προσοχή των ιατρών.....	80
10.7 Βαθμός ικανοποίησης από την κατανόηση των εξηγήσεων των ιατρών.....	81

10.8 Συχνότητα καθαριότητας δωματίων.....	83
10.9 Βαθμός ικανοποίησης από την ησυχία κατά τις νυχτερινές ώρες	84
10.10 Χρήση λουτρού η πάπιας.....	85
10.11 Βαθμός ικανοποίησης από τη βοήθεια στη χρησιμοποίηση πάπιας ή του λουτρού	87
10.12 Χρήση αναλγητικών φαρμάκων.....	88
10.13 Ικανοποίηση από την συχνότητα ελέγχου του πόνου	89
10.14 Βαθμός ικανοποίησης από την πρόθεση του προσωπικού να πράξει τα μέγιστα στην αντιμετώπιση του πόνου	91
10.15 Χρήση νέων φαρμάκων.....	92
10.16 Ενημέρωση πριν την χορήγηση νέων φαρμάκων.....	94
10.17 Περιγραφή παρενεργειών νέων φαρμάκων.....	95
10.18 Έξοδος από το νοσοκομείο	97
10.19 Βοήθεια μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	98
10.20 Γραπτές οδηγίες μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο.....	100
10.21 Αξιολόγηση του νοσοκομείου.....	102
10.22 Ερώτηση σχετικά με το αν οι ασθενείς θα σύστηναν το νοσοκομείο	104
10.23 Αυτοαξιολόγηση της υγείας των νοσηλευθέντων ασθενών	106
11 Συσχετίσεις.....	108
11.1 Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου	108
11.2 Έλεγχος συσχέτισης ιθαγένειας και ομιλούσας γλώσσας στο σπίτι	110
11.3 Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ βαθμού ικανοποίησης από την κλήση μέσω κουμπιού βοήθειας και των κλινικών που νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς	112
11.4 Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ βαθμολογίας αξιολόγησης και του ερωτήματος αν θα σύστηναν το νοσοκομείο σε τρίτους	113
11.5 Έλεγχος συσχετισμού βαθμολογίας νοσοκομείου, και της ταυτότητας του ατόμου που συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο.....	116
11.6 Έλεγχος συσχετισμού της αξιολόγησης της ευγένειας των ιατρών με την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού.....	118
11.7 Έλεγχος συσχετισμού της βαθμολογίας που δόθηκε με την κλινική που νοσηλεύτηκαν οι ερωτώμενοι.....	120
11.8 Έλεγχος συσχετισμού αξιολόγησης της προσοχής των νοσηλευτών και της προσοχής των ιατρών	120
12 Αναλύσεις παλινδρομήσεων.....	123
12.1 Ανάλυση απλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σύσταση του νοσοκομείου και ανεξάρτητη την βαθμολογία	123

12.2 Ανάλυση απλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σύσταση του νοσοκομείου και ανεξάρτητη την βαθμολογία	124
14. Συμπεράσματα	127
15. Παράρτημα.....	131
15.1 Αρκτικόλεξα ασφαλιστικών ταμείων	131
15.2 Δείγμα ερωτηματολογίου	132
16. Βιβιογραφία	137

Μέρος Α

Κεφάλαιο 1

Υπηρεσίες Υγείας

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός υπηρεσιών υγείας

Ως υγεία ορίζεται από την παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO) η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου. Ο ορισμός αυτός ταυτίζει την υγεία περισσότερο με την ποιότητα ζωής. Σήμερα περισσότερο από ποτέ γίνεται πιο επιτακτική η ανάγκη για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προκειμένου να ανταποκριθεί στις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις του κόσμου.

Είναι γεγονός ότι η αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες δεν οδήγησε στην αναμενόμενη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, όπως αυτό μετράται σήμερα με τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.α. Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτεύχθηκε πολύ πριν την καθιέρωση της σύγχρονης και πολυδάπανης βιοϊατρικής τεχνολογίας στην καθημερινή ιατρική πρακτική.

Όπως έχει αποδειχθεί, η βελτίωση των γενικών συνθηκών διαβίωσης τα τελευταία 100 χρόνια αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα ανόδου του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Αντίθετα, η θεραπευτική ιατρική από μόνη της φαίνεται να έχει μικρή αποτελεσματικότητα απέναντι στις σύγχρονες αρρώστιες (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ψυχικές παθήσεις) των προηγμένων κοινωνιών, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί και ως αρρώστιες του πολιτισμού.

Η βελτίωση επομένως του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητη από την συνολική κοινωνική ανάπτυξη και την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού. Κατ'επέκταση και η υγεία, ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου δεν αποτελεί το μέσον μιας απλής οικονομικής ανάπτυξης αλλά αυτό καθ'αυτό το σκοπό κάθε τύπου ανάπτυξης. Ο σύγχρονος άνθρωπος δεν ζει απλά για να ζει η να επιβιώσει, αλλά για να αισθάνεται και να είναι ευτυχισμένος μέσα σε συνθήκες διαβίωσης και όρους ύπαρξης που να του επιτρέπουν να διάγει μια υψηλής ποιότητας ζωής.

Υπηρεσίες υγείας

Ο όρος υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών, προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Συνοπτικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα, τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, σε αντίθεση με την φροντίδα η οποία αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας. Η διάκριση όμως δεν είναι σαφής.

Η περίθαλψη από την άλλη αναφέρεται είτε στην εξωνοσοκομειακή είτε στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη με το μεγαλύτερο ποσοστό ιατρικής περίθαλψης να παρέχεται σίγουρα μέσα στα νοσοκομεία. Η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να είναι πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια. Η πρωτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά την διαγνωστική-θεραπευτική υπηρεσία που παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου, καθώς και την επείγουσα προληπτική και κοινωνική ιατρική. Ενδεικτικά η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει την νοσηλεία, τον

εργαστηριακό έλεγχο και τις γενικές επεμβάσεις. Η τριτοβάθμια αφορά τα εξειδικευμένα καρδιολογικά ή πνευμονολογικά κέντρα της περίθαλψης, καλύπτοντας όμως μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες.

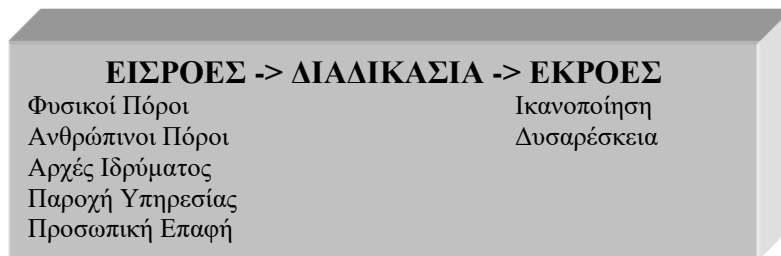
1. 2 Διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας

Ανεξάρτητα από την μορφή που μπορεί να έχει ένα σύστημα υγείας, η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών έχει την συγκεκριμένη μορφή:

ΕΙΣΡΟΕΣ -->ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ --> ΕΚΡΟΕΣ.

Η κάθε μονάδα υγείας αποτελεί στην ουσία ένα εργοστάσιο παραγωγής συγκεκριμένων και εξειδικευμένων αγαθών μέσα από μια πολύπλοκη παραγωγική διαδικασία. Όπως κάθε μονάδα παραγωγής κάποιου προϊόντος απαιτεί εισροές και τηρεί συγκεκριμένη παραγωγική διαδικασία, έτσι και το σύστημα υγείας χρειάζεται συγκεκριμένους συντελεστές παραγωγής (inputs), τους οποίους χρησιμοποιεί μέσα από κάποιες διαδικασίες για την παραγωγή συγκεκριμένων αγαθών (outputs). Η κατανάλωση αυτών των αγαθών βοηθά στην διατήρηση ή και στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, έτσι όπως αυτή μετράται με τους δείκτες υγείας (outcomes).

Ως εισροές του συστήματος νοούνται όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας, τα κτίρια μέσα στα οποία προσφέρεται η περίθαλψη και ο κάθε είδους εξοπλισμός αυτών. Επίσης περιλαμβάνονται και οι οικονομικοί πόροι με τους οποίους γίνεται χρηματοδότηση του συστήματος. Οι εκροές του συστήματος είναι το σύνολο των παραγόμενων "προϊόντων" (ο αριθμός των εξετάσεων, των ημερών νοσηλείας, των εισαγωγών και εξαγωγών στο νοσοκομείο, των εγχειρήσεων κλπ). Τα αποτελέσματα μετρώνται με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, το προσδόκιμο επιβίωσης κλπ.



Σχήμα 1. Διαδικασία παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, Senior, Randall, 1991

Στις μονάδες υγείας ειδικότερα, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας περικλείει την αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών με άλλους ασθενείς του νοσοκομείου, μεταξύ των ασθενών και του χώρου που περιθάλπονται και τέλος ανάμεσα στην εικόνα που έχουν οι ασθενείς για το προσωπικό του ιδρύματος και τις μεταξύ τους σχέσεις. Έτσι λοιπόν καθίσταται σαφές, ότι οι ασθενείς δεν είναι παθητικοί αποδέκτες της υπηρεσίας, αλλά σημαντικοί συνδιαμορφωτές της. Για το λόγο αυτό, το χάσμα μεταξύ των αναγκών και των απαιτήσεων του ασθενή και των υπηρεσιών που του παρέχονται, πρέπει να γεφυρωθεί με σκοπό την μεγιστοποίηση των οφελών που θα αποκομίσει και άρα την ικανοποίησή του σαν εκροή διαδικασίας. Αν το χάσμα δεν γεφυρωθεί, μοιραία επέρχεται η δυσσαρέσκεια του αποδέκτη των υπηρεσιών.

Βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας:

- Πρέπει να είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης και κατά την διάρκεια όλου του εικοσιτετραώρου.
- Πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνεχόμενη προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Η προσφορά δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης κάποιου συγκεκριμένου υγειονομικού προβλήματος ή μιας ασθένειας, αλλά να καλύπτει επίσης και στάδια πριν και μετά την εμφάνισή του (προληπτική ιατρική

ή αποκατάσταση).

Η διαθεσιμότητα, η προσπελασιμότητα και η συνεχόμενη προσφορά των υπηρεσιών υγείας δεν σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως στο επαγγελματικό και επιστημονικό επίπεδο των εργαζομένων στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων μέσα στις οποίες οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται στους ασθενείς.

Κεφάλαιο 2

Σύστημα Υγείας

Γενικά

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης, μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και με συγκεκριμένο ποσοστό διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό θεσμό του κράτους πρόνοιας και αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο του μοντέλου κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης. Δεν αποτελεί ένα ουδέτερο σύνολο παρεμβάσεων της πολιτείας με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αντίθετα εμπεριέχει ιδεολογικά και πολιτικά χαρακτηριστικά και είναι προϊόν των κοινωνικών συσχετισμών και των πολιτιστικών προτύπων σε σχέση με τον άνθρωπο και τις ανάγκες του.

Η ιερότητα της ανθρώπινης ζωής είναι η κύρια αξία που βρίσκεται πίσω από την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες. Παρότι ως έννοιες η Υγεία και η Ασθένεια (Αρρώστια) συναντώνται πολύ νωρίς στην ανθρώπινη ιστορία, τα περισσότερα από όσα αναγνωρίζουμε ως ιατρική, είναι αποτέλεσμα των εξελίξεων στη δυτική κοινωνία, κατά την διάρκεια των τριών τελευταίων αιώνων. Η σύγχρονη ιατρική, εξάλλου, εισήγαγε μια νέα αντίληψη για την αρρώστια, η οποία θεωρεί τα αίτια της και την θεραπεία της ως φυσικά και επιστημονικά ερμηνεύσιμα. Η εφαρμογή της επιστήμης στην διάγνωση και την θεραπεία είναι το σημαντικότερο χαρακτηριστικό των σύγχρονων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Άλλα, στενά συνυφασμένα χαρακτηριστικά είναι η ανάδειξη του νοσοκομείου ως τόπου αντιμετώπισης των ασθενειών και η ανάπτυξη του ιατρικού επαγγέλματος ως σώματος με αναγνωρισμένο κώδικα δεοντολογίας και σημαντική κοινωνική δύναμη. Αν και η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος δεν περιορίζεται στο νοσοκομείο, το νοσοκομείο είναι αυτό που προσέφερε ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο οι γιατροί μπόρεσαν να μελετήσουν και να θεραπεύσουν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών υπό συνθήκες που επιτρέπουν την συγκέντρωση υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Τα συστήματα υγείας είναι δυναμικά και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου, υπακούοντας άλλοτε σε επιταγές του κράτους και της πολιτικής εξουσίας και άλλοτε σε κοινωνικές διεργασίες, επιστημονικά και τεχνολογικά επιτεύγματα.

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η γήρανση του πληθυσμού, η αλλαγή του νοσολογικού προτύπου, η ανάγκη για τεκμηρίωση της κλινικής πρακτικής και της αποτελεσματικότητας των μεθόδων και των τεχνικών, η παγκοσμιοποίηση, η μείωση των παρατηρούμενων ανισοτήτων στους δείκτες υγείας, η βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, αποτελούν κοινά ζητήματα στα συστήματα υγείας του δυτικού κόσμου, τα οποία διαρκώς θα καλούνται να γεφυρώσουν το χάσμα ανάμεσα σε αυτά που μπορούν να προσφέρουν και σε αυτά που οι πολίτες προσδοκούν.

Η δεκαετία του 1980 χαρακτηρίστηκε από προσπάθειες συγκράτησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, κυρίως μέσω πολιτικών και μέτρων ελέγχου της προσφοράς, αλλά και μέσω της θέσπισης των "παθητικών κινήτρων", όπως χαρακτηρίζονται τα νομοθετικά και κανονιστικά μέτρα. Αντίθετα στην δεκαετία του 1990, οι πολιτικές επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη ενεργητικών κινήτρων, όπως η αναγνώριση και επιβράβευση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας.

Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν τα τελευταία χρόνια τεράστιες προκλήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την ανάγκη τους να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες πιέσεις για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που να προσφέρονται ισότιμα σε όλους τους πολίτες χωρίς διάκριση την στιγμή της ζήτησης. Ταυτόχρονα στα συστήματα υγείας ασκούνται πιέσεις για περιορισμό σε δημοσιοοικονομικό επίπεδο. Η κοινωνική ασφάλιση δεν χαρακτηρίζεται πια βιώσιμη. Πλέον είναι αναγκαία η επίτευξη αποτελεσματικής παροχής κατάλληλων υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό με ένα κόστος που θα μπορεί όμως να αναλάβει το κράτος.

Σήμερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, προτρέπει τις χώρες μέλη του να αναπτύξουν μια νέα φιλοσοφία που να βασίζεται στην κοινωνική συναίνεση, την κοινωνική συμμετοχή για οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας και φυσικά, να δημιουργήσουν υγειονομικά συστήματα, που να είναι προσβάσιμα σε όλους τους πολίτες οικονομικά και κοινωνικά αποδεκτά.

Τέλος, σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., βασική προτεραιότητα στα Συστήματα Υγείας των ανεπτυγμένων χωρών αποτελούν:

- Η βελτίωση του επιπέδου υγείας για το σύνολο του πληθυσμού.
- Η αύξηση της κλινικής αποτελεσματικότητας μέσω κλινικών αποφάσεων που θα βασίζονται στην καλύτερη δυνατή πρακτική (αποφυγή περιττών πράξεων ή εξετάσεων καθώς και αποφυγή της παράλειψης διενέργειας απαραίτητων πράξεων).
- Η αύξηση της ασφάλειας για τον ασθενή και ο περιορισμός των ιατρικών σφαλμάτων. Ανάπτυξη οργανισμών παροχής φροντίδων υγείας, οι οποίοι να είναι ικανοί να εντοπίσουν άμεσα ιατρικά σφάλματα ή ανεπιθύμητα συμβάντα στους ασθενείς και να δρουν αποτελεσματικά, ώστε να προλαμβάνουν μελλοντικές συνέπειες.
- Η αύξηση της υπευθυνότητας. Να παρέχονται υπηρεσίες στον κατάλληλο χρόνο (μείωση μεγάλων χρόνων αναμονής) και επιπλέον εστίαση στον ασθενή, σεβασμός στις προτιμήσεις, τις απαιτήσεις και τις αξίες του.
- Βελτίωση της αποδοτικότητας και περιορισμός του κόστους. Παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στους ασθενείς, του προμηθευτές και τους παρέχοντες φροντίδα, ώστε να διασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή αξία για την αντίστοιχη δαπάνη.
- Η διασφάλιση της ισότητας. Διασφάλιση ότι η ίδια ποιοτική φροντίδα θα προσφέρεται σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα, τον τόπο κατοικίας ή την οικονομική δυνατότητα. Μείωση των ανισοτήτων ανάμεσα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες και κοινωνικό-οικονομικές ή εθνικές ομάδες.

2.1 Οι Νοσοκομειακές Υπηρεσίες στην Ελλάδα

Τα νοσοκομεία της Ελλάδος χωρίζονται σε δύο κατηγορίες.

Γενικά: Είναι αυτά που διαθέτουν τμήματα νοσηλείας περισσότερων της μιας ειδικότητας.

Ειδικά: Είναι αυτά τα οποία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

Τα γενικά νοσοκομεία μπορεί να είναι περιφερειακά ή πρώην νομαρχιακά, δηλαδή να λειτουργούν στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ή σε κάθε νομό αντίστοιχα. Τα περιφερειακά νοσοκομεία παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλους ή στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ενώ τα γενικά - νομαρχιακά νοσοκομεία όπως το νοσοκομείο της Καλαμάτας καλύπτουν μόνο μερικές ειδικότητες. Από την άλλη πλευρά, και τα δύο συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Μέσα σε ένα νοσοκομείο συναντιόνται οι εξής υπηρεσίες:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική
- Τεχνική

Σε κάθε ένα από τα προαναφερθέντα είδη υπηρεσιών υγείας που αποτελούν το πλέγμα των υπηρεσιών σε ένα νοσοκομείο, διακρίνει κανείς, τόσο τις κύριες όσο και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες υγείας.

Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά οι αρμοδιότητες της κάθε υπηρεσίας.

- Ιατρική Υπηρεσία: Παροχή ιατρικής περίθαλψης, εκπαίδευση ιατρών προπτυχιακά και σε ειδικότητες, έρευνα.
- Νοσηλευτική Υπηρεσία: Με νοσηλευτικές, διοικητικές και εκπαιδευτικές αρμοδιότητες.
- Διοικητική Υπηρεσία: Υποστήριξη έργου και λοιπών υπηρεσιών, διαχείριση κινητής - ακίνητης περιουσίας, εκπαίδευση στελεχών διοίκησης, φροντίδα λειτουργίας-ανάπτυξης.
- Τεχνική Υπηρεσία: Τεχνική υποστήριξη (Σιγάλας, 1992).

2.2 Τα Νοσοκομεία στην Ελλάδα σήμερα

Το Νοσοκομείο αποτελεί μία οντότητα με δικά της χαρακτηριστικά, η οποία είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον, έτσι ώστε η κατάσταση η οποία επικρατεί στην περιοχή και στον πληθυσμό ευθύνης της, να επιδρά στη λειτουργία του Νοσοκομείου και αντίστροφα. Η αξιολόγηση της εξέλιξης του οργανισμού είναι δυνατό να σκιαγραφήσει τη σχέση αυτή αναλύοντας τα επιμέρους στοιχεία και χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν και επηρεάζονται.

Εν συνεχεία, σε συνδυασμό με την αποτύπωση της τωρινής κατάστασης που επικρατεί τόσο στη νοσοκομειακή μονάδα, όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον θα καθοριστούν οι μελλοντικές δυνατότητες και η πορεία που αφενός κρίνεται ως αναγκαία και αφετέρου είναι εφικτό να ακολουθηθεί.

Όλα τα νοσοκομεία σήμερα οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Με τον οργανισμό ορίζονται:

- Η νομική μορφή του νοσοκομείου
- Η επωνυμία του
- Ο συνολικός αριθμός κλινών
- Η κατανομή των κλινών στους τομείς
- Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών
- Οι κλάδοι του προσωπικού
- Οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και οι διαβαθμίσεις τους

Η έκδοση, η αναμόρφωση και η τροποποίηση των οργανισμών των νοσοκομείων, καθώς και η έκδοση νέου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας τους, γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργείων Οικονομικών, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στο Γενικό Νοσοκομείο προσέρχονται οι ασθενείς από όλη την περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου, όταν χρειάζονται τέτοια φροντίδα που δεν μπορεί να παρασχεθεί από τον αγροτικό ιατρό ή τον ιατρό του Κέντρου Υγείας της περιοχής τους ή βέβαια όταν χρειάζεται να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο.

Κεφάλαιο 3

Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας-Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

3.1 Ιστορικό

Το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας ιδρύθηκε βάσει του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) από το 1959 και ξεκίνησε να λειτουργεί στο παλιό κτίριο, πριν 49 χρόνια. Στην πορεία τρείς είναι οι φάσεις στις οποίες μπορούν να ενταχθούν οι πράξεις που αφορούν το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας και έχουν δημοσιευθεί σε Φ.Ε.Κ.

Α' Φάση:

Στις 20 Φεβρουαρίου του 1956 πραγματοποιείται η πρώτη αναμόρφωση στον οργανισμό του Γ.Ν.Ν.Κ. Σκοπός του νοσοκομείου είναι η ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη των ασθενών που πάσχουν από χρόνια και ανίατα νοσήματα. Η δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται σε 60 κλίνες. Το νοσοκομείο διοικείται από τον Διοικητικό Διευθυντή. Οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου ορίζονται ως εξής:

- Διοικητική υπηρεσία
- Ιατρική υπηρεσία
- Νοσηλευτική υπηρεσία
- Βοηθητική υπηρεσία

Β' Φάση:

Σύμφωνα με την αρ. Α3Β/14161/30-09-1986 Υπουργική Απόφαση που έχει δημοσιευθεί στο Φ.Ε.Κ 634 στις 30 Σεπτεμβρίου του έτους 1986 αποτελεί τον οργανισμό του Γ.Ν.Ν.Κ. Το Νοσοκομείο φέρει την επωνυμία «Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας»

Οι νέες ιατρικές ανάγκες που προέκυψαν από τον καταστροφικό σεισμό της Καλαμάτας του 1986 επέβαλαν στην Κυβέρνηση να δεχθεί το αίτημα του Υπουργού Ανασυγκρότησης, Θαν. Φιλιππόπουλου αλλά και του συλλόγου της Μεσσηνιακής Ομογένειας του Εξωτερικού για ανέγερση ενός νέου σύγχρονου και ευρωπαϊκού επιπέδου Νομαρχιακού Νοσοκομείου. Ο Πρωθυπουργός Ανδρέας Παπανδρέου έλαβε αυτήν την ιστορική απόφαση με βάση τα πολιτικά δεδομένα και τις εξελίξεις της εποχής εκείνης.

Η αγορά του οικοπέδου έγινε τμηματικά από:

- Την Ιερά Μονή Βατοπεδίου 36.852 μ²
- Απαλλοτρίωση από ιδιώτες 9.301 μ²
- Την Ιερά Μονή Βατοπεδίου 2.620 μ²

Γενικό Σύνολο 48.746 μ², έναντι 20.000 μ² της εκτάσεως του παλαιού Νοσοκομείου.

Στην αγορά του οικοπέδου αλλά και στην απόφαση ανέγερσης σημαντική και καθοριστική ήταν η βοήθεια του Σεβασμιότατου Μητροπολίτη Μεσσηνίας κ. Χρυσοστόμου και του τότε Δ.Σ του Νοσοκομείου. Στις 17.04.1989 μετά από δημοπράτηση ανατέθηκε η κατασκευή του φέροντος Οργανισμού του κεντρικού κτιρίου προϋπολογισμού 1.070.000.000 δρχ. στις εταιρείες «Ι.Σιγάλας και ΣΙΑ ΕΠΕ». Στις 21.05.1989 θεμελιώνεται το νέο Νοσοκομείο και μέχρι το 1990 ολοκληρώνεται ο φέρων Οργανισμός. Το χρονικό διάστημα 1990-1994 διεκόπησαν οι εργασίες για άγνωστους λόγους.

Έτσι, με τις κατωτέρω αποφάσεις του Υπουργού Υγείας-Πρόνοιας ανατίθεται στην ΔΕΠΑΝΟΜ οι εργασίες:

α) Ολοκλήρωση της κατασκευής (Υ4α/2687/Φ14/102/95 (22.03.1995)

β) Προμήθειας του βασικού Ιατρικού Εξοπλισμού Υ4α/5905/Φ14/102/95 (18.07.1995)

γ) Προμήθειας του Ξενοδοχειακού Εξοπλισμού Υ4α/7410/Φ14/102/95 (03.08.1995)

Το νέο Νοσοκομείο αποτελείται από το κυρίως κτίριο, την Ψυχιατρική μονάδα και τα επί μέρους βοηθητικά κτίσματα συνολικού εμβαδού 24.273 μ.²

Το Νοσοκομείο Καλαμάτας λειτουργεί στις νέες του εγκαταστάσεις από τις 19 Ιουνίου του έτους 2000 όπου μεταφέρθηκε από το παλαιό κτίριο μετά από 49 περίπου χρόνια λειτουργίας εκεί. Η Νοσοκομειακή Μονάδα Καλαμάτας βρίσκεται στο Ν.Δ. άκρο της Πελοποννήσου και εξυπηρετεί ένα μόνιμο πληθυσμό περίπου 60.000 κατοίκων. Το νέο κτίριο στο οποίο στεγάζεται σήμερα λοιπόν η Νοσοκομειακή Μονάδα Καλαμάτας βρίσκεται εκτός πόλης, στην Εθνική Οδό Τριπόλεως- Καλαμάτας και συγκεκριμένα στο χωριό Αντικάλαμος.

Γ' Φάση:

Στις 2 Μαρτίου του έτους 2001 σύμφωνα με το Ν.2889 « Περὶ βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ.», το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας μετονομάζεται "Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας (Γ.Ν.Κ.)" και την επωνυμία αυτή φέρει μέχρι και τον Ιούλιο του 2013, όπου και μετονομάστηκε σε "Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας-Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας".

3.2 Σκοπός του Νοσοκομείου

Σκοπός του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας και της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας ειδικότερα, βάση του οργανισμού της είναι:

- Η παροχή στο πλαίσιο και την έκταση της διάρθρωσης της Ιατρικής Υπηρεσίας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση σύμφωνα με τους κανόνες του Ε.Σ.Υ.

- Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας.
- Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση των ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η συνεργασία με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση του έργου στον τομέα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.
- Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.
- Η ανάπτυξη των διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, την Διοίκηση της 6ης Υ.Πε. και το Ενιαίο Όργανο Συλλογικής Διοίκησης του Νοσοκομείου.

Υπηρεσίες του Γ.Ν. Καλαμάτας

Το νοσοκομείο Καλαμάτας απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική - Οικονομική
- Αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής
- Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες.

Ο αριθμός των κλινών είναι 321, έναντι 250 κλινών του παλαιού Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

1. Η Ιατρική Υπηρεσία της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε Τομείς, στους οποίους λειτουργούν Τμήματα ανά ειδικότητα. Μονάδες, Ειδικές Μονάδες καθώς και Διατομεακά Τμήματα ως εξής:

Α. Παθολογικός Τομέας:

Τμήματα:

- Παθολογικά δύο (2)
- Καρδιολογικό
- Παιδιατρικό-Νεογνολογικό
- Νεφρολογικό
- Ειδικές Μονάδες:
- Μονάδα Εμφραγμάτων

Μονάδες:

- Τεχνητού Νεφρού
- Περιτοναϊκής Κάθαρσης
- Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου

- Αιμοδυναμική

Β. Χειρουργικός Τομέας:

Τμήματα:

- Χειρουργικό
- Ορθοπεδικό
- Μαιευτικό-Γυναικολογικό
- Ουρολογικό
- ΩΡΛ
- Οφθαλμολογικό
- Οδοντιατρικό
- Αναισθησιολογικό

Μονάδα:

- ΜΑΦ

Γ. Εργαστηριακός Τομέας

- Βιοπαθολογικό
- Βιοχημικό
- Αιματολογικό-Αιμοδοσίας
- Παθολογοανατομικό
- Κυτταρολογικό
- Ακτινοδιαγνωστικό
- Μικροβιολογικό
- Φαρμακείο
- Νεκροτομείο

Δ. Τομέας Ψυχικής Υγείας

Τμήμα:

- Ψυχιατρικό

Δομές:

- Κέντρο Ψυχικής Υγείας
 - Ξεώνας Ψυχαργός
- Υπάρχουν ακόμα διατομεακά τμήματα:
- Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας
 - ΜΕΘ
 - ΤΕΠ
 - ΚΕΦΙΑΠ
 - Τακτικών Ιατρείων
 - Φυσικοθεραπείας

Λοιπά τμήματα:

- Παραϊατρικού Προσωπικού
- Κοινωνικής Εργασίας
- Διαιτολογίας-Διατροφής

Κεφάλαιο 4

Η έννοια της Ποιότητας

4.1 Γενικά

Η αναζήτηση της ποιότητας, ανάγεται στα αρχαία χρόνια, μέσα από πληροφορίες που διαθέτουμε για τον ποιοτικό έλεγχο της καταλληλότητας των χρηστικών αντικειμένων (όπως αγγείων). Στα νεότερα χρόνια και συγκεκριμένα στις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα, ο ποιοτικός έλεγχος αρχίζει να εφαρμόζεται συστηματικά στη βαριά βιομηχανία, πιο ειδικά στις κατασκευές, στην αυτοκινητοβιομηχανία και στην αεροπορική βιομηχανία. Ο κλάδος των τροφίμων και η φαρμακοβιομηχανία ενδιαφέρονται εξίσου για την τήρηση των ποιοτικών προδιαγραφών, στην παραγωγή και διάθεση των προϊόντων τους (Αλεξιάκης, 2006).

Η ποιότητα, είναι μια έννοια που εύκολα γίνεται αντιληπτή ως θετική, χωρίς ωστόσο να ορίζεται με απόλυτη ακρίβεια. Ένας ακριβής καθολικός ορισμός, είναι ανέφικτο να υπάρξει, λόγω της ευρύτητας της έννοιας της ποιότητας. Ετυμολογικά, προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιητής», με ρίζα το «ποιος - τι λογής» και σημαίνει το ποιόν, τη φύση ή την εσωτερική υπόσταση ενός προσώπου ή πράγματος, καθώς και το σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα εμπόρευμα, σε σχέση με τα ομοειδή του. Θεωρητικά, η ποιότητα είναι υποκειμενική έννοια, καθώς εξαρτάται από τον κριτή (Κέφης, 2005). Τροποποιείται και διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται (για παράδειγμα, διαφορετικά γίνεται αντιληπτή η «ποιότητα» στα προϊόντα και διαφορετικά στις υπηρεσίες), όπως και στο βαθμό στον οποίο εκφράζει τις πραγματικές ανάγκες των πελατών, οι οποίες συνδέονται με χρονικές αλλά και χωρικές παραμέτρους (Casson, 1992).

Ο ορισμός της ποιότητας έχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη/χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα, συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού, συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στη φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και γι' αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη (Κωσταγιόλας κ.ν., 2008).

Ο Crosby (1980), προσδιόρισε την ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, ως τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις - προδιαγραφές του. Ο Feigenbaum (1983), τη θεωρεί ως ένα σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία, όταν αποδοθούν σε χρήση, θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη. Ο Ishikawa (1985), κάνει διαχωρισμό μεταξύ ευρύ και στενού ορισμού της ποιότητας.

Στην ευρεία ερμηνείας της, η ποιότητα συναποτελείται από: ποιότητα εργασίας, ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα πληροφόρησης, ποιότητα διαδικασιών, ποιότητα τμήματος, ποιότητα ανθρώπων - συμπεριλαμβανομένων των εργατών, των μηχανικών, των διευθυντών, των διοικητικών στελεχών, ποιότητα συστήματος, ποιότητα

οργανισμού, ποιότητα αντικειμενικών στόχων κτλ. Ο Juran (1986) ορίζει την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση». Ο Deming (1993) υποστηρίζει πως είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη. Οι Reeves & Bednar, (1994) την προσέγγισαν ως:

- Αριστεία (Excellence),
- Αξία (Value),
- Συμμόρφωση με τις προδιαγραφές (Conformance to specifications),
- Κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών (Meeting Customer Expectations)

Σύμφωνα με τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις πραγματικές (εκφρασμένες ή συνεπαγόμενες) ανάγκες των χρηστών (ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000). Για τον Δερβιτσιώτη, η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν ή υπηρεσία) είναι η προσφερόμενη στον πελάτη αξία για τη συνολική διάρκεια χρήσης του προϊόντος/υπηρεσίας, σε σχέση με το συνολικό οικονομικό και ψυχολογικό κόστος για τον κύκλο ζωής του είδους (Δερβιτσιώτης, 2001).

Οι Evans & Lindsay, υποστηρίζουν πως ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay, 2007). Σύμφωνα με τον John Ovretveit, κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας, θα πρέπει να συμπεριληφθούν:

- ένας επαγγελματικός ορισμός του τί χρειάζεται ο πελάτης,
- ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και
- η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του.

Ο Ovretveit την ορίζει ως «την ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» (Ovretveit, 2004), ενσωματώνοντας σ' αυτόν τον ορισμό τρία στοιχεία:

- την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη,
- τα παράπονα του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει,
- την επαγγελματική ποιότητα, η οποία είναι ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και, τέλος,
- την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Ο Μπουραντάς (2002), αναφέρει πως η ποιότητα εκφράζει τον βαθμό στον οποίον ένα προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται με αξιοπιστία στις προδιαγραφές (πρότυπα) στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται με βάση το σχεδιασμό του. Το ραγδαία μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η διαρκώς εξελισσόμενη τεχνολογία, θέτουν σε αμφισβήτηση τις αντιλήψεις μας για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από τις ιδέες για την ποιότητα, έχουν βασιστεί στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες εγγύησης ποιότητας ή ελέγχου ποιότητας (Παπανικολάου, 2007).

4.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες

Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών

Οι Parasuraman et al (1988), έδειξαν πως ανεξάρτητα από τη φύση της παρεχόμενης υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν τα ίδια κριτήρια περίπου για να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Τα κριτήρια κατατάσσονται σε δέκα κατηγορίες, οι οποίες ονομάζονται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών». Αυτές είναι:

- Αξιοπιστία (Reliability): Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
- Ανταπόκριση (Responsiveness): Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν τον χρήστη.
- Ικανότητα (Competence): Απαραίτητα προσόντα - δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
- Πρόσβαση (Access): Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.
- Ευγένεια (Courtesy): Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
- Επικοινωνία (Communication): Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.
- Επαγγελματική πίστη (Credibility): Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.
- Ασφάλεια (Security): Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.
- Κατανόηση (Understanding): Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.
- Φυσικά χαρακτηριστικά (Physical tangibles): Ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζομένων και άλλων προμηθευτών.

Οι Zeithaml et al. (1990), ανακάλυψαν, πως μερικές από τις δέκα διαστάσεις συσχετιζόνταν μεταξύ τους. Αυτό οδήγησε στο SERVQUAL (service - quality), το οποίο είχε τις εξής πέντε διαστάσεις: φυσικό περιβάλλον (tangibility), αξιοπιστία (reliability), ανταπόκριση (responsiveness), διασφάλιση (assurance), κατανόηση (empathy).

4.3 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών

Σύμφωνα με τον Β. Παπανικολάου (2007), οι υπηρεσίες έχουν κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία τις διαφοροποιούν από τα προϊόντα. Αυτά είναι τα παρακάτω:

- Οι υπηρεσίες δεν είναι κάτι το απτό και γι' αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να τις προσδιορίσει και να τις εξηγήσει αυτός που τις παρέχει, ενώ δύσκολη μπορεί να είναι και η αξιολόγησή τους από τον πελάτη.
- Συχνά, ο πελάτης, συμμετέχει άμεσα στην παραγωγή κάποιας υπηρεσίας.
- Σε μεγάλο βαθμό, οι υπηρεσίες καταναλώνονται τη στιγμή κατά την οποία παράγονται. Οι υπηρεσίες, δεν μπορούν να αποθηκευτούν ή να μεταφερθούν.
- Όταν ο πελάτης πληρώνει για κάποια υπηρεσία, δε γίνεται ιδιοκτήτης κάποιου πράγματος,
- Οι υπηρεσίες είναι δραστηριότητες ή διαδικασίες και επομένως, δεν μπορεί να τις ελέγξει ο πελάτης προτού τις αγοράσει.

Πολλές φορές, οι υπηρεσίες αποτελούνται από ένα σύστημα υπο-υπηρεσιών. Ο πελάτης αποτιμά το σύνολο όλων αυτών των υπηρεσιών. Η ποιότητα και η ελκυστικότητα της υπηρεσίας εξαρτάται από τη συνολική εμπειρία την οποία είχε ο πελάτης.

4.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η επιδίωξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί εδώ και μια δεκαετία το σημαντικότερο ίσως θέμα που απασχολεί όλους τους επαγγελματίες και εμπλεκόμενους στον κλάδο. Αν και διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας όπως η Αδειοδότηση, η Διαπίστευση και η Πιστοποίηση δεν είναι καινούργιες, το έλλειμμα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας παραμένει ιδιαίτερα υψηλό, ενώ οι προσεγγίσεις και τα εργαλεία που προτείνονται εξακολουθούν να βρίσκονται σε αρχικό στάδιο και κατά συνέπεια είναι πολυπληθή. Η ποιότητα αποτελεί αποτιμώμενο και όχι απογραφόμενο μέγεθος και κατά συνέπεια απαιτεί δείκτες οι οποίοι θα συντεθούν από πληροφορίες.

Ο Avedis Donabedian (1980), πατέρας της ποιότητας στον τομέα της υγείας, όρισε τρεις παραμέτρους, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη ποιότητα στην φροντίδα υγείας. Η πρώτη, είναι το τεχνικό μέρος και αφορά στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των άλλων επιστημών της υγείας. Η δεύτερη, είναι το διαπροσωπικό μέρος και αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τους ανθρώπους που απασχολούνται στον τομέα της υγείας. Τέλος η τρίτη παράμετρος, είναι η ξενοδοχειακή υποδομή και αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις υποδομές, από τις οποίες εξαρτώνται η διαμονή και οι ανέσεις του ασθενή. Έτσι όρισε την ποιότητα φροντίδας, ως «αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σ' όλα τα επιμέρους σημεία». Αργότερα (1988), έδωσε τρεις ορισμούς, υποστηρίζοντας πως κανένας ορισμός δεν είναι αρκετός, δίνοντας έμφαση έτσι στη δυσκολία ορισμού και αποσαφήνισης της έννοιας της ποιότητας, η οποία, έγκειται στη πολυσχιδή φύση της, ανάλογα δηλαδή με το οπτικό πρίσμα προσέγγισής της. Οι ορισμοί είναι οι παρακάτω:

- Απόλυτος ορισμός: Διερεύνηση της πιθανότητας του οφέλους και της βλάβης στην υγεία, από την πλευρά των θεραπειών. Μηδαμινή σημασία κόστους.

- Εξατομικευμένος ορισμός: Προσανατολισμός στις προσδοκίες του ασθενή όσον αφορά το όφελος και/ή την ζημιά και άλλες ανεπιθύμητες συνέπειες.
- Κοινωνικός ορισμός: Εσωκλείει το κόστος φροντίδας, την συνοχή του οφέλους/ζημιάς και την παροχή φροντίδας υγείας, εξεταζόμενη από την πλευρά του πληθυσμού.

Ο Donabedian (1988), προσέγγισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως προς τρεις κύριους τομείς:

- Δείκτες δομής: Πόροι, προσωπικό, εξοπλισμός, εγκαταστάσεις, πληροφοριακά συστήματα
- Δείκτες διαδικασίας: Προληπτική φροντίδα, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, ενημέρωση και εκπαίδευση.
- Δείκτες αποτελέσματος: Κατάσταση υγείας, αποτελέσματα φροντίδας, κατάσταση καλής υγείας ασθενή, ικανοποίηση ασθενή, αποδοτικότητα χρήσης πόρων.

Στη συνέχεια, ο Donabedian (1990), παρουσίασε τα επτά χαρακτηριστικά της ποιότητας στην υγεία. Αυτά είναι:

- Κλινική αποτελεσματικότητα (Efficacy): Η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.
- Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): Ο βαθμός στον οποίο υλοποιούνται ρεαλιστικές υγειονομικές βελτιώσεις.
- Αποδοτικότητα (Efficiency): Η ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος.
- Βελτιστότητα (Optimality): Το ισοζύγιο κόστους-οφέλους με τα μέγιστα πλεονεκτήματα.
- Αποδεκτικότητα (Acceptability): Η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά στην προσπελασιμότητα, τη σχέση επαγγελματία - ασθενή, τις παροχές, τις συνέπειες της φροντίδας καθώς και το κόστος της.
- Νομιμότητα (Legitimacy): Συσχετίζεται με τα παραπάνω χαρακτηριστικά.
- Δίκαιη διανομή ωφελειών (Equity): Η δίκαιη κατανομή της παρεχόμενης φροντίδας και οι επιπτώσεις που έχει στην υγεία.

Σύμφωνα με τον Maxwell (1984a, 1984b), η ποιότητα εξαρτάται από τις παρακάτω παραμέτρους:

- Προσπελασιμότητα: Τα οποιαδήποτε εμπόδια καταργούνται και η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ελεύθερη. Τα εμπόδια μπορεί να είναι γεωγραφικά, οικονομικά, γλωσσικά κ.ά.
- Ισότητα: Ίση μεταχείριση ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση.
- Κοινωνική αποδοχή: Η αντίληψη του πελάτη όσον αφορά τη παροχή των υπηρεσιών, τα σχόλιά του και η αξιολόγηση της υπηρεσίας η οποία του παρέχεται.
- Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες: Συμφωνία μεταξύ των αναγκών των ατόμων της αρρώστιας και της αναπηρίας.
- Αποδοτικότητα: Το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Τεχνική αποτελεσματικότητα: Η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία του ασθενή.

Η δεκαετία του 1990 συνδυάστηκε με σοβαρή κρίση της υγειονομικές υπηρεσίες των ανεπτυγμένων χωρών. Το σημαντικότερο πρόβλημα ήταν και παραμένει το έλλειμμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από το κράτος και τη κοινωνική ασφάλιση. Αλλά και στον τομέα της παροχής των φροντίδων υγείας υπάρχει αύξηση της συζήτησης και για εφαρμογή διαχειριστικών και ελεγκτικών συστημάτων με στόχο τη μείωση του

κόστους και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας. Πολλές χώρες στην Ευρώπη προσπαθούν να ρυθμίσουν και να διαχειριστούν τις αγορές φροντίδων υγείας (regulated markets or managed care) και παράλληλα να θέσουν προτεραιότητες με βάση τις αυξανόμενες ανάγκες (Πολύζος, 2007). Οι οργανισμοί υγείας και οι μέθοδοι εξελίσσονται με μεγάλο ρυθμό. Είναι δύσκολο να υιοθετηθούν οι νέες εξελίξεις και ταυτόχρονα να διατηρηθεί ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας (Blumenthal, 1996, Ovretveit, 2000, Rigby, 2000, Kunkel & Westerling, 2006). Η ποιότητα στον τομέα της υγείας, είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση συγκριτικά με αυτή στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό, η βασική μεθοδολογία και τα αντίστοιχα εργαλεία της, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν την εφαρμογή τους στην υγεία (Τούντας, 2003a).

Δεδομένων αυτών, θα ήταν εκτός αντικειμένου να συζητήσουμε εδώ συγκεκριμένους δείκτες που επιχειρούν να μετρήσουν την ποιότητα σε ένα σύστημα υγείας. Υπάρχουν όμως ορισμένες πρωτογενείς πληροφορίες οι οποίες αντανακλούν και προϊδεάζουν απευθείας για το επίπεδο της ποιότητας ορισμένων τουλάχιστον πτυχών των υπηρεσιών που προσφέρονται. Τέσσερις τέτοιες πληροφορίες που αποτελούν ουσιώδη δείκτη οργανωτικής και ιατρικής αποτελεσματικότητας και άρα θα πρέπει να καταγράφονται είναι: 1. οι χρόνοι αναμονής, 2. οι επαναεισαγωγές, 3. η επαναλειψιμότητα των εργαστηριακών εξετάσεων, 4. τα στοιχεία θνησιμότητας.

Στα πλαίσια αυτής της φιλοσοφίας, δηλαδή την καταγραφή, με σκοπό την εξάλειψη, γεγονότων τα οποία καθαυτά αποτελούν ένδειξη σοβαρών ελλειμμάτων στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών, την τελευταία δεκαετία στις ΗΠΑ εφαρμόζεται ο θεσμός της "Αναφοράς Δυσμενών Γεγονότων" τα οποία έχουν το προσωνύμιο "never events", διότι κρίνεται ότι δεν θα έπρεπε ποτέ να συμβαίνουν μέσα σε μία στοιχειωδώς ευλειτουργούσα μονάδα υγείας. Δεδομένου ότι αυτές οι αναφορές ετοιμάζονται και αποστέλλονται στους αρμόδιους κόμβους συλλογής πληροφορίας (κυβερνητικές υπηρεσίες ή σε μη-κυβερνητικούς οργανισμούς) από τις ίδιες τις Μονάδες Υγείας, υπάρχει ένα πλέγμα κινήτρων και αντικινήτρων για να επιτευχθεί η ειλικρινής και πλήρης συμμετοχή στο θεσμό, όπως η εμπιστευτική τήρηση των πληροφοριών αυτών και η μη δυνατότητα χρήσης τους σε δικαστικές υποθέσεις ή η μη μείωση των ποσοστών αποζημίωσης από δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς. Η λίστα "δυσμενών γεγονότων" που ισχύει στις ΗΠΑ υπό τον τίτλο "serious reportable events" περιλαμβάνει διάφορα γεγονότα, όπως: παραμονή ξένου αντικειμένου μετά από χειρουργική επέμβαση, θάνατος ή σοβαρή ανικανότητα μετά από χρήση εξοπλισμού, λανθασμένη φαρμακοληψία, ηλεκτροπληξία, έγκαιμα ή πτώση, αυτοκτονία ασθενούς και παράδοση ανηλίκου σε λάθος πρόσωπο.

Για τους ειδικούς στα θέματα Ποιότητας Υγείας, ο θεσμός αυτός ίσως σχετίζεται περισσότερο με την ασφάλεια των ασθενών, παρά με την ποιότητα. Παρ' όλα αυτά, ειδικά για τα συστήματα Υγείας τα οποία μόλις ξεκινούν την προσπάθεια συστηματικής παρακολούθησης και βελτίωσης των υπηρεσιών τους, η εφαρμογή του αποτελεί ένα χρήσιμο σημείο έναρξης. Σημαντικές πληροφορίες για την ποιότητα στην υγεία έχουν να προσφέρουν οι ίδιοι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους, όχι ως "δικαίωμα", αλλά γιατί η ποιότητα των υπηρεσιών συν-καθορίζεται από την υποκειμενική εμπειρία του λήπτη: τακτικές και περιοδικές δημοσκοπήσεις και έρευνες γνώμης για το σύστημα Υγείας αποτελούν σημαντική πηγή συλλογής πληροφοριών. Μάλιστα οι έρευνες αυτές θα πρέπει να εκτελούνται ανά μονάδα υγείας και όχι μόνο για το σύστημα υγείας γενικά, προκειμένου να αυξηθεί η αξία τους για διοικητικές παρεμβάσεις. Οι πληροφορίες αναφορικά με την ασφάλεια και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας αποτελούν σημαντικό κόμβο σύνδεσης του συστήματος υγείας ως παραγωγικού μηχανισμού με την διάστασή του ως κοινωνικοοικονομικού θεσμού.

Παρακάτω παρατίθενται κάποιοι επίσημοι ορισμοί στις υπηρεσίες υγείας, μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση:

Πίνακας 1: Επίσημοι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαφορετικών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Γαλλία	Η ποιότητα ορίζεται, ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος/υπηρεσίας που το καθιστούν ικανό να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες.
Γερμανία	Η ποιότητα και η αποδοτικότητα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων, πρέπει να συναντούν το γενικό επίπεδο ιατρικής γνώσης και ανάπτυξης.
	<ul style="list-style-type: none"> • Διαπροσωπική (συμμόρφωση των ιατρικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων με τις αξίες, τα δικαιώματα καθώς και τις ανάγκες των ασθενών). • Οικονομική (οι τεθέντες σκοποί επιτεύχθηκαν με αποδοτική χρήση των πόρων).
Βέλγιο	Η ποιότητα* ορίζεται ως το σύνολο των αναγκαίων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών, ώστε να ικανοποιούνται οι εκφρασμένες και οι συνεπαγόμενες ανάγκες υγείας του πελάτη (άτομο ή κοινότητα). (* Ο ορισμός είναι γενικός, αλλά εφαρμόζεται και στον τομέα της υγείας.)
Σουηδία Φιλανδία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων και συνεπαγόμενων χαρακτηριστικών (ISO 8402:1994).
Ελβετία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας δομής, μιας διαδικασίας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που το/την καθιστούν κατάλληλο/λη για την εκπλήρωση των παρόντων απαιτήσεων [Manual for Quality Management in Swiss Hospitals (Leitfaden zum Qaulitasmanagement im Schweizerischen Krankenhaus)]
Ιρλανδία	Ο καθορισμός της πολιτικής που αφορά στην νοσοκομειακή φροντίδα στην Ιρλανδία αποτελεί τμήμα των εργασιών του Υπουργείου Υγείας (Department of Health) και των οκτώ τοπικών Συμβουλίων Υγείας (Regional Health Boards) που έχουν την ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας. (Δεν υπάρχει εθνικό ή τοπικό συμβούλιο με ειδική αρμοδιότητα για τον καθορισμό της ποιότητας.)
Ισπανία	Η ποιότητα ορίζεται ως η εγγύηση ότι όλες οι πλευρές της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου εκτελούνται επαρκώς, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των προσδοκιών του χρήστη και της επίτευξης υψηλού επιπέδου ικανοποίησης του.
Λουξεμβούργο	Δεν υπάρχει, προς το παρόν, επίσημος ορισμός της ποιότητας στο Λουξεμβούργο. Ωστόσο, ο Σύνδεσμος Νοσοκομείων (Hospital Association), στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών του νοσοκομείου που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες των χρηστών και να επιτυγχάνουν ένα προσδιορισμένο όριο Αριστείας»
Μεγάλη Βρετανία	Η ποιότητα ορίζεται ως η αδιάλειπτη ολική διεργασία φροντίδας, η οποία αναπτύχθηκε με ασθενοκεντρική οπτική και παρέχει μετρήσιμα αποτελέσματα σύμφωνα με τις εφαρμοζόμενες τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές.
Ολλανδία	Η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η φροντίδα ή η υπηρεσία με χαρακτηριστικά που ικανοποιούν ειδικές απαιτήσεις σύμφωνα με το τρέχον επίπεδο γνώσης και τους διαθέσιμους πόρους, καλύπτει τις προσδοκίες των ανθρώπων για οφέλη, μεγιστοποιώντας την ελαχιστοποίηση των κινδύνων υγείας και της ποιότητας της ζωής.
Πορτογαλία	Δεν υπάρχει επίσημος ορισμός της ποιότητας της φροντίδας αλλά χρησιμοποιείται ο ορισμός του Donabedian, π.χ. «η φροντίδα που παρέχει μέγιστη ευεξία και ικανοποίηση»
	Πηγή: Κωσταγιόλας κ. συν., 2008, «Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας».

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2000) ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση. Ο JCAHO ανέλυσε εννιά παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν την ποιότητα στον τομέα της υγείας:

- Καταλληλότητα (Appropriateness): Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενή, με δεδομένη την παρούσα γνώση.
- Διαθεσιμότητα (Availability): Ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να αντεπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενή ο οποίος εξυπηρετείται.
- Συνέχεια (Continuity): Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
- Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με τον σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- Δραστηκότητα (Efficacy): Ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
- Αποδοτικότητα (Efficiency): Η αναλογία των αποδόσεων (αποτελέσματα της φροντίδας) για έναν ασθενή, προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.
- Σεβασμός και φροντίδα (Respect and caring): Ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.
- Ασφάλεια (Safety): Ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκόμενους.

Ο Οργανισμός για Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ - 2004), ορίζει την ποιότητα της φροντίδας υγείας, ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση.

Οι Κωσταγιόλας κ. συν. (2006), προσεγγίζουν την ποιότητα ως μια τρισυπόστατη έννοια:

- Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη: Το σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας που παρέχει στον χρήστη τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη και προσδοκά τη δεδομένη χρονική στιγμή, στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας: Η αντίληψη του επαγγελματία υγείας, αναφορικά με τον βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας και αναφορικά με τον βαθμό που το προσωπικό συμμετέχει στην ανάπτυξη και εφαρμόζει ενδεδειγμένα τις διαδικασίες που θεωρούνται αναγκαίες γι' αυτό τον σκοπό.
- Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης: Ο αποτελεσματικός και αποδοτικός τρόπος χρήσης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση των πραγματικών (εκφρασμένων και συνεπαγομένων) αναγκών του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, μέσα στα όρια που θέτουν ανώτερες ρυθμιστικές αρχές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός για την Υγεία (ΠΟΥ), ορίζει την ποιότητα φροντίδας ως, το επίπεδο παρουσίας, των ουσιαστικών στόχων των υγειονομικών συστημάτων, για

βελτίωση της υγείας και ανταποκρισιμότητα σε θεμιτές προσδοκίες του πληθυσμού. (Π.Ο.Υ. 2000 στο Legido-Quigley et al., 2008). Το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (1997 στο Legido-Quigley et al., 2008), ορίζει την ποιότητα ως εξής:

- κάνοντας τα σωστά πράγματα (τι)
- στους σωστούς ανθρώπους (σε ποιους)
- στο σωστό χρόνο (πότε) και
- κάνοντας τα πράγματα με τον σωστό τρόπο από την πρώτη φορά.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης (1998 στο Legido-Quigley et al., 2008), ορίζει πως είναι ο βαθμός, στον οποίο η φροντίδα που διανέμεται, αυξάνει τις πιθανότητες του ασθενή να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα και εξαλείφει τις πιθανότητες για απροσδόκητα αποτελέσματα,, ακολουθώντας τις εξελίξεις στη γνώση.

4.5 Σημασία μέτρησης της ποιότητας

Η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, στοχεύει (Νιάκας 2003) στην:

- Διερεύνηση της επιτυχούς ή μη εφαρμογής της ιατρικής γνώσης στις ανάγκες των ασθενών.
- Βελτίωση του επίπεδου φροντίδας
- Αξιολόγηση των δύο πρώτων σκοπών, ώστε να διατηρηθεί η αξιοπιστία και η υπευθυνότητα της συγκεκριμένης υπηρεσίας
- Εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων που θα χρησιμοποιηθούν στην χάραξη στρατηγικών από την πλευρά του οργανισμού και πολιτικής υγείας από την πλευρά του κράτους.

Κεφάλαιο 5

Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας

5.1 Οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Κάθε οργανισμός ενδιαφέρεται για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει. Το βασικό στοιχείο που πρέπει να εξετάσουμε είναι ποια είναι τα οφέλη της ποιότητας για κάθε έναν από τους ενδιαφερόμενους, ώστε να γνωρίζουμε για ποιον λόγο έχει τόση αξία η αξιολόγησή της. Ειδικότερα υπάρχουν (Σιγάλας 1999, Γεωργακάκου 2000, Νιάκας 2003):

- Οφέλη για τους ασθενείς: σχετιζόμενα με την υγειονομική τους και ψυχολογική τους κατάσταση αλλά και οικονομικά οφέλη λόγω της αποτελεσματικής θεραπείας και της μείωσης των εξόδων των ίδιων και των συγγενών τους.
- Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας: τα οποία συνίστανται στην αποτελεσματικότητα του έργου τους, στην νομική τους κατοχύρωση, στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους, στο σεβασμό εκ μέρους των ασθενών και των συγγενών τους, στην απαλλαγή τους από εκνευρισμό και άγχος, στην ανοχή εκ μέρους των σθενών σε τυχόν λάθη κλπ.
- Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας: τα οποία αφορούν τη φήμη τους, οικονομικά και λειτουργικά οφέλη καθώς περιορίζεται η χρησιμοποίηση της μονάδας, μειώνεται το λειτουργικό κόστος λόγω της έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενών ενώ παράλληλα εξοικονομούνται πόροι, λόγω της αποφυγής περιττών εξετάσεων ή θεραπειών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην εξυπηρέτηση άλλων ασθενών, στην έρευνα, στην εκπαίδευση του προσωπικού κλπ.

5. 2 Μελέτες μέτρησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι μελέτες για τη διερεύνηση της ποιότητας στην Ελλάδα είναι λίγες στον αριθμό, σε σύγκριση με αυτές στο εξωτερικό. Τα ερευνητικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα στα ελληνικά δεδομένα, ώστε να υπάρχει η απαραίτητη εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, αλλά και των συμπερασμάτων που προκύπτουν. Κατά αυτόν τον τρόπο καθίσταται δυνατό να πραγματοποιούνται οι απαραίτητες διορθωτικές-ποιοτικές παρεμβάσεις. Στις ακόλουθες σελίδες παρατίθενται έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα αλλά και τον διεθνή χώρο και αφορούν στην ικανοποίηση των ανθρώπινων πόρων (επαγγελματική ικανοποίηση, ικανοποίηση ασθενή) στον τομέα της υγείας.

5.2 1 Ελληνικές έρευνες

Οι Κυριόπουλος και συν. (1989), πραγματοποίησαν έρευνα ικανοποίησης χρηστών με ερωτηματολόγιο. Το δείγμα της έρευνας ήταν 137 χρήστες των υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων σε 7 υποκαταστήματα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στην Αττική. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες ήταν μεταξύ 55,6%-65%. Ως προς το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών η ικανοποίηση κυμαινόταν από 40%-58,5%.

Ο Μ. Θεοδώρου (1993), διερεύνησε την ικανοποίηση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, τη συνέχεια της φροντίδας, την προσπελασιμότητα και το δικαίωμα επιλογής του γιατρού από τον ασθενή. Ο πληθυσμός της έρευνας, ήταν 880 ασθενείς, οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία και τα στοιχεία αντλήθηκαν από ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν κατόπιν συνέντευξης. Συγκρίνοντας τα δύο πρότυπα οικογενειακού γιατρού του ΙΚΑ, συνάχθηκε ότι τα ιδιωτικά ιατρεία θεωρούνται καλύτερα από εκείνα των πολυϊατρείων, ως προς την ικανοποίηση των ασθενών.

Προσπάθεια αποτύπωσης της ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, έγινε και σε μία ακόμη έρευνα των Ροδάκη κ. συν. το 1994. Η έρευνα αφορούσε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία για τα νοσοκομεία: Ιπποκράτειο, Λαϊκό, Κοργαλένιο-Μπενάκιο ΕΕΣ, Τζάνειο, Σισμανόγλειο και Γ. Γεννηματάς. Το δείγμα πληθυσμού ήταν 123 ασθενείς για το Ιπποκράτειο, εκ των οποίων το 90% δήλωσε ικανοποιημένο από τους ιατρούς και νοσηλευτές. Στο Λαϊκό από τους 138 ασθενείς, το 56% δήλωσε ικανοποιημένο. Στο Κοργαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ από τους 126 ερωτηθέντες το ποσοστό ήταν 77,8%. Στο Τζάνειο, στα 180 ερωτηματολόγια τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν πολύ υψηλά. Στο Σισμανόγλειο το 80,6% από τους 134 ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι, ενώ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης παρατηρήθηκαν και για το Γ. Γεννηματάς, όπου ρωτήθηκαν 200 ασθενείς.

Οι Calnan & Wall (1999), ερεύνησαν την ικανοποίηση μέτρησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία είχε ως δείγμα 4 ευρωπαϊκές πόλεις, μία εκ των οποίων ήταν και τα Ιωάννινα. Τα αποτελέσματα από την μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών στα Ιωάννινα έδειξαν ικανοποίηση 87%, φτάνοντας έτσι στη δεύτερη θέση. Το Canterbury ήταν στη πρώτη θέση με 95% ικανοποίηση, το Βελιγράδι στην τρίτη με 85% και στην τέταρτη η Μόσχα με 62%.

Η Ένωση Καταναλωτών Ποιότητας Ζωής (Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ.,1999), πραγματοποίησε έρευνα σε 59 νοσοκομεία, με κυρίως θέμα την ικανοποίηση των χρηστών από την εσωτερική οργάνωση των νοσοκομείων. Πάνω από το 50% θεωρούν μέτρια έως πολύ

κακή την πρόσβαση στα νοσοκομεία καθώς και την επικοινωνία και παροχή πληροφοριών από το προσωπικό (ΕΚΠΟΙ.ΖΩ., 1999).

Η Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας (ΕΣΔΥ) με τους Κυριόπουλος κ.συν., πραγματοποίησαν έρευνα μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων στην Αθήνα, σε δείγμα 350 ατόμων και με θέμα την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΣΥ. Το 60% δήλωσε ικανοποιημένο, έως αρκετά ικανοποιημένο (Βασιλάκης και συν., 1997, Δρίτσας και συν, 1994).

Στα αποτελέσματα της έρευνας των Moutmzoglu et al, (2000), η οποία είχε δείγμα 240 γονέων και έλαβε χώρα στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Π&Α Κυριακού», υπάρχει χαμηλή ικανοποίηση, κυρίως όσον αφορά στις οργανωτικές διαδικασίες.

Στην έρευνα των Νιάκα και Γναρδέλλη (2000), που διεξήχθη με ερωτηματολόγιο που παραλάμβαναν οι ασθενείς κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και το επέστρεφαν ταχυδρομικά, αντικείμενο ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης ως προς τις υπηρεσίες των ιατρών και νοσηλευτών. Υπολογίζεται ότι τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε περίπου 2.100 άτομα. Από αυτούς, απάντησαν μόνο οι 317 εκ των οποίων οι 300 αποτέλεσαν τελικά το δείγμα της έρευνας. Από τα αποτελέσματα, η μέση τιμή του δείκτη ικανοποίησης από το νοσηλευτικό και ιατρικό έργο, ήταν 90. Όσον αφορά στον δείκτη ξενοδοχειακής υποδομής, η μέση τιμή ήταν 74,4. Συνολικά δηλαδή, οι χρήστες ήταν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η διερεύνηση ικανοποίησης του ασθενή χρήστη, η διάγνωση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και η ενσωμάτωση των συμπερασμάτων σε ένα μοντέλο ολικής ποιότητας ήταν το θεματικό αντικείμενο της έρευνας των Καμπούρα - Νιφλή Ε κ. συν., (2001). Η έρευνα διήρκεσε ένα χρόνο, 2001 - 2002 και το δείγμα αποτέλεσαν 500 ασθενείς τεσσάρων νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας Θεσσαλίας. Η συλλογή δεδομένων έγινε με ειδικά ανώνυμο δομημένο ερωτηματολόγιο και την μέθοδο των συνεντεύξεων. Η ηλικία των ερωτηθέντων ήταν 20-75 χρόνων και ποικίλου μορφωτικού επιπέδου. Στα αποτελέσματα, το 70% των ασθενών θεωρούσε μέτριες τις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. Το 61% ομολόγησε ότι δεν γινόταν σεβαστή η προσωπικότητα τους από το ιατρικό προσωπικό, το 48% από το νοσηλευτικό και το 76% από το διοικητικό. Το 73% διαπίστωνε επικοινωνιακό έλλειμμα μεταξύ των εργαζομένων, το 68% μη ορθή διαχείριση της φροντίδας υγείας, το 53% έλλειψη ετοιμότητας, το 61% μη ποιοτικό περιβάλλον (ηχορύπανση, διατροφή, καθαριότητα κ.λπ.), και το 79% αδυναμία επιλογής υγειονομικής ομάδας.

Το 2002 οι Μερκούρης κ.συν., αποπειράθηκαν να δημιουργήσουν ένα μοντέλο εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα. Με πολυμεταβλητή ανάλυση, αποκαλύφθηκαν οι παρακάτω στατιστικά σημαντικοί παράγοντες: διαπροσωπικές σχέσεις και διαθέσιμος χρόνος προσωπικού για τον ασθενή, τεχνική αξιοπιστία, ανταπόκριση του προσωπικού και πληροφόρηση ασθενή.

Το 2002 ο Ραφτόπουλος, έχοντας ως δείγμα 380 ηλικιωμένους από 8 νοσοκομεία της Ελλάδας, αξιολόγησε την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας. Το 90,3% δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ για την ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τα ποσοστά ήταν 95,6% και 94% αντίστοιχα.

Σε έρευνα των Σουλιώτη κ. συν. (2003), η οποία πραγματοποιήθηκε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε δείγμα 350 ατόμων (175 άντρες και 175 γυναίκες), με ηλικία από 15-65 ετών στην Αθήνα, προέκυψε πως το 59,2% των χρηστών ήταν ικανοποιημένοι από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις ιδιωτικές κλινικές ήταν 86%, από ιδιώτη γιατρό 90% και από πολυϊατρείο ασφαλιστικού ταμείου 53%.

Σε μια άλλη προσπάθεια αποτύπωσης της ικανοποίησης των ασθενών, σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι Κουμανδaráκης και συν. (2004) μέτρησαν την ικανοποίηση των χρηστών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν αυτή της τηλεφωνικής συνέντευξης από τις 12 Νοεμβρίου 2002 έως τις 14 Μαρτίου 2003. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και απάντησαν τα 351 από τα 690 άτομα που ερωτήθηκαν. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ήταν ικανοποιημένο από τη συνολική φροντίδα την οποία τους παρείχε το νοσοκομείο.

Οι Αλετράς κ. συν. (2004), ανέπτυξαν και εγκυροποίησαν ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών. Το δείγμα ήταν αρχικά 285 άτομα και στη συνέχεια, έγινε μια επιπρόσθετη δειγματοληψία 100 ατόμων. Οι στατιστικές αναλύσεις ανέδειξαν τις εξής διαστάσεις: 1) ιατρική εξέταση, 2) νοσοκομειακό περιβάλλον, 3) άνεση και 4) η ώρα της συνάντησης.

Οι Καμπάνταη και Νιάκας (2004), διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Για τις ανάγκες της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο είχε τις εξής τρεις διαστάσεις: 1) υποδομή και διοικητικές/διαχειριστικές διαδικασίες, 2) ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες και 3) το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης, σύμφωνα με την γνώμη των χρηστών. Το δείγμα αποτελούνταν από 250 άτομα. Η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή και στις τρεις διαστάσεις και ειδικότερα στο κομμάτι του κλινικού έργου.

Οι Παπαγιαννοπούλου κ. συν. (2004), διεξήγαγαν μελέτη με σκοπό την μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Επιλέχθηκε δείγμα 1000 ατόμων, με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Ειδικότερα, οι συνοδοί των παιδιών κλήθηκαν να υποδείξουν την ικανοποίηση τους αφενός από την ποιότητα των διαδικασιών εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και αφετέρου από το προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό). Το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 70%. Συνολικά, το 45,2% των συνοδών έμεινε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, το 49% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα στις διαδικασίες εισαγωγής, ενώ 150 συνολικά συνοδοί δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εισαγωγής. Ποσοστό 54,3% εμφανίστηκε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του προσωπικού, ενώ μόλις το 2,1% είχε παράπονα από τη γενικότερη συμπεριφορά του. Οι ιατρικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν κατά μέσον όρο με 3,6, ενώ οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με 3,4. Επίσης, το 33,4% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Οι συνοδοί βαθμολόγησαν κατά μέσον όρο τις υποδομές του νοσοκομείου με 2,4, ενώ στην ανοικτή ερώτηση η πλειοψηφία τους δήλωσε ότι χρήζουν ανακαίνισης. Η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου αποδεικνύει ότι οι συνοδοί των ασθενών έμειναν τελικά περισσότερο ικανοποιημένοι απ' ό,τι προσδοκούσαν. Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου -ειδικά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες- αξιολογούνται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που βελτιώνει τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου. Αντίθετα, οι υποδομές του νοσοκομείου επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση του χρήστη.

Οι Πολύζος κ. συν. (2005), εκτόνησαν έρευνα με στόχο να παρουσιάσουν τα αποτελέσματα της ανάλυσης, της ενσωμάτωσης της «ποιότητας» στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και ειδικότερα, την χρήση δεικτών, οι οποίοι εκφράζουν την νοσοκομειακή ποιότητα ως προς την ικανοποίηση. Η μελέτη διεξήχθη σε 2 νοσοκομεία, ένα μη-

κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ένα νεοσύστατο, δημόσιο νοσοκομείο. Συγκεντρώθηκαν 108 ερωτηματολόγια για εσωτερικούς ασθενείς και 412 για εξωτερικούς. Ο βαθμός ικανοποίησης ήταν σχετικά υψηλός και στις 2 μονάδες υγείας. Η γενική αντίληψη για το νοσοκομείο μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα και για το δημόσιο ήταν 91,1% και 75,2%. Η αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού ήταν 92,7% και 71,3% και για το νοσηλευτικό προσωπικό, 92,7% και 84,4%, αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε σχέση, μεταξύ των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης, από την έρευνα προέκυψε πως, όσο πιο οικείο είναι το προσωπικό με αυτά τα συστήματα, τόσο πιο ικανοποιημένοι θα είναι οι ασθενείς.

Η μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών του Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, ήταν ο σκοπός της έρευνας της Καραθάνου (2006). Η έρευνα έγινε με δομημένο ερωτηματολόγιο, 44 κλειστών ερωτήσεων σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το δείγμα αποτέλεσαν 215 νοσηλευτές που εργάζονταν στο νοσοκομείο την περίοδο Δεκέμβριος 2006 - Ιανουάριος 2007. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν πως οι νοσηλευτές ήταν δυσαρεστημένοι από την εργασία τους, ως προς της οικονομικές απολαβές και τις συνθήκες εργασίας. Επίσης, βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ, ικανοποίησης και ηλικίας, και ικανοποίησης επαγγελματικής εμπειρίας.

Η Λιακοπούλου (2008), εκπόνησε μελέτη για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών σε δύο νοσοκομεία του Νομού Ιωαννίνων: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Γενικό Νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Το δείγμα της έρευνας ήταν 500 άτομα (290 από το Π.Γ.Ν.Ι. και 210 από το Γ.Ν. «Χατζηκώστα»), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν από τον Οκτώβρη 2007 έως τον Μάρτιο 2008. Το κεντρικό συμπέρασμα ήταν, πως οι ασθενείς και στα δύο νοσοκομεία, ήταν ικανοποιημένοι από τις συνολικές φροντίδες που δέχτηκαν.

5.2.2 Διεθνείς έρευνες

Στην Αγγλία το 1994, διεξήχθη μελέτη από τους Bruster et al. (1994), μεταξύ 36 νοσοκομείων τα οποία επιλέχθηκαν με τυχαιοποιημένη δειγματοληψία και στρωματοποιήθηκαν με βάση τον αριθμό των κλινών, την περιοχή και το είδος τους. Από κάθε νοσοκομείο, έλαβαν μέρος 143 ασθενείς σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στο σπίτι τους ή στο χώρο του νοσοκομείου, δύο με τέσσερις εβδομάδες μετά από το εξιτήριο. Συνολικά, τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 5.150 ασθενείς, οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί στα τμήματα που ακολουθούν:

παιδιατρικό, γυναικολογικό, ψυχιατρικό και γηριατρικό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα μεγαλύτερα προβλήματα εμφανίστηκαν στην επικοινωνία με το προσωπικό (56%), στη διαχείριση του πόνου (33%), στο σχεδιασμό του εξιτηρίου (70%>), στην ελλιπή ενημέρωση, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως το 62% των ασθενών δεν έλαβε πληροφόρηση για το πότε θα ξεκινήσει τις καθημερινές δραστηριότητες του. Συμπερασματικά, τα νοσοκομεία σε γενικές γραμμές, απέτυχαν να φτάσουν τα πρότυπα του Patient's charter.

Το 1997, η Angela Coulter, έθεσε τον προβληματισμό για το πόσο βελτιώνεται το σύστημα υγείας μετά από μια έρευνα. Οι ασθενείς, στο υγειονομικό σύστημα στη Μεγάλη Βρετανία, παρουσιάζονται αρκετά ικανοποιημένοι. Η Coulter, κατέληξε στο συμπέρασμα πως ενώ η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας βελτιώνεται, αυτό δεν γίνεται στο βαθμό που είναι πραγματικά εφικτό. Ο δρόμος για την μέγιστη πιθανή βελτίωση της ποιότητας, περνά μέσα από την ανατροφοδότηση, μέσω της οποίας επανασχεδιάζονταν ή διορθώνονταν οι διαδικασίες και οι μηχανισμοί.

Την ίδια χρονιά, οι Appleton K. et al. (1997), μελέτησαν μεταξύ άλλων, τον βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης των γενικών ιατρών στο Leeds της Αγγλίας. Από τα 406 ερωτηματολόγια που στάλθηκαν ταχυδρομικά, επέστρεψαν τα 285 (70%). Το 53% πίστευαν πως ο φόρτος εργασίας που είχαν, επηρέαζε αρνητικά την υγεία τους. Τα συμπεράσματα ήταν πως οι ερωτηθέντες ήταν γενικά δυσαρεστημένοι και αρκετά επηρεασμένοι ψυχολογικά από τις υπερωρίες, τους πολλούς ασθενείς που έβλεπαν ανά εβδομάδα, την σοβαρότητα των περιστατικών και την γραφειοκρατία.

Το 2002, οι French F. et al, δημοσίευσαν μελέτη που είχε ως αντικείμενο, τον εντοπισμό των παραγόντων, οι οποίοι διαμορφώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση. Το δείγμα ήταν 351 γιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στη Σκωτία. Η έρευνα διεξήχθη με ερωτηματολόγιο, το οποίο εστάλη ταχυδρομικά στους ερωτηθέντες. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν υψηλή ικανοποίηση ως προς τους συνεργάτες και χαμηλή ικανοποίηση με τις μισθολογικές απολαβές. Ένα ενδιαφέρον σημείο της έρευνας, ήταν πως οι γυναίκες ιατροί, έδειξαν μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση, απ' τους άνδρες.

Οι Ingersol et al. (2002), εκπόνησαν μελέτη, της οποίας ένας από τους θεματικούς άξονες, ήταν η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης. Η έρευνα έλαβε χώρα στη Νέα Υόρκη των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και αφορούσε σε νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν σε αστικά και αγροτικά νοσοκομεία, αλλά και σε άλλους χώρους όπως σχολεία. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 46% (n=1853). Τον υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης είχαν νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν στον χώρο της εκπαίδευσης, δεύτερες ήταν οι νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν σε νοσοκομεία και δεν είχαν διοικητικά καθήκοντα, τρίτες οι νοσηλεύτριες, οι οποίες απασχολούνταν σε νοσοκομεία και είχαν διοικητικά καθήκοντα, έπειτα εκείνες που απασχολούνταν σε σχολεία και τελευταίες αυτές που εργαζόνταν σε χώρους πρόνοιας. Στα ευρήματα της μελέτης, βρέθηκε πως το οργανωτικό περιβάλλον, η εκπαιδευτική προετοιμασία και τα ατομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν άμεσα την εργασιακή ικανοποίηση.

Η Gessel (2003), διεξήγαγε μελέτη στη Μ. Βρετανία σε 386 νοσοκομεία με δείγμα 56.867 πάσχοντες από νεοπλασματική νόσο, τη χρονική περίοδο Ιαν. - Δεκ. 2001. Στην ερώτηση ένα θα σύστηναν το νοσοκομείο και σε άλλους το 64% ήταν πολύ θετικό και το 36% όχι. Τα αποτελέσματα είναι παρεμφερή με τα αντίστοιχα της μελέτης του Press Garey (1998), στην οποία το 66% των ασθενών θα σύστηναν το νοσοκομείο σε άλλους, καθιστώντας εμφανή τη μη βελτίωση των ποσοστών ικανοποίησης κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών.

Σε έρευνα που εκπονήθηκε στο Οχάιο, από τους Jai Paul & Rosenthal (2003), μελετήθηκε η σχέση της ικανοποίησης των χρηστών με την σταθμισμένη θνητότητα, με βάση τη βαρύτητα των ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο 1993-1997 και συμμετείχαν 29 νοσοκομεία. Η ικανοποίηση εκτιμήθηκε για έξι διαστάσεις. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία και ήταν 42.255. Τα ποσοστά θνητότητας ήταν αντιστρόφως ανάλογα της ικανοποίησης. Οι πέντε από τις έξι διαστάσεις βρέθηκαν να έχουν θετική συσχέτιση, αυτές ήταν: συντονισμός της εργασίας, οδηγίες κατά το εξιτήριο, γενική ποιότητα, πληροφόρηση και παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Η διάσταση της ιατρικής φροντίδας, βρέθηκε να έχει πιο ασθενή συσχέτιση.

Οι Gasquet κ. συν. (2004), κατασκεύασαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο μετρά την γνώμη των εξωτερικών ασθενών του νοσοκομείου, σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των διαφόρων τμημάτων. Μεταξύ άλλων ερωτήσεων, οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν εάν θα επισκεπτόντουσαν ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο και το ίδιο τμήμα. Το δείγμα της έρευνας ήταν δέκα τμήματα από τρία νοσοκομεία. Το συναχθέν συμπέρασμα ήταν, πως η ικανοποίηση των ασθενών διαφέρει

από τμήμα σε τμήμα, όμως οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας ήταν ικανοποιημένοι, ανεξάρτητα από το νοσοκομειακό τμήμα το οποίο είχαν επισκεφτεί.

Οι Schuster et al. (2005), διερεύνησαν τη βιβλιογραφία συστηματικά και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς δεν λαμβάνουν την φροντίδα που θα έπρεπε. Η χρηματοδότηση, ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός και η γνώση είναι επαρκείς. Η ποιότητα διαφέρει μεταξύ νοσοκομείων, πόλεων και πολιτειών. Διατύπωσαν πως το πρόβλημα είναι πως δεν γίνονται αρκετές μελέτες για τη μέτρηση της ποιότητας, αλλά και όπου γίνονται δεν εφαρμόζονται τα αποτελέσματα τους.

Οι Coulter & Jenkinson (2005), πραγματοποίησαν έρευνα μέσω τηλεφώνου με τυχαία δειγματοληψία σε Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και τη Μεγάλη Βρετανία. Σκοπός ήταν η διερεύνηση των απόψεων των Ευρωπαίων ασθενών, σχετικών με την ανταπόκριση υγειονομικών συστημάτων. Οι μεταβλητές που προσδιόριζαν την ικανοποίηση του ασθενή ήταν, η προσωπική εκτίμηση του ασθενή, οι προσδοκίες του και η φροντίδα που λάμβανε. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας, δεν συναντούν τις προσδοκίες των ασθενών. Επιπρόσθετα, η έρευνα ανέδειξε την ανάγκη των ασθενών για ενεργή συμμετοχή στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους.

Η Piko B. (2005), έκανε μια προσπάθεια αποτίμησης, της επαγγελματικής ικανοποίησης του υγειονομικού προσωπικού και την συσχέτιση της με την επαγγελματική εξουθένωση και την σύγκρουση ρόλων. Συνολικά, συγκεντρώθηκαν 201 ερωτηματολόγια από τα 450 που είχαν μοιραστεί, με ποσοστό ανταπόκρισης 44,6%. Το δείγμα προήλθε από 2 μεγάλα νοσοκομεία, όπου το 55,7% των ερωτηθέντων ήταν νοσοκόμες. Στα αποτελέσματα της έρευνας, εμφανίστηκε συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Επίσης, έγινε μνεία στον καταλυτικό ρόλο που παίζει το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον στον επαγγελματικό χώρο, στην ψυχοσωματική υγεία του υγειονομικού προσωπικού στις εξεταζόμενες μονάδες υγείας.

Η ικανοποίηση του ασθενή, ήταν το αντικείμενο μελέτης του Mosad (2006), ο οποίος επιχείρησε να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την γνώμη των ασθενών για την εικόνα του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, επιχείρησε να ερευνήσει αν οι ασθενείς στην Ιορδανία και την Αίγυπτο αξιολογούν ομοίως την ποιότητα. Εξετάστηκαν τρία νοσοκομεία και το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 48 ερωτήσεις. Μέσα από αυτή τη μελέτη, αναδείχθηκαν πέντε διαστάσεις για την ποιότητα. Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν, πως η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία και διαιρείται σε πέντε δείκτες: ποιότητα αντικειμένου, ποιότητα διαδικασιών, ποιότητα υποδομών, ποιότητα αλληλεπιδράσεων και ποιότητα ατμόσφαιρας.

Οι Willem et al. (2007), στα πλαίσια μελέτης του αντίκτυπου της οργανωσιακής κουλτούρας στην επαγγελματική ικανοποίηση, μελέτησαν 3 γενικά νοσοκομεία στο Βέλγιο, με δομημένο ερωτηματολόγιο και δείγμα πληθυσμού 764 νοσηλεύτριες, οι οποίες δεν είχαν διοικητικά καθήκοντα. Η έρευνα, ανέδειξε τις παρακάτω διαστάσεις επαγγελματικής ικανοποίησης: αμοιβή (69,2%), αυτονομία (58,9%), διάδραση (49,3%), κύρος (43,2%), απαιτήσεις εργασίας (42,4%) και οργανωτικές πολιτικές (26,0%). Ένα από τα κύρια συμπεράσματα της έρευνας ήταν πως αν αυξηθεί ο μισθός και καλυφθεί η ανάγκη για καλή αμοιβή, θα αυξηθούν ανάγκες που βρίσκονται στο επόμενο σκαλί της πυραμίδας αναγκών του Maslow.

Οι Sveinsdottir et al. (2006), διεξήγαγαν μελέτη μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, μεταξύ και άλλων παραμέτρων. Το δείγμα της μελέτης ήταν οι εγγραμμένες νοσηλεύτριες στον Σύλλογο Νοσηλευτριών Ισλανδίας, στον οποίο είναι μέλη το 95% (n=2234) του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας. Με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, επιλέχθηκαν 522 (23,4%), από τις οποίες αποκρίθηκαν οι 219

(42%). Τα αποτελέσματα, έδειξαν πως οι στρεσογόνες επαγγελματικές συνθήκες, είχαν μεγαλύτερο αντίκτυπο σε ενδονοσοκομειακές νοσηλεύτριες και πως η απουσία της επαγγελματικής ικανοποίησης, συσχετίζεται με το εργασιακό άγχος.

Ο Play R. (2009), πραγματοποίησε έρευνα, η οποία είχε ως θέμα την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτριών στην Νότια Αφρική. Σκοπός ήταν να καθοριστεί ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης, και παράλληλα να εξεταστούν διάφορες μεταβλητές που επηρεάζουν 13 πτυχές της. Το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν $n=569$ νοσηλεύτριες, με ποσοστό απόκρισης 62,7%. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν γυναίκες (94,1%), πάνω από την ηλικία των 40 (73,1%) και είχαν περισσότερα από 20 χρόνια επαγγελματικής πείρας (60,4%). Το 35% εργαζόταν εκτός νοσοκομείου και το υπόλοιπο 65% εντός. Το 40% εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα, ενώ το υπόλοιπο 60% , στον δημόσιο. Από τα αποτελέσματα, προέκυψε πως το νοσηλευτικό προσωπικό του ιδιωτικού τομέα ήταν πιο ικανοποιημένο, από το αντίστοιχο του δημόσιου. Κοινός τόπος δυσαρέσκειας, στους εργαζόμενους των δύο τομέων, ήταν ο βαθμός χαμηλής ικανοποίησης από τον μισθό, τον επαγγελματικό φόρτο, ης ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης και τους διαθέσιμους πόρους. Επιπρόσθετες διαφοροποιήσεις υπήρξαν, στις απόψεις των ερωτηθέντων, σύμφωνα με δημογραφικά χαρακτηριστικά, πόλη προέλευσης και επαγγελματική πείρα.

5. 3 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές και υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες:

- 1) Οφέλη για τον ασθενή
 - Υγειονομικά οφέλη: Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κλπ .
 - Ψυχολογικά οφέλη: Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενή όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο, λοιπόν, περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενή και γενικότερα, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος αποκομίζει ο ασθενής, από τη συντ'ομευση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
 - Οικονομικά οφέλη: Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη.
- 2) Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α.) συνίστανται κυρίως:

 - Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
 - Στην απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος.
 - Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους.
 - Επαγγελματική καταξίωση και ανέλιξη.
 - Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.
- 3) Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας
 - Οικονομικά οφέλη: Η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ.
 - Κοινωνικά οφέλη: Τα βασικότερα εξ' αυτών είναι το επίπεδο υγείας του πληθυσμού περιοχής ευθύνης και η καταξίωση στην κοινωνική συνείδηση.
- 4) Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία
 - Οικονομικά οφέλη: Αναφέρονται στη μείωση του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.

- Κοινωνικά οφέλη: Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια του, υψηλού επιπέδου ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- 5) Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο
- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και ως συγγενών των ασθενών, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.
 - Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
 - Κοινωνικά οφέλη. Η κατάσταση του κοινωνικού περίγυρου κατά τη διάρκεια νοσηλείας ενός μέλους του, για παράδειγμα η οικογένειά του.

5.4 Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι για την αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Παρατίθενται τα βασικά εννοιολογικά χαρακτηριστικά ορισμένων μεθόδων απ' αυτές, καθώς και του τρόπου με τον οποίο καθεμία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Ποιοτικός Έλεγχος

Η πρωταρχική μορφή του ελέγχου της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι ουσιαστικά η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας (Γαλαίος, 1995)

Ο έλεγχος αυτός, ενώ είναι μια σχετικά εύκολη διαδικασία για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, είναι πολύ πιο δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών και, πιο συγκεκριμένα, σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων, όπου ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενή.

Παραγνωρίζοντας, όμως τις δυσκολίες αυτές, μπορούμε να ορίσουμε τον Ποιοτικό Έλεγχο ως «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα επηρεάσει, χωρίς να δημιουργεί καινούρια». (Θοεδώρου, 1992)

Ο Ποιοτικός Έλεγχος μπορεί να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση την επάρκεια ή την καταλληλότητα, είτε των δομών του συστήματος, είτε των διαδικασιών που ακολουθούνται ή, τέλος, να κρίνει τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων. Είναι ευνόητο ότι η ποιότητα μπορεί να κρίνεται παράλληλα σε ένα, δύο ή ακόμη και στα τρία βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας.

Πρέπει να τονιστεί πάντως, και αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό ιδιαίτερα σημαντικό, ότι ο Ποιοτικός Έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, δηλαδή μετά την παραγωγή τους.

5.5 Η Διασφάλιση της Ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας σε έναν οργανισμό περιλαμβάνει πολλά ή σχεδόν τα πάντα: το όραμα και την αποστολή, το οργανόγραμμα, τις αρμοδιότητες και διαδικασίες των υπηρεσιών, τις περιγραφές θέσεων εργασίας, την επικοινωνία και τις σχέσεις μεταξύ τμημάτων και εργαζομένων. Η διασφάλιση της ποιότητας είναι η αξιολόγηση της απόδοσης σε κάθε επίπεδο, ιδιαίτερα στον κλινικό και νοσηλευτικό έλεγχο. Είναι η επιτυχία των στόχων ενός οργανισμού ή ενός τμήματος ή ενός εργαζομένου. Οι στόχοι πρέπει να τεθούν με βάση την στρατηγική και το επιχειρησιακό σχέδιο. Τα μέσα με τα οποία θα επιτευχθούν οι στόχοι καθώς και οι δείκτες μέτρησης των αποτελεσμάτων πρέπει να συμφωνηθούν από την αρχή και να αξιολογηθούν σε ενδιάμεσο όσο και σε τελικό επίπεδο. Επίσης έχει στοιχεία καλής επικοινωνίας έως και το χαμηλότερο επίπεδο της οργανωτικής πυραμίδας. Αυτό προϋποθέτει την ικανοποίηση των εργαζομένων και μεταφέρεται στις υπηρεσίες και τους πολίτες με στόχο την ικανοποίηση τους. Προϋποθέτει επίσης τη συμμετοχή όλων των τμημάτων και των λειτουργιών μιας επιχείρησης, ενός οργανισμού, ενός νοσοκομείου. Η ανάπτυξη ενός προγράμματος ποιότητας προϋποθέτει τη συμμετοχή όλου του προσωπικού του νοσοκομείου. Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει επαγγελματισμό σε δύο επίπεδα:

- Στο συλλογικό με τη μετρησιμότητα των ενεργειών κάθε επαγγέλματος
- Στο ατομικό από το νευροχειρουργό μέχρι τη καθαρίστρια πρέπει να τηρούνται τα ανωτέρω standards.

5.6 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Κατά καιρούς έχουν δοθεί ποικίλοι ορισμοί για τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Μερικοί απ' αυτούς αναφέρονται παρακάτω:

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι:

- «Η δέσμευση, που αναλαμβάνεται σε επίπεδο ολόκληρου του οργανισμού να γίνουν όλα με το σωστό τρόπο» (Atkinson, 1190)
- «Μια προσέγγιση στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ευελιξίας μιας επιχείρησης στο σύνολό της» (Oakland, 1991)
- «Προγραμματισμένες -συστηματικές ενέργειες με στόχο την ικανοποίηση των απαιτήσεων της ποιότητας» (British Standards Institution, 1991)
- «Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί σύστημα διοίκησης, με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων" (Τσότρας, 1995)

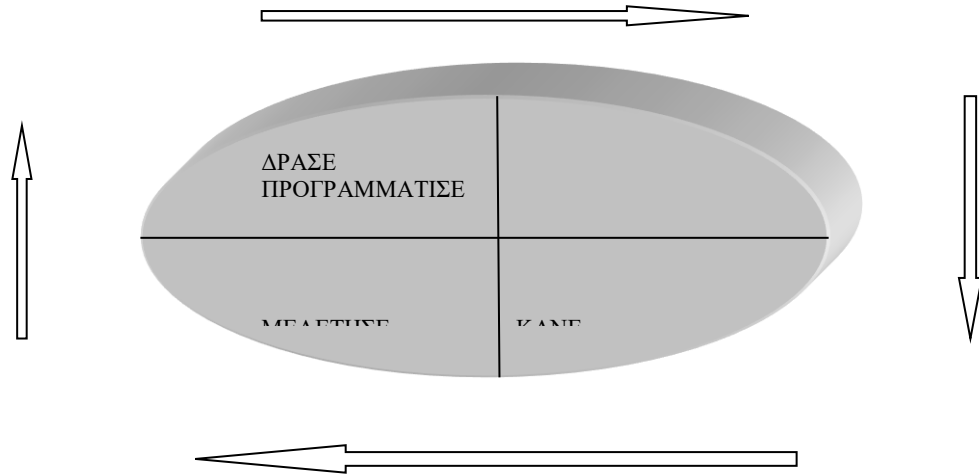
Συνοψίζοντας:

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια φιλοσοφία για τη διοίκηση που προέκυψε μέσα από τον πρακτικό προσανατολισμό, που επινοεί μια διαδικασία με την οποία καταδεικνύεται απτά η δέσμευση του οργανισμού στην ανάπτυξη του ή ακόμα και στην επιβίωσή του. Σημαίνει εστιασμένη δράση που οδηγεί σε βελτιωμένη ποιότητα εργασίας και σε βελτίωση του οργανισμού συνολικά. Επιτρέπει σε έναν οργανισμό, μέσω της συντονισμένης στρατηγικής, συλλογικής εργασίας και καινοτομίας, να ικανοποιήσει τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των πελατών.

Η Δ.Ο.Π. απαιτεί την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης για αποτελεσματικό επιχειρηματικό management, τη γνώση και χρήση ειδικών εργαλείων και τεχνικών που επιτρέπουν την πραγματοποίηση συνεχών

βελτιώσεων. Ο Deming (1982) χρησιμοποίησε τον κύκλο του Shewhart για να αναπαραστήσει τη συνεχή βελτίωση.

Σήμερα, εξέλιξή του αποτελεί ο κύκλος Προγραμματίσει, Κάνε, Μελέτησε, Δράσε) (Deming, 1993)



Σχήμα 1: "Κύκλος Swewhart/Deming" Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

5.7 Ποιότητα και μετρήσεις

Ο Royer αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Με την παραπάνω φράση, τονίζεται η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις. (Bowers, Health Care Management Review)

Επιπλέον, ο Betka συμπληρώνει ότι οι managers των κλινικών που θέλουν να διευθύνουν την ποιότητα πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζονται στις αποφάσεις τους στην διαίσθηση. Η ύπαρξη δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα. Από τις εργασίες εισαγωγής ενός ασθενή, την μεθοδολογία νοσηλείας του μέχρι και την φροντίδα μετά την έξοδο του από την κλινική πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής αφού θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης των προβληματικών διαδικασιών. Ο επανασχεδιασμός προβληματικών διαδικασιών αλλά και οριοθέτηση των στόχων του οργανισμού απαιτούν την ύπαρξη πληροφορίες για την λειτουργία του οργανισμού. (Betca, 1993)

Η National Committee for Quality Assurance των ΗΠΑ στην ετήσια έκθεσή της το 1999 για την υγεία αναφέρει για την ανάγκη μετρήσεων: Ιδρύματα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που σταθερά παρακολουθούν και δημοσιεύουν στοιχεία και δείκτες που αφορούν την ποιότητά τους, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα. Η βελτίωση αυτή έχει θετικό αντίκτυπο στην δημόσια υγεία. Ιδρύματα που εξασφαλίζουν υψηλές βαθμολογίες σε μετρήσεις ποιότητας έχουν τους πιο ικανοποιημένους πελάτες.

Ιδρύματα που ασχολήθηκαν με την μέτρηση στοιχείων ποιότητας τα τελευταία

χρόνια ξεπερνούν σε απόδοση ιδρύματα που μόλις ξεκίνησαν να εφαρμόζουν την στρατηγική αυτή.

Οι μετρήσεις αφορούν 12 δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας και 8 δείκτες ικανοποίησης πελατών. Οι ασθενείς αξιολογούν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν τόσο σε επίπεδο θεραπείας όσο και σε επίπεδο ξενοδοχειακών ανέσεων. Αξιολογούν την αμεσότητα στην νοσηλεία, την αξιοπιστία και την επιστημονική κατάρτιση των ιατρών, την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού, την διαχείριση παραπόνων αλλά και την συνολική εικόνα του οργανισμού.

Η μέτρηση της ποιότητας μίας νοσηλευτικής μονάδας μπορεί να επεκταθεί στα ακόλουθα πεδία:

- 1) Απόδοση υγειονομικής φροντίδας: είναι ο σημαντικότερος τύπος απόδοσης, αφού αποτελεί και τον σκοπό του οργανισμού. Αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα και μετρήσεις για την θνησιμότητα, τον έλεγχο των λοιμώξεων κλπ.
- 2) Λειτουργική απόδοση: αφορά την μέτρηση της απόδοσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού αλλά και της αποδοτικότητας και της οργάνωσης του προσωπικού.
- 3) Απόδοση ως προς τους πελάτες: αφορά την ικανοποίηση του ασθενή ως προς τις υπηρεσίες που δέχονται και μετράται με την βοήθεια ερωτηματολογίου και συνεντεύξεων.
- 4) Οικονομική απόδοση και θέση στην αγορά: αφορά την θέση του οργανισμού στην αγορά, την κερδοφορία του, την αξιοποίηση των κεφαλαίων την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών και των συστημάτων των εργασιών τους πριν και μετά την εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας. Οι managers των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ποσοτικοποιήσουν πλέον τις αλλαγές που έγιναν στον οργανισμό τους και να σχεδιάσουν τις μελλοντικές στρατηγικές κινήσεις τους.

5.8 Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι στις μονάδες υγείας

Η πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επιχειρήσεις από την δεκαετία του 1990 και μετά δεν είναι η διαχείριση πολύπλοκων τεχνολογιών αλλά η διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους.

Κατά τον Fagerfjall η γλώσσα του management απομακρύνεται από τις στρατηγικές και τους οργανωσιακούς στόχους και εστιάζει σε έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η πίστη, η συναδελφικότητα, οι κοινές αξίες. (Fagerfjall,1995)

Οι εργαζόμενοι πλέον αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στην επιχείρηση κυρίως λόγω της αλλαγής στην επιχειρηματική φιλοσοφία. Η έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία, στην δημιουργικότητα και η μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις διαδικασίες έφεραν τον άνθρωπο στο κέντρο της οργάνωσης μίας επιχείρησης.

Σύμφωνα με τον Zairi (Zairi, 1992) οι εργαζόμενοι θα πρέπει:

- να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση
- να ενθαρρύνονται συνεχώς
- να επιβραβεύονται για το έργο τους
- να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά
- να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωσή του. Όσον αφορά την πυραμίδα εξουσίας, στις νοσηλευτικές μονάδες δεν αποτελείται από μία γραμμή, αλλά από διαφορετικές για το διοικητικό και το ιατρικό

προσωπικό. Συγκεκριμένα, υπάρχει σύγχυση εξουσιών ανάμεσα στο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό τόσο σε επίπεδο αρμοδιοτήτων όσο και ελέγχου των καταστάσεων στην μονάδα.

Το ιατρικό προσωπικό εποπτεύει καταρχήν το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά σε επίπεδο διευθυντών υπάρχει στενή συνεργασία. Το νοσηλευτικό προσωπικό υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό στο οποίο λογοδοτεί. Το βοηθητικό προσωπικό ακολουθεί τις εντολές του νοσηλευτικού σε επίπεδο εργασιών και υποχρεώσεων, αλλά υπάγεται στο διοικητικό προσωπικό, το οποίο κρίνει βάσει των υποδείξεων του νοσηλευτικού.

Συμπερασματικά, η δυσπλασία του οργανογράμματος δημιουργεί έντονα προβλήματα στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Η εφαρμογή των βασικών αρχών της ποιότητας θα βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της επικοινωνίας στον οργανισμό και, συνεπώς, στη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ΔΟΠ είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Οι εργαζόμενοι, όλων ανεξαρτήτων των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας. Η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η συστηματική αξιολόγηση, η ύπαρξη συμμετοχικών συστημάτων στην παραγωγή, η αναβάθμιση και ο σχεδιασμός του εργασιακού χώρου και των σχέσεων, καθώς και η χάραξη μιας στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα βασικά σημεία γύρω από το ανθρώπινο δυναμικό που θα πρέπει να προσέξουν οι διοικήσεις των επιχειρήσεων που υλοποιούν προγράμματα ΔΟΠ. Η εκπαίδευση του προσωπικού στα πρώτα στάδια εφαρμογής ενός προγράμματος Διασφάλισης Ποιότητας θα έχει ως στόχο την εξοικείωση των εργαζομένων με την έννοια και τις αρχές της ποιότητας.

Η επικοινωνία και η συνεργασία σε μία μονάδα υγείας θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού προκειμένου για την προστασία εργαζομένων και ασθενών (Frizsimmons and White, 1997). Η επικοινωνία και η συνεργασία οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς:

- Βελτιώνεται η εργασιακή τους απόδοση
- Ελαχιστοποιούνται τα κόστη
- Σημειώνεται ανάπτυξη του οργανισμού και βελτίωση των υπηρεσιών
- Βελτιστοποιείται η χρήση των διαθέσιμων πόρων

Μηνιαίες συσκέψεις όλου του προσωπικού οφείλουν να συγκαλούνται προκειμένου για την προαγωγή των σκοπών του ιδρύματος και την ανάμιξη του προσωπικού με αυτό. Στην διάρκεια αυτών, η διοίκηση οφείλει να αναγνωρίζει την προσφορά του προσωπικού και προβαίνει στις απαραίτητες συστάσεις. Τα προγράμματα επιβράβευσης μπορεί να περιλαμβάνουν εκπαίδευση, αλλά και χρηματικά ποσά.

Επιπλέον, μία μονάδα υγείας θα πρέπει να έχει την ετοιμότητα εναλλαγής του μίγματος των εργαζομένων (ειδικότητες και αριθμός), ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών. Τέλος, θα πρέπει να υπάρχουν συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης των εργαζομένων, τόσο για τις συνθήκες εργασίας όσο και για τις προσδοκίες τους.

Ειδικότερα, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην καλή λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας, αλλά και ιδιαίτερα πολύπλευρος λόγω των παρακάτω αρμοδιοτήτων:

- συνεχή επαφή με τους ασθενείς
- συνεχή επαφή με τους ιατρούς
- επαφή με το διοικητικό προσωπικό

- καθήκοντα ιατρικά
- καθήκοντα «νοικοκυριού»
- στενή επαφή με την οικογένεια του ασθενή
- καθήκοντα ασφάλεια, καθοδήγησης

Συμπερασματικά, η ομαδική εργασία στις μονάδες υγείας κρίνεται απαραίτητη προκειμένου για τον έλεγχο του κόστους και την αξιοποίηση των πόρων. Η συνεργασία σε επίπεδα διατμηματικών ομάδων συνίσταται προκειμένου για την επίτευξη του στόχου.

Σε έναν οργανισμό που εφαρμόζει ΔΟΠ θα πρέπει ο καθένας να σκέφτεται κάθε ώρα τον συνεχή αγώνα του οργανισμού (Jackson, 2001). Για παράδειγμα, στο ιατρικό κέντρο LVPEI στην Ινδία, οι Samandari et al (2001) μας πληροφορούν ότι ανάμιξη του προσωπικού αποδείχτηκε ουσιώδεις για την μείωση του κόστους και την λειτουργία των προγραμμάτων.

Κεφάλαιο 6

Ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών

6.1 Γενικά

Οι λειτουργίες του νοσοκομείου θα πρέπει να σχεδιαστούν για ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών-ασθενών, σε συσχετισμό με τα επαγγελματικά πρότυπα των εργαζομένων. Η διαδικασία θα πρέπει να μετατρέπει τις προσδοκίες των πελατών και τα επαγγελματικά πρότυπα σε διαδικαστικές και λειτουργικές απαιτήσεις. Η όλη διαδικασία θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία μέτρησης, τόσο της διαδικασίας αυτής όσο και του αποτελέσματος. Άρα όταν μιλάμε για ένα νοσοκομείο, πρέπει να σκεφτόμαστε αφενός μεν τις διαδικασίες, όσο και τα αποτελέσματα. Και τα δύο αυτά πρέπει να ταυτίζονται και να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό της ποιότητας.

Κατά τον YuceIt, η ικανοποίηση αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του. Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις και την εξυπηρέτηση.

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα.

- Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.
- Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς
- Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί
- Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα επιθυμητή και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,
- Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου.

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

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

6.2 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας-ορισμός ικανοποίησης

Ένας συνηθισμένος τρόπος, διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνίσταται στην μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών/ασθενών (patient satisfaction). Η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, από τους ασθενείς κέρδισε έδαφος τα τελευταία χρόνια.

Στην Βρετανία, οι χρήστες των υπηρεσιών αποτελούν πρόσωπα κλειδιά για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και αποδοχής των υπηρεσιών υγείας.

Ο Donabedian, αναφέρει ότι η τελική αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών ορίζεται από την αποτελεσματικότητα του να επιτυγχάνεις ή να παράγεις υγεία και ικανοποίηση. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, πράγμα που αντιβαίνει το απόλυτα, τεχνικό και κοινωνικό ορισμό.

Ο Guzman, όρισε την ικανοποίηση των χρηστών ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με την φροντίδα υγείας, η οποία εν μέρει, ορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και την ελαστικότητα τους με την θεραπευτική διαδικασία.

Ενδιαφέρον για την γνώμη των ασθενών αναπτύχθηκε από κοινωνιολογικό ενδιαφέρον για τις διαπροσωπικές σχέσεις, δίνοντας έμφαση στην σχέση ιατρού - ασθενούς θέλοντας να περιγράψει την κατανόηση από την πλευρά του ασθενή. Ο ασθενής, τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες, η διοίκηση δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας.

Στην χώρα μας, οι έρευνες αυτής της παραμέτρου των υπηρεσιών υγείας δεν έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους μελετητές του χώρου, παρά την γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από αυτές. Σε πρόσφατη μελέτη της Eurostat, η χώρα μας βρίσκεται στην προτελευταία θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Η μέτρηση, της ικανοποίησης του ασθενή είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας. Μπορούμε να τη δούμε, σαν ένα μέτρο, στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα της υγείας, έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή. Έχει προσδιοριστεί, ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας καθώς επίσης και τη συνεργασία αυτών που παρέχουν την φροντίδα υγείας. Ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Οι πρώτες τρεις- τα κίνητρα, η χρησιμότητα της κριτικής, και οι αντιδράσεις και η τέταρτη οι ατομικές διαφορές.

Το πρώτος μέρος, εστιάζει τη προσοχή του στα ερεθίσματα που δίνονται μέσα στα πλαίσια του περιβάλλοντος της φροντίδας υγείας για τα οποία κάνουν προσωπικές εκτιμήσεις που τους οδηγούν στο να αντιδράσουν. Ενώ το δεύτερο, εστιάζει στο πως, η ψυχοσύνθεση, η προσωπικότητα, οι ανάγκες, οι αξίες, τα πιστεύω, η προσωπική ζωή καθώς και η προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με τον τομέα υγείας, μπορούν να τροποποιήσουν και να διαμορφώσουν τις ανταποκρίσεις στα ερεθίσματα.

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν, η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια δυναμική λειτουργία που εννοιολογικά, ορίζεται ως οι προσωπικές εκτιμήσεις και οι ακόλουθες αντιδράσεις (θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα του χρήστη) στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης.

6.3 Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι παράγοντες που συνιστούν την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι εξής:

- Εύκολη προσπελασιμότητα. Πρέπει να υπάρχει δυνατότητα στους πολίτες να τις προσεγγίσουν και να τις χρησιμοποιήσουν.
- Ταχεία ανταπόκριση. Κάθε ασθενής επιθυμεί το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου να ανταποκρίνεται άμεσα στις απαιτήσεις της περίπτωσης του
- Χρόνος αναμονής. Όσο μικρότερος είναι ο χρόνος αναμονής των ασθενών καθώς και των συνοδών τους, τόσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησής τους.
- Σεβασμός της αξιοπρέπειας και των αναγκών των ασθενών. Κάθε ασθενής αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα και απαιτεί το προσωπικό από το οποίο περιβάλλεται να σέβονται τις ανάγκες του και την προσωπικότητά του.
- Αμεσότητα και επικοινωνία. Ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας επιθυμεί να γνωρίζει άμεσα και εξ ολοκλήρου την κατάσταση της υγείας του χωρίς περικοπές παραλήψεις και ασάφειες.
- Επεξηγήσεις διαδικασιών. Ο καθένας αισθάνεται την ανάγκη να γνωρίζει όλα τα στάδια των ενεργειών που ασκούνται σε αυτόν προκειμένου να νιώθει ασφαλής.
- Συνεργασία με το υποστηρικτικό περιβάλλον στη φροντίδα. Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου πρέπει να συνεργάζεται με τους ασθενείς για να υπάρξουν όσο το δυνατό καλύτερα αποτελέσματα κατά την έξοδο αυτών από τη νοσοκομειακή μονάδα.
- Επικοινωνία και ικανοποίηση ασθενών.

Η καθημερινή ιατρική πρακτική υποδεικνύει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν εξαρτάται μόνο από την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Αντίθετα, έρευνες δείχνουν ότι συχνά η επικοινωνία ιατρού-ασθενή καθορίζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, σε μεγαλύτερο βαθμό από την ίδια τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Σε σχετικές μελέτες έχει δειχθεί η επίδραση της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς στη συνεργασία και τη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες, τη διάγνωση, τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την παραπομπή σε ειδικές εξετάσεις. Εύλογα προκύπτει το συμπέρασμα ότι η επικοινωνία ιατρού-ασθενή έχει επιπτώσεις και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Μη συνεργάσιμοι ή δυσαρεστημένοι ασθενείς, επιπλέον συνταγογραφήσεκ; και κλινικές, παρακλινικές ή εργαστηριακές παραπομπές οδηγούν σε επιπρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη μεριά, το εργασιακό άγχος των ιατρών, η υπερφόρτωση εργασίας από την ανεπάρκεια ιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού στις δημόσιες μονάδες υγείας και η απουσία ουσιαστικών κινήτρων δημιουργούν αναπόφευκτα προβληματική ή ελλειμματική επικοινωνία από την πλευρά των ιατρών, ιδιαίτερα όταν απουσιάζει η κατάλληλη εκπαίδευση στο συγκεκριμένο τομέα.

Οι τρόποι που μπορούν να συμβάλουν στην επίτευξη των παραπάνω έτσι ώστε η λειτουργία των νοσοκομείων να καταστεί περισσότερο οργανωτική και λειτουργική είναι οι εξής:

- Διεπιστημονική συνεργασία για την κάλυψη των αναγκών: ψυχολογικών, οργανικών, κοινωνικών, πνευματικών των ασθενών, των συνοδών και των οικογενειών τους.

- Η διεπιστημονική ομάδα αξιολογεί, διαγιγνώσκει, σχεδιάζει, παρεμβαίνει, επαναξιολογεί την έκβαση των παρεμβάσεων σύμφωνα με τις ανάγκες ασθενών.
- Η διεπιστημονική ομάδα εφαρμόζει επείγουσα φροντίδα σεβόμενη τις φυσιολογικές λειτουργίες, ψυχολογικές, κοινωνικοπολιτικές, πνευματικές ανάγκες ασθενών και οικογενειών τους.

Η ομάδα επείγουσας φροντίδας συνεργάζεται και με άλλους επαγγελματίες υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Το πλάνο φροντίδας είναι εξατομικευμένο για τον κάθε ασθενή και αποτελεί αποτέλεσμα συνεργασίας ιατρών, νοσηλευτών, τεχνολόγων εργαστηρίων, κοινωνικών λειτουργών, διοικητικών υπαλλήλων και άλλων επαγγελματιών που τυγχάνουν να είναι μέλη της ομάδας.

Στον Ελλαδικό χώρο τα τελευταία χρόνια, η ικανοποίηση των ασθενών όσο και οι παράγοντες της ικανοποίησης αυτής έχουν γίνει αντικείμενο διερεύνησης και μέτρησης στα δημόσια νοσοκομεία.

Το κυριότερο συμπέρασμα που έχει διαπιστωθεί από τις μετρήσεις αυτές είναι πως παρατηρούνται αρκετά μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης από τις υπηρεσίες των κρατικών νοσοκομείων με σημαντικές βεβαια διαφοροποιήσεις από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και από περιφέρεια σε περιφέρεια. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί πως οι μετρήσεις διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών απουσιάζουν από την πρακτική των κρατικών νοσοκομείων. Εξάλλου σπάνια οι μετρήσεις είναι απολύτως έγκυρες και αντιπροσωπευτικές.

Κεφάλαιο 7

Έναρξη Εφαρμογής Δράσεων Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Υγείας

7.1 Εγκύκλιος 123566/6-10-2010 "Έναρξη Εφαρμογής Δράσεων Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Υγείας"

Τον Οκτώβριο του 2010, η Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέσω του τμήματος τεκμηρίωσης, Καλύτερων Πρακτικών και Διαχείρισης Παραπόνων, επιχειρεί για πρώτη φορά επίσημα να εφαρμόσει δράσεις Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Έτσι αποστέλλει την υπ. αριθμ. 123566/6-10-2010 εγκύκλιο σε όλες τις Υ.ΠΕ της χώρας που ενημερώνει για την επιτακτική ανάγκη εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ιεραρχημένων δράσεων στους Οργανισμούς Υγείας, που θα αφορούν την βελτίωση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.

Ειδικότερα έχει ως εξής:

"Θέμα: "Έναρξη Εφαρμογής Δράσεων Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας"

Το Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης, στο πλαίσιο του στρατηγικού στόχου για τη βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας, στοχεύει στην εφαρμογή ενός Ολοκληρωμένου Προγράμματος Ιεραρχημένων Δράσεων στους Οργανισμούς Υγείας.

Η Ποιότητα είναι ζήτημα κουλτούρας και όχι απλή εφαρμογή δεικτών και διαδικασιών. Πρόκειται δε, για μια διαρκή, συστηματική και συγκροτημένη προσπάθεια, τόσο συλλογική όσο και ατομική. Στόχος είναι η διαρκής βελτίωση κάθε επαγγελματία υγείας, κάθε διαδικασίας και συνολικά κάθε υπηρεσίας, η ανάδειξη των πρωτοπόρων και των ικανών, αλλά κυρίως η υποστήριξη όσων χρειάζεται να βελτιωθούν το ταχύτερο δυνατόν.

Είναι επιτακτική ανάγκη, αλλά και εύλογη κοινωνική επιταγή να ανταπεξέλθουμε αποτελεσματικά στο σύγχρονο και αυξανόμενο απαιτητικό περιβάλλον της παροχής υπηρεσιών υγείας, συμμορφούμενοι και με τις σχετικές Ευρωπαϊκές Οδηγίες.

Αρχικό και θεμελιώδες βήμα της προσπάθειας αυτής που εντάσσεται σε ένα Ολοκληρωμένο Σχέδιο Δράσης για την Ποιότητα, είναι η καταγραφή και αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης και των προβλημάτων που αφορούν στην ποιότητα υπηρεσιών κάθε Οργανισμού Υγείας και δεύτερο βήμα η εφαρμογή μερικών βασικών διαδικασιών, σε ορισμένους επιλεγμένους τομείς, όπως, ενδεικτικά, αναφέρονται παρακάτω:

- *Στον Τομέα των Λοιμώξεων:*

Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων (κάθε πότε γίνεται έλεγχος, σε ποια σημεία, με τι μέσα, σε κεντρικές λειτουργίες, όπως Χειρουργεία, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), Εργαστήρια, Θαλάμους Νοσηλείας), με ευθύνη της Επιτροπής Λοιμώξεων (και ειδικότερα του/της Υπεύθυνου/ης Νοσηλεύτη/τριας Λοιμώξεων).

- *Στον Τομέα του Περιορισμού της Ανθεκτικότητας των Μικροβίων:*

Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης για τις διαδικασίες ελέγχου των φαρμάκων, ώστε να διασφαλίζεται η μη χορήγηση, αναίτια, ισχυρότερου φαρμάκου του αναγκασιούτος, με ευθύνη της Επιτροπής Φαρμάκων (και ιδιαίτερα του/της Προϊστ. Φαρμακείου). Για το

θέμα αυτό, μπορείτε να απευθύνεσθε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.Ν.Ο.

- Στον Τομέα των Εργαστηρίων:

Καταγραφή των ροών εργασιών και διαδικασιών, του ελέγχου ποιότητας των αναλύσεων, καθώς και της επικοινωνίας των αποτελεσμάτων, με ευθύνη του/της Διευθυντή/τριας του Τομέα Εργαστηρίων κάθε Νοσοκομείου.

- Στο θέμα του πλυσίματος των χεριών:

Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης σχετικά με το πλύσιμο των χεριών (ποιοι, πότε και με ποιο τρόπο πλένονται), καθώς και έναρξη προγράμματος ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης με παράλληλη οργάνωση σχετικής διαδικασίας ελέγχου, με ευθύνη της Επιτροπής Λοιμώξεων (και ειδικότερα του/ της Υπεύθυνου/ης Νοσηλεύτη/ τριας Λοιμώξεων, καθώς και του/ της Υπεύθυνου/ ης Γραφ. Επιστασίας).

- Στον Τομέα των Διοικητικών Υπηρεσιών:

E.1.Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης σχετικά με τα έντυπα που έχετε εφαρμόσει από το υπόδειγμα (CD) που σας έχει αποσταλεί, με ευθύνη του/ της Διοικητή/τριας ή του/της Αναπλ. Διοικητή/τριας ή Διοικ. Διευθυντή της Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

E.2. Καταγραφή των εντύπων που δεν μπορέσατε να εφαρμόσετε και γιατί .

- Στον Τομέα της Διατροφής:

Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης, όσον αφορά στη διαδικασία των ελέγχων που εφαρμόζετε στην παραγωγή, διανομή φαγητού ή την παραλαβή έτοιμου φαγητού, με ευθύνη του/της Προϊσταμένου/ης του Τμήματος Διατροφής.

- Στον Τομέα των Εγκαταστάσεων:

Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης, όσον αφορά στη διαδικασία των ελέγχων στις ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις, τα δίκτυα, τις παροχές νερού και αερίων, με ευθύνη του/της Διευθυντή/τριας της Τεχνικής Υπηρεσίας.

- Στον Τομέα της Καθαριότητας:

Καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης, σχετικά με τη διαδικασία των ελέγχων των χώρων που καθαρίζονται από εσάς ή από εξωτερικά συνεργεία (π.χ. σύνθεση των δραστικών ουσιών), με ευθύνη του Γραφ. Επιστασίας και του Προσωπικού Καθαριότητας. Πέραν των ανωτέρω, άμεσης προτεραιότητας και βαρύνουσας σημασίας είναι η λεπτομερής καταγραφή - ιεραρχικά - όλων των προβλημάτων που άπτονται της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον Οργανισμό σας.

Επιπλέον, παρακαλείστε να ορίσετε άμεσα την Επιτροπή Ποιότητας που ορίζει η παρ. 2 του άρθρου 8 του Ν.3868/10 και όσοι δεν υπάγεστε σε αυτό να ορίσετε μια επιτροπή αντίστοιχης σύνθεσης με απόφαση του Διοικητή.

Τέλος, παρακαλείστε να αποστείλετε ιεραρχημένο πίνακα των υπαλλήλων που πρέπει να εκπαιδευτούν στα θέματα της ποιότητας στη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου, με κοινοποίηση και στο Γραφείο μου.

Το Υπουργείο, εκτός από τις άλλες παράλληλες δράσεις στον Τομέα της Ποιότητας, θα σας εφοδιάζει σταδιακά με οδηγούς και επιμέρους οδηγίες και για κάθε σχετικό θέμα μπορείτε να επικοινωνείτε με την αρμόδια Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου.

Οι Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες κοινοποιείται η παρούσα Εγκύκλιος, παρακαλούνται για τον συντονισμό των δράσεων αυτών."

Εν συνεχεία στις 1-2-2011 αποστέλλεται το υπ αριθμ 11980/01-02-2011 επείγον έγγραφο όπου δίνονται διευκρινήσεις σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των ήδη συγκροτηθέντων επιτροπών ποιότητας, ενώ στις 13-5-2011 κοινοποιείτε το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Εσωτερικών και Εξωτερικών Ασθενών, με το υπ αριθμ οικ.53809/13-5-2011 έγγραφο που έχει ως εξής:

"Το Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης, στο πλαίσιο υλοποίησης του στρατηγικού στόχου για τη βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας, υιοθετεί μία νέα, σύγχρονη αντίληψη για τη σχέση του με τους Πολίτες.

Απώτερος στόχος του είναι η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται και η ικανοποίηση των απαιτήσεων και προσδοκιών των πολιτών με την παροχή πιστοποιημένων υπηρεσιών, την καταπολέμηση της γραφειοκρατίας, την εξοικονόμηση χρόνου και την ορθολογική κατανομή των πόρων.

Επίκεντρο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι ο Πολίτης και η φιλοσοφία του Υπουργείου στοχεύει στην συνεχώς βελτιούμενη Ποιότητα σε συνδυασμό με τη δέουσα υπευθυνότητα.

Με το πνεύμα αυτό και συμβαδίζοντας με τις αυξανόμενες απαιτήσεις και τις ραγδαίες εξελίξεις του καιρού μας, το Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης και οι Οργανισμοί Υγείας που εποπτεύει, βελτιώνονται συνεχώς, καθώς οι σύγχρονες απόψεις για τη δημόσια διοίκηση επιβάλλουν ένα διαφορετικό τρόπο οργάνωσης με στόχο την καλύτερη και άμεση εξυπηρέτηση του Πολίτη.

Υπό το πρίσμα αυτό, το Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης, επενδύει στους παρακάτω τομείς:

στο ανθρώπινο δυναμικό και στη διαρκή επιμόρφωσή του,

στην ανάπτυξη μιας νέας αντίληψης για τη σχέση Πολίτη - Επαγγελματία

Υγείας και στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων που δίνουν οι νέες τεχνολογίες.

Προς την κατεύθυνση αυτή, ένα πρώτο σημαντικό βήμα είναι η προσπάθεια που επιχειρείται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πολιτών.

Στο πλαίσιο της υλοποίησης των ανωτέρω στόχων, σας διαβιβάζουμε, συνημμένα δύο (2) Ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της Ικανοποίησης των Νοσηλευόμενων (Εσωτερικών) και Εξωτερικών Ασθενών και παρακαλούμε όπως προβείτε, άμεσα, στα εξής:

1. Όσον αφορά στους Νοσηλευόμενους (Εσωτερικούς) Ασθενείς:

Τα ερωτηματολόγια θα διανέμονται στους νοσηλευόμενους ασθενείς την προηγούμενη της ημέρας αποχώρησης τους από το Νοσοκομείο, από τον Υπεύθυνο ή/και τους υπαλλήλους του Γραφ. Ποιότητας ή, σε περίπτωση απουσίας Γραφείου Ποιότητας, από τους υπαλλήλους που θα οριστούν από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, και θα παραδίδονται από τους ασθενείς στο Γραφείο Κίνησης - Λογιστήριο Ασθενών, πριν τη λήψη του εξιτηρίου.

Στη συνέχεια, τα συμπληρωμένα Ερωτηματολόγια θα παραλαμβάνονται από τον Υπεύθυνο ή/και τους υπαλλήλους του Γραφείου Ποιότητας ή, σε περίπτωση απουσίας Γραφείου Ποιότητας, από τους υπαλλήλους που θα οριστούν από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, προκειμένου να τα επεξεργαστούν και αποστείλουν στην Υπηρεσία μας τα αποτελέσματα.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε από τους ασθενείς, είτε, εάν αυτό δεν είναι δυνατό, από τους συνοδούς των ασθενών. Θα πρέπει δε, να βρίσκονται τοποθετημένα σε κυτία σε εμφανές σημείο στο χώρο υποδοχής κάθε Κλινικής ή Τμήματος, ή Μονάδος ή Εργαστηρίου του Νοσοκομείου. Η ανωτέρω διαδικασία θα πραγματοποιηθεί με μέριμνα του Υπεύθυνου του Γραφείου Ποιότητας και, ελλείψει αυτού, από τον υπάλληλο που θα οριστεί από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

Ο αριθμός του δείγματος των Ερωτηματολογίων που θα πρέπει να συμπληρωθούν και επεξεργαστούν ανά μήνα θα ανέρχεται, κατ ελάχιστον:

α. Για Νοσοκομεία μέχρι 250 κλίνες: σε διακόσια πενήντα (250) ερωτηματολόγια, με αναλογία δείγματος ανά Κλινική, ή Τμήμα, ή Μονάδα, ή Εργαστήριο του Νοσοκομείου.

β. Για Νοσοκομεία από 251- 400 κλίνες: σε τετρακόσια (400) ερωτηματολόγια, με αναλογία δείγματος ανά Κλινική, ή Τμήμα, ή Μονάδα, ή Εργαστήριο του

Νοσοκομείου.

γ. Για Νοσοκομεία από 401 κλίνες και άνω: σε οκτακόσια (800) Ερωτηματολόγια, με αναλογία δείγματος ανά Κλινική, ή Τμήμα ή Μονάδα ή Εργαστήριο του Νοσοκομείου.

Όσον αφορά στους Εξωτερικούς Ασθενείς:

Τα ερωτηματολόγια για τους Εξωτερικούς ασθενείς θα βρίσκονται τοποθετημένα σε κυτία σε εμφανές σημείο στο χώρο όπου εκδίδονται τα παράβολα. Ο διοικητικός υπάλληλος θα επισημαίνει στο ασθενή την ύπαρξη του Ερωτηματολογίου και τη χρησιμότητα της συμπλήρωσής του.

Για τη συλλογή των Ερωτηματολογίων θα βρίσκονται τοποθετημένα κυτία σε εμφανές σημείο στο χώρο υποδοχής κάθε Κλινικής ή Τμήματος ή Μονάδος ή Εργαστηρίου του Νοσοκομείου, όπου ο ασθενής πρόκειται να πραγματοποιήσει την ιατρική πράξη. Προς ενίσχυση της συμπλήρωσης και της συλλογής των Ερωτηματολογίων, θεωρούμε απαραίτητη την άνωθεν του κυτίου τοποθέτηση ΠΙΝΑΚΙΔΑΣ, όπου θα αναγράφονται τα εξής: « ΤΟ Ε.Σ.Υ. ΣΑΣ ΑΝΗΚΕΙ ! ΒΟΗΘΗΣΤΕ ΜΑΣ ΝΑ ΤΟ ΒΕΛΤΙΩΣΟΥΜΕ !

Παρακαλούμε συμπληρώστε το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών».

Οι υπεύθυνοι της Γραμματείας της Κλινικής ή Τμήματος ή Μονάδας ή Εργαστηρίου που πρόκειται να πραγματοποιήσει ο ασθενής την ιατρική πράξη θα υπογραμμίζουν τη χρησιμότητα συμπλήρωσης του Ερωτηματολογίου.

Σε ό,τι αφορά στη συλλογή των Ερωτηματολογίων από τα κυτία, θα ακολουθείται η ίδια διαδικασία με αυτή που αφορά στους Εσωτερικούς Ασθενείς. Ο αριθμός του δείγματος των Ερωτηματολογίων που θα πρέπει να συμπληρωθούν και επεξεργαστούν ανά μήνα θα ανέρχεται, κατ'ελάχιστον:

α. Για Νοσοκομεία μέχρι 250 κλίνες: σε διακόσια πενήντα (250) ερωτηματολόγια με αναλογία δείγματος ανά Κλινική, ή Τμήμα, ή Μονάδα, ή Εργαστήριο του Νοσοκομείου.

β. Για Νοσοκομεία από 251- 400 κλίνες: σε τετρακόσια (400) ερωτηματολόγια με αναλογία δείγματος ανά Κλινική, ή Τμήμα, ή Μονάδα, ή Εργαστήριο του Νοσοκομείου.

γ. Για Νοσοκομεία από 401 κλίνες και άνω: σε οκτακόσια (800) Ερωτηματολόγια με αναλογία δείγματος ανά Κλινική, ή Τμήμα, ή Μονάδα, ή Εργαστήριο του Νοσοκομείου.

Τέλος, σημειώνονται τα εξής: οι υπάλληλοι του Γραφείου Ποιότητας και του Γραφείου

Υποστήριξης του Πολίτη, και σε περίπτωση απουσίας αυτών, οι υπάλληλοι που θα οριστούν από τη Διοίκηση, θα μεριμνήσουν για την τοιχοκόλληση σχετικών αφισών σε εμφανές σημείο στα Γραφεία τους, καθώς και σε άλλους εμφανείς χώρους του Νοσοκομείου. Τα συμπεράσματα της πιλοτικής εφαρμογής των ανωτέρω Ερωτηματολογίων θα αποσταλούν στην Υπηρεσία μας το αργότερο μέχρι τις 20 Ιουλίου 2011, σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή, και θα αφορούν στον Ιούνιο 2011.

Τέλος, οι Διοικητές των Υ.ΠΕ., προς τους οποίους κοινοποιείται το παρόν έγγραφο, παρακαλούνται όπως συντονίσουν τα Νοσοκομεία ευθύνης τους, για την αποστολή των σχετικών στοιχείων."

ΜΕΡΟΣ Β

8. Η ταυτότητα της έρευνας

8.1 Γενικά Στοιχεία

Περιγραφή έρευνας:	<i>Έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση νοσηλευόμενων ασθενών</i>
Περίοδος έρευνας:	<i>Σεπτέμβριος, Οκτώβριος, Νοέμβριος 2011</i>
Τόπος:	<i>Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτα</i>
Μέγεθος δείγματος :	<i>414 Νοσηλευθέντες ασθενείς</i>
Μέθοδος δειγματοληψίας:	<i>Στρωματοποιημένη τυχαία</i>
Μέθοδος έρευνας:	<i>Ανώνυμη συμπλήρωση ερωτηματολογίου 27 ερωτήσεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, από τους ασθενείς ή του συνοδούς τους</i>
Ταυτότητα δείγματος:	<i>Ασθενείς των περιοχών που εξυπηρετεί το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, όλων των ηλικιών</i>

8.2 Σκοπός έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας έγκειται στους εξής δύο πυλώνες:

- 1) Καταγραφή δεδομένων σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- 2) Εξαγωγή συμπερασμάτων για τους για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλευτικού, ιατρικού και επικουρικού προσωπικού.

8.3 Κατηγορίες ερωτήσεων έρευνας

Οι ερωτήσεις μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής

- 1^η κατηγορία ερωτήσεων:
 - *Δημογραφικά στοιχεία και βασικές προσωπικές πληροφορίες των ερωτούμενων όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο*
- 2^η κατηγορία ερωτήσεων:
 - *Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και να αξιολογήσουν το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας και την κατάσταση της υγείας τους.*

9 Δημογραφικά - βιογραφικά στοιχεία

9.1 Φύλο νοσηλευθέντων ασθενών

Statistics

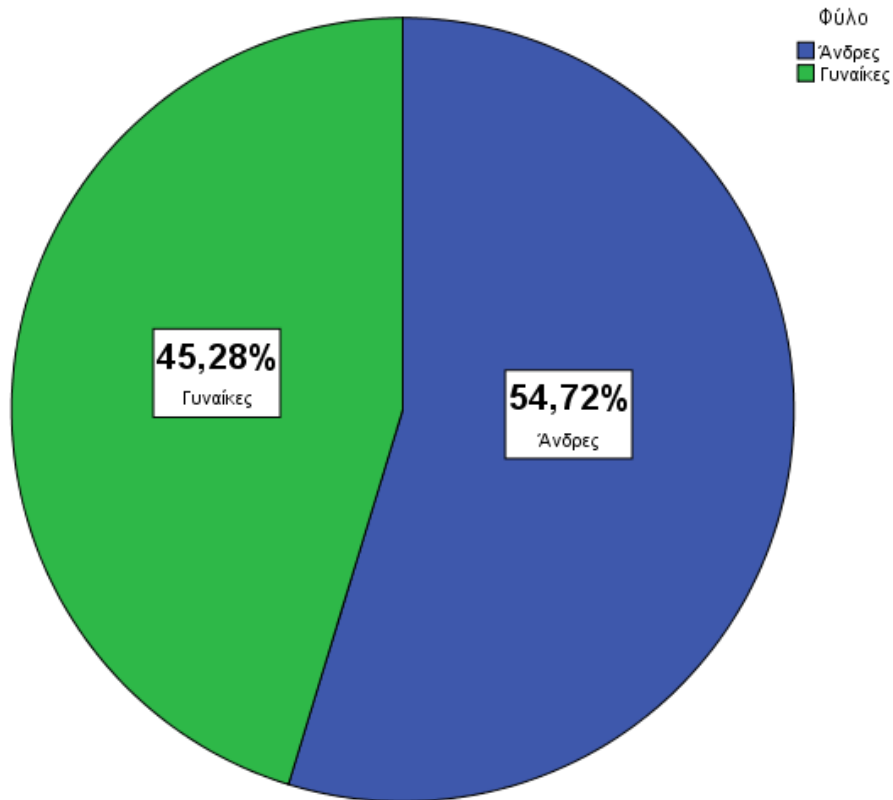
Φύλο

N	Valid	413
	Missing	1

Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Άνδρες	226	54,6	54,7	54,7
	Γυναίκες	187	45,2	45,3	100,0
	Total	413	99,8	100,0	
Missing	99	1	,2		
Total	414	100,0			

Από τα 414 ερωτηματολόγια το πεδίο του φύλου συμπληρώθηκε στα 413. Εξ αυτών που απάντησαν την σχετική ερώτηση το **54,7 %** ήταν **άντρες** και το **45,3 %** **γυναίκες**.



9.2 Ηλικιακές ομάδες νοσηλευθέντων ασθενών

Η ηλικία των νοσηλευθέντων ασθενών είναι μείζονος σημασίας, καθότι σχετίζεται με την φύση των προβλημάτων υγείας, ως ένα βαθμό.

Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν στις ηλικιακές ομάδες ως ανήλικες, κατά δεκαετία, και από 80 ετών και πάνω.

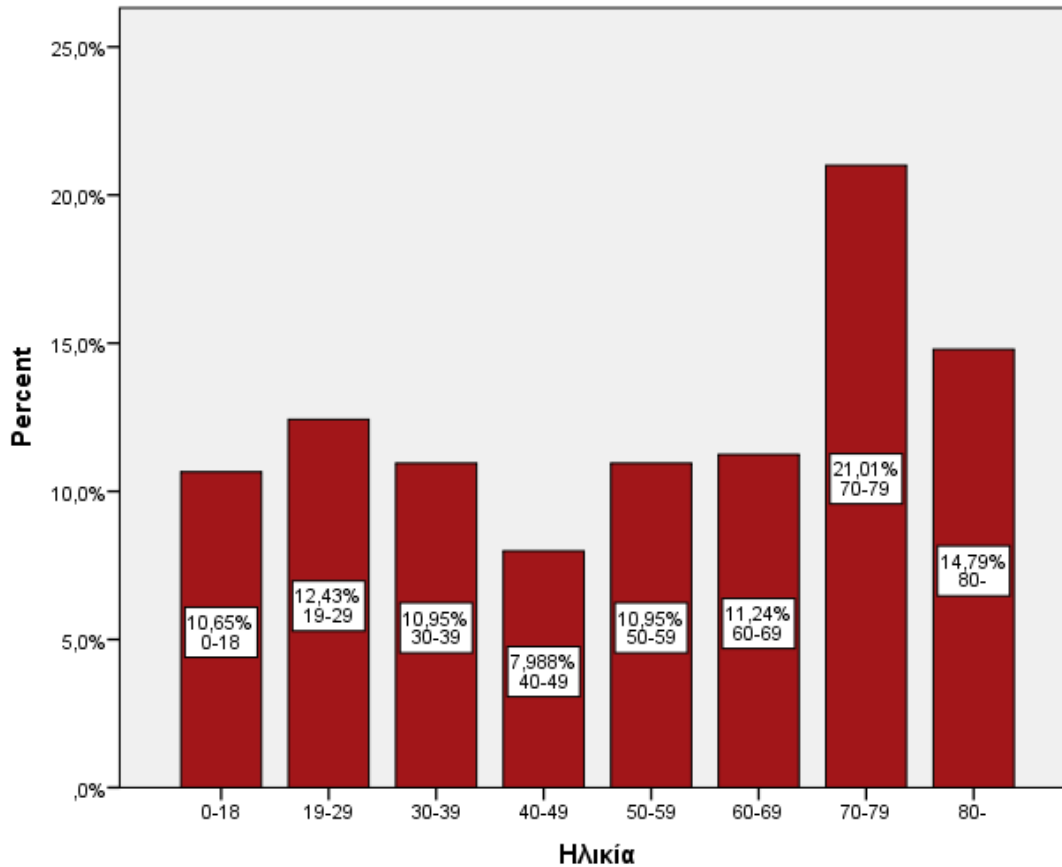
Statistics

Ηλικία		
N	Valid	338
	Missing	76

Από το σύνολο των ερωτηματολογίων στα 338 συμπληρώθηκε το πεδίο της ηλικίας.

		Ηλικία			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-18	36	8,7	10,7	10,7
	19-29	42	10,1	12,4	23,1
	30-39	37	8,9	10,9	34,0
	40-49	27	6,5	8,0	42,0
	50-59	37	8,9	10,9	53,0
	60-69	38	9,2	11,2	64,2
	70-79	71	17,1	21,0	85,2
	80-	50	12,1	14,8	100,0
Total		338	81,6	100,0	
Missing	99	76	18,4		
Total		414	100,0		

Παρατηρούμε ότι το **21%** των νοσηλευθέντων ασθενών ήταν ηλικίας **από 70 έως 79 ετών**, ενώ αντιθέτως η μικρότερη ηλικιακή ομάδα αντιπροσωπεύοντας το **8%** του δείγματος ήταν αυτή των **40-49 ετών**.



9.3 Κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς

Statistics

Κλινική		
N	Valid	424
	Missing	1

Στο πεδίο αυτό είχαμε παραπάνω απαντήσεις καθότι πολλοί ασθενείς νοσηλεύτηκαν σε παραπάνω από μία κλινικές κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας.

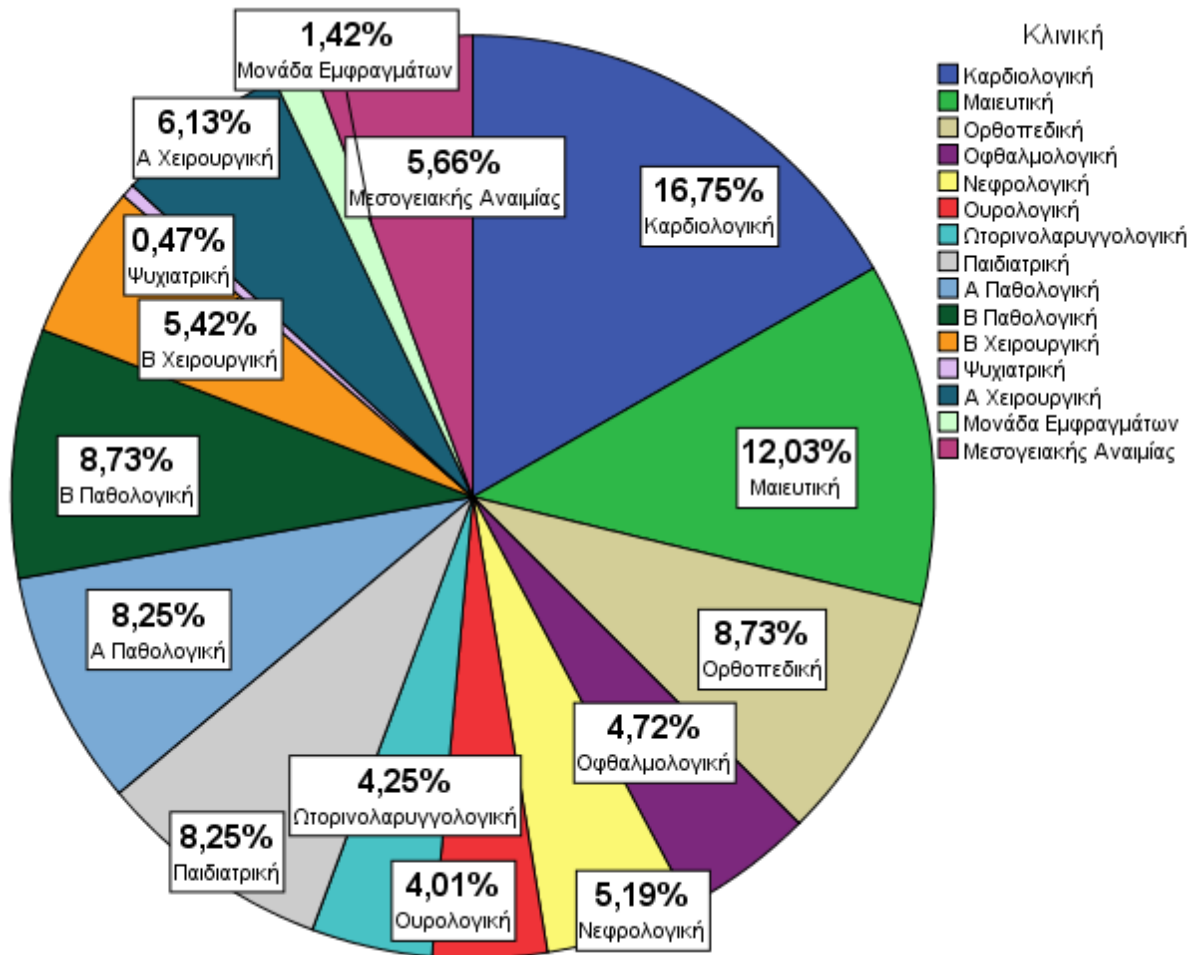
		Κλινική			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καρδιολογική	71	16,7	16,7	16,7
	Μαιευτική	51	12,0	12,0	28,8
	Ορθοπαιδική	37	8,7	8,7	37,5
	Οφθαλμολογική	20	4,7	4,7	42,2
	Νεφρολογική	22	5,2	5,2	47,4
	Ουρολογική	17	4,0	4,0	51,4
	Ωτορινολαρυγγολογική	18	4,2	4,2	55,7
	Παιδιατρική	35	8,2	8,3	63,9
	A Παθολογική	35	8,2	8,3	72,2
	B Παθολογική	37	8,7	8,7	80,9
	B Χειρουργική	23	5,4	5,4	86,3
	Ψυχιατρική	2	,5	,5	86,8
	A Χειρουργική	26	6,1	6,1	92,9
	Μονάδα Εμφραγμάτων	6	1,4	1,4	94,3
	Μεσογειακής Αναμίας	24	5,6	5,7	100,0
	Total		424	99,8	100,0
Missing	99	1	,2		
Total		425	100,0		

Στην έρευνα αποτυπώνονται τα αποτελέσματα μελετών που θέλουν τα καρδιακά προβλήματα ως μία από τις κύριες απειλές της ανθρώπινης υγείας, και δη για τους Έλληνες όπου η καρδιακή ανεπάρκεια εξελίσσεται σε μάστιγα.¹ Το **18,1 %**

¹ Άρθρο της διαδικτυακής έκδοσης της εφημερίδας των νέων με τίτλο «Μάστιγα για τους Έλληνες η καρδιακή ανεπάρκεια» της Ρούλας Τσουλέας όπως δημοσιεύτηκε στις 22-7-2010, και όπως ανακτήθηκε στις 05-11-2013 από το σύνδεσμο <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=257&articleID=10159&la=1>

(καρδιολογική κλινική και μονάδα εμφραγμάτων) νοσηλεύτηκαν για **προβλήματα σχετικά με την καρδιά.**

Τα μικρότερα ποσοστά παρουσιάζονται στην ψυχιατρική κλινική. Πιθανόν κάποιο μέρος του μικρού αυτού ποσοστού να οφείλεται σε απροθυμία των νοσηλευθέντων να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο



9.4 Επίπεδο σπουδών ερωτηθέντων

Statistics

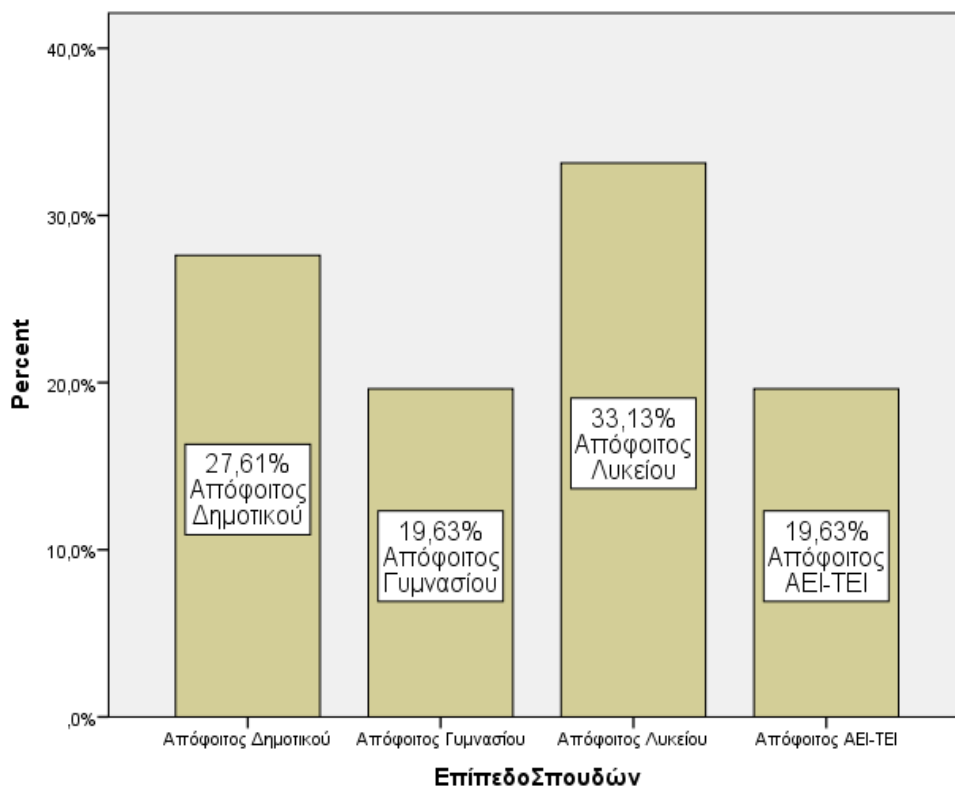
Επίπεδο Σπουδών

N	Valid	326
	Missing	88

Απαντήθηκαν στο αντίστοιχο πεδίο 341 ερωτηματολόγια

Επίπεδο Σπουδών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Απόφοιτος Δημοτικού	90	21,7	27,6	27,6
	Απόφοιτος Γυμνασίου	64	15,5	19,6	47,2
	Απόφοιτος Λυκείου	108	26,1	33,1	80,4
	Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ	64	15,5	19,6	100,0
	Total	326	78,7	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	15	3,6		
	99	73	17,6		
Total	88	21,3			
Total	414	100,0			



Το μεγαλύτερο ποσοστό σημειώνεται στους απόφοιτους λυκείου, με μικρή όμως διαφορά από τις άλλες βαθμίδες εκπαίδευσης.

Στο κεφάλαιο **11.1**, ελέγχουμε την υπόθεση, ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζονται, και η σχέση είναι στατιστικώς σημαντική.

9.5 Ασφάλιση νοσηλευθέντων ασθενών

Statistics

Ασφαλισμένος

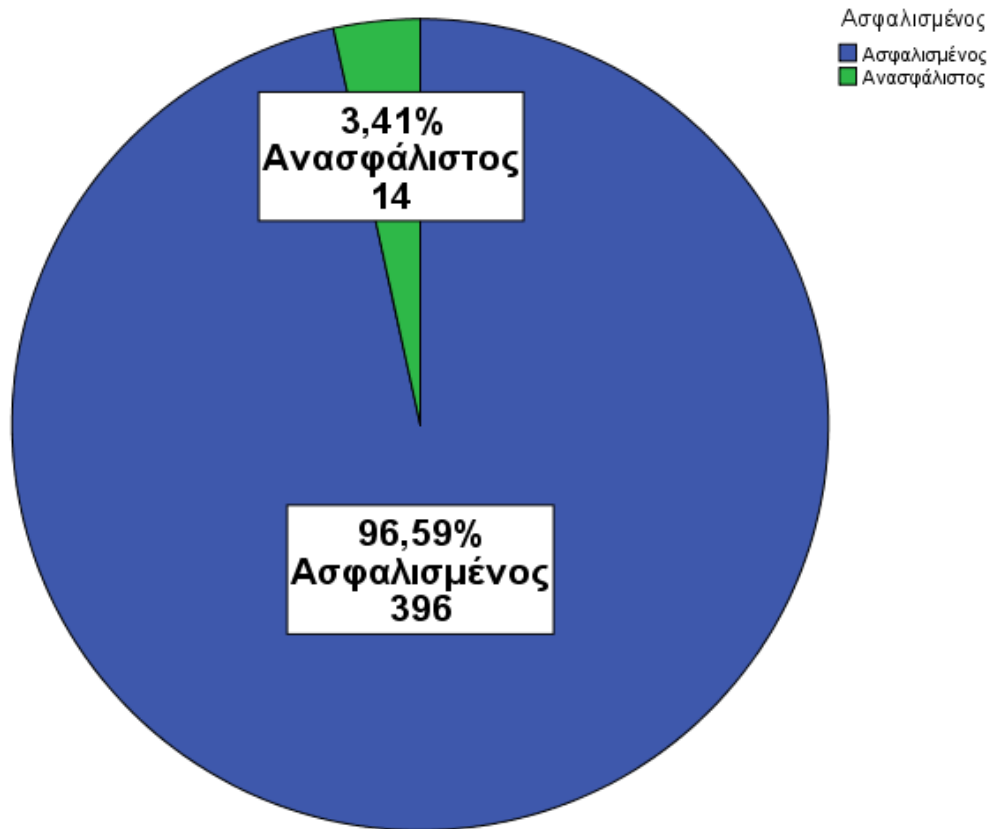
N	Valid	410
	Missing	4

Σε 410 ερωτηματολόγια απάντησαν στο ερώτημα αν είναι ασφαλισμένοι ή όχι.

Ασφαλισμένος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ασφαλισμένος	396	95,7	96,6	96,6
	Ανασφάλιστος	14	3,4	3,4	100,0
Total		410	99,0	100,0	
Missing	99	4	1,0		
Total		414	100,0		

Εξ αυτών όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα το **96,6 %** των ασθενών ήταν **ασφαλισμένοι**, ενώ μόλις το 3,4 % ήταν ανασφάλιστοι.



Statistics

Ταμείο		
N	Valid	371
	Missing	43

Βέβαια όπως προκύπτει και από την επεξεργασία των δεδομένων που προηγήθηκε, υπάρχει ένα ποσοστό νοσηλευθέντων ασθενών, ανέργων ή και απόρων σε δεινή οικονομική θέση που ασφαλίζονται.

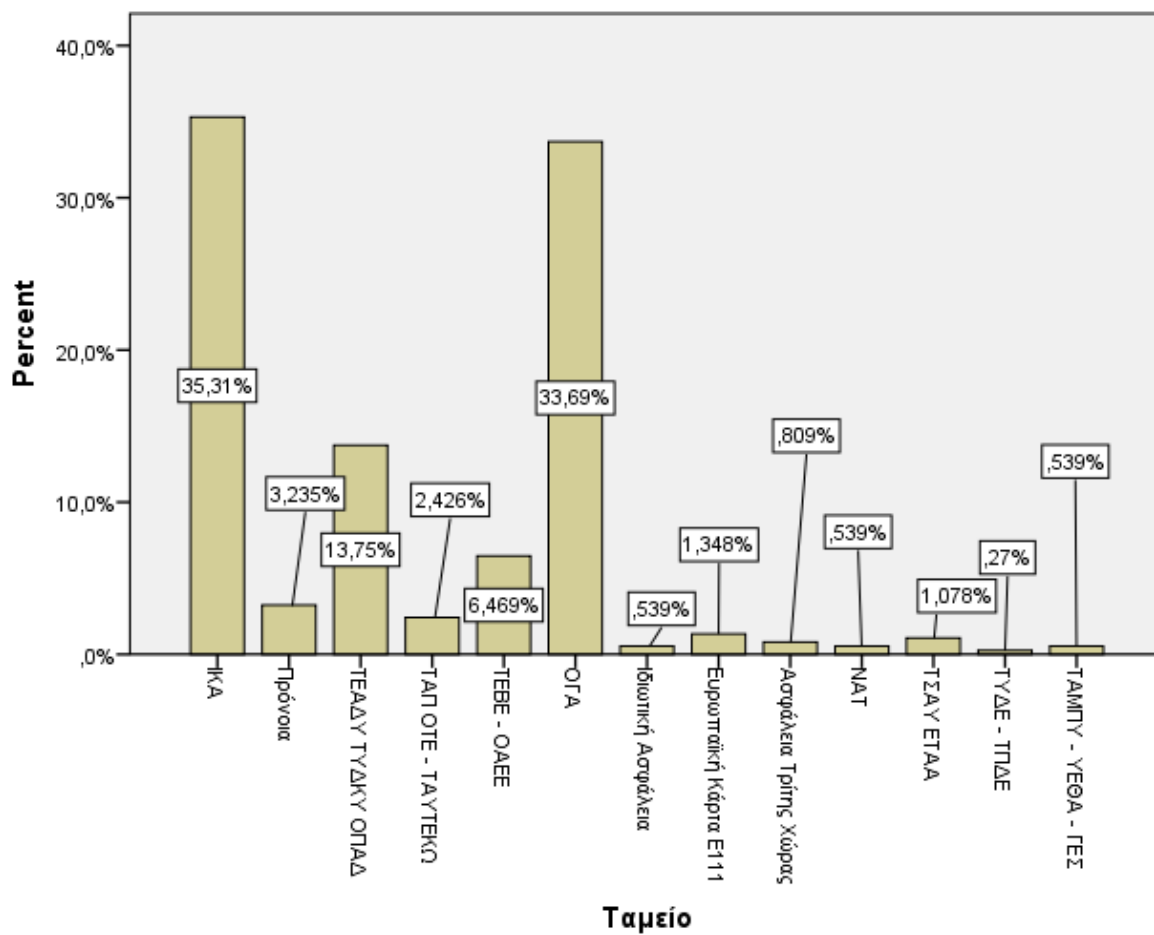
Ταμείο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΙΚΑ	131	31,6	35,3	35,3
	Πρόνοια	12	2,9	3,2	38,5
	ΤΕΑΔΥ ΤΥΔΚΥ ΟΠΑΔ	51	12,3	13,7	52,3
	ΤΑΠ ΟΤΕ - ΤΑΥΤΕΚΩ	9	2,2	2,4	54,7
	ΤΕΒΕ - ΟΑΕΕ	24	5,8	6,5	61,2
	ΟΓΑ	125	30,2	33,7	94,9
	Ιδιωτική Ασφάλεια	2	,5	,5	95,4
	Ευρωπαϊκή Κάρτα E111	5	1,2	1,3	96,8
	Ασφάλεια Τρίτης Χώρας	3	,7	,8	97,6
	NAT	2	,5	,5	98,1
	ΤΣΑΥ ΕΤΑΑ	4	1,0	1,1	99,2
	ΤΥΔΕ - ΤΠΔΕ	1	,2	,3	99,5
	ΤΑΜΠΥ - ΥΕΘΑ - ΓΕΣ	2	,5	,5	100,0
	Total	371	89,6	100,0	
	Missing	99	43	10,4	
Total	414	100,0			

Συγκεκριμένα αν κάποιος είναι άνεργος και έχει λήξει το βιβλιάριο υγείας του ασφαλιστικού του φορέα, έχει την δυνατότητα σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση Κ.Υ.Α.139491/16 Νοεμβρίου 2006 (Φ.Ε.Κ. Β/1747) να ζητήσει **χορήγηση Βιβλιαρίου Υγείας Απόρου**. Εγγράφονται στο Μητρώο Ανασφάλιστων και Οικονομικά Αδυνάτων, της υπηρεσίας Υγείας ή Πρόνοιας και τους παρέχεται το δικαίωμα σε **δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη**, και συγκεκριμένα σε εξετάσεις, χορήγηση φαρμάκων, νοσηλεία και μεταφορά.

Στην ερώτηση σε ποιο ταμείο ανήκετε απάντησαν οι 371 εκ των 400 ασφαλισμένων.

Αν προσθέσουμε το ποσοστό των ατόμων με Βιβλιάριο Υγείας Απόρου, που ασφαρίζονται μετά από πρόνοια του κράτους, σε αυτών των ανασφάλιστων, προκύπτει ότι τουλάχιστον 26 νοσηλευθέντες ασθενείς βρίσκονταν σε δεινή οικονομική θέση.



Για την σημασία των αρκτικόλεξων, στο παράρτημα κεφάλαιο 6.1, σελίδα 73. Από το διάγραμμα μπορούμε να δούμε ότι τα ταμεία με τους περισσότερους ασφαλισμένους εκ των νοσηλευθέντων ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας είναι το ΙΚΑ 35,31% , ο ΟΓΑ 33,69%. Αθροιστικά σε αυτά τα δύο ταμεία ανήκει το 69%.

9.6 Ιθαγένεια

Statistics

Ιθαγένεια

N	Valid	359
	Missing	55

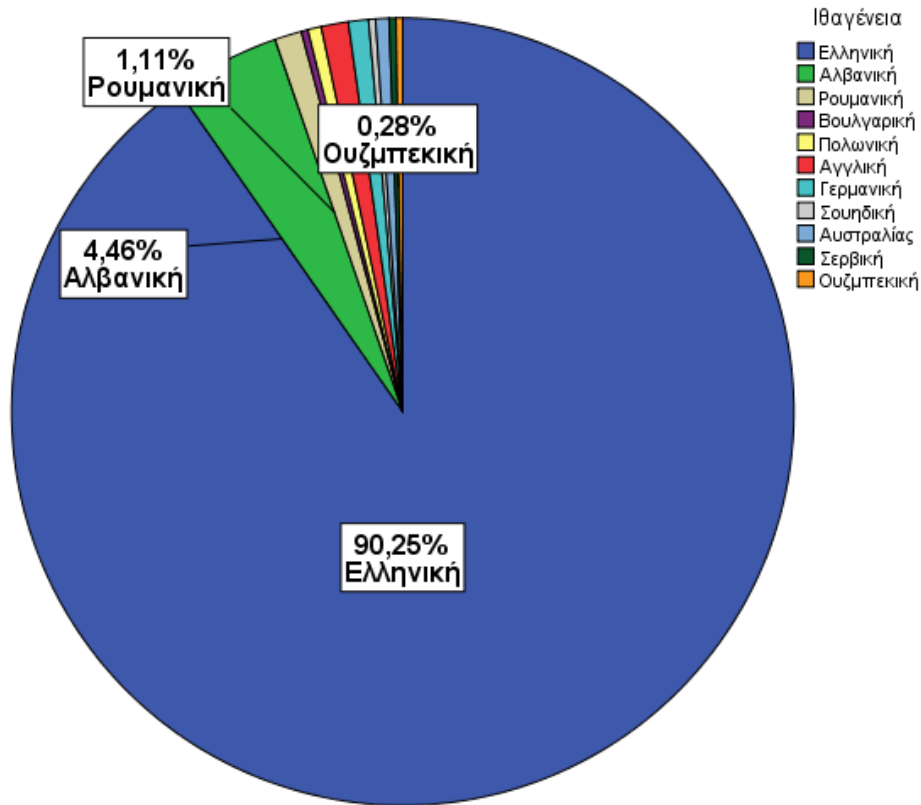
Απαντήθηκαν 359 ερωτηματολόγια.

Ιθαγένεια

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Ελληνική	324	78,3	90,3	90,3
	Αλβανική	16	3,9	4,5	94,7
	Ρουμανική	4	1,0	1,1	95,8
	Βουλγαρική	1	,2	,3	96,1
	Πολωνική	2	,5	,6	96,7
	Αγγλική	4	1,0	1,1	97,8
	Γερμανική	3	,7	,8	98,6
	Σουηδική	1	,2	,3	98,9
	Αυστραλίας	2	,5	,6	99,4
	Σερβική	1	,2	,3	99,7
	Ουζμπεκική	1	,2	,3	100,0
	Total	359	86,7	100,0	
Missing	99	55	13,3		
Total		414	100,0		

Σύμφωνα με τα δεδομένα, το **90,3%** των νοσηλευθέντων ασθενών ήταν **Έλληνες**, ενώ ακολουθούν οι **Αλβανοί με 4,5%**.

Ενδεχομένως πολλοί μετανάστες από τρίτες χώρες, και δη όσοι βρίσκονται στην Ελληνική επικράτεια μικρά χρονικά διαστήματα, να αντιμετώπισαν δυσκολία στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθότι πιθανώς να μην γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή, ή ακόμα και τη γλώσσα.



9.7 Χρόνος διαμονής στην Ελληνική επικράτεια

Statistics

Διαμονή

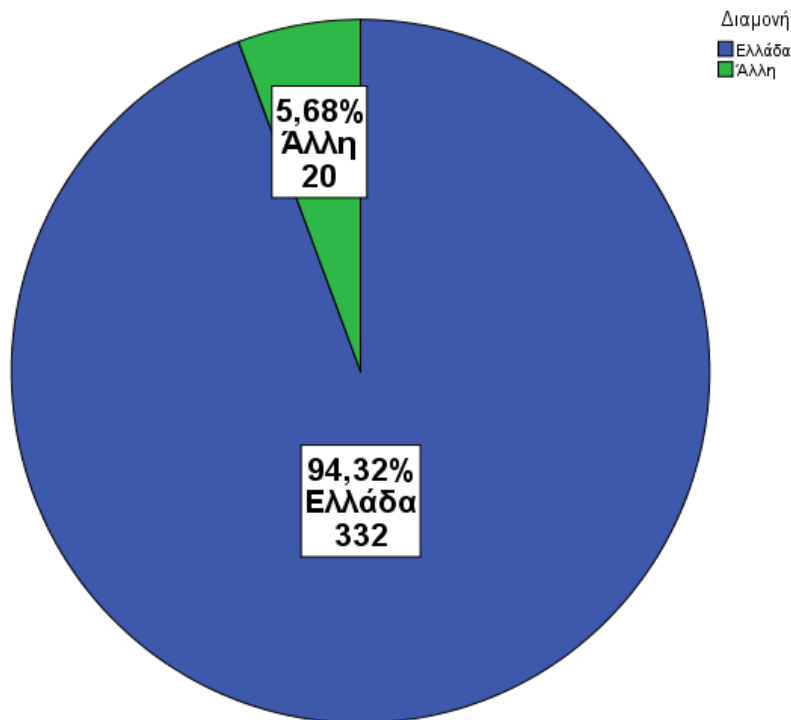
N	Valid	352
	Missing	62

Το αντίστοιχο πεδίο απαντήθηκε σε 352 ερωτηματολόγια.

Διαμονή

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ελλάδα	332	80,2	94,3	94,3
Valid Άλλη	20	4,8	5,7	100,0
Valid Total	352	85,0	100,0	
Missing 99	62	15,0		
Total	414	100,0		

Το 94,3 % δήλωσε ότι είναι Έλληνας υπήκοος, ενώ το 5.7% δήλωσε άλλη υπηκοότητα.



Statistics

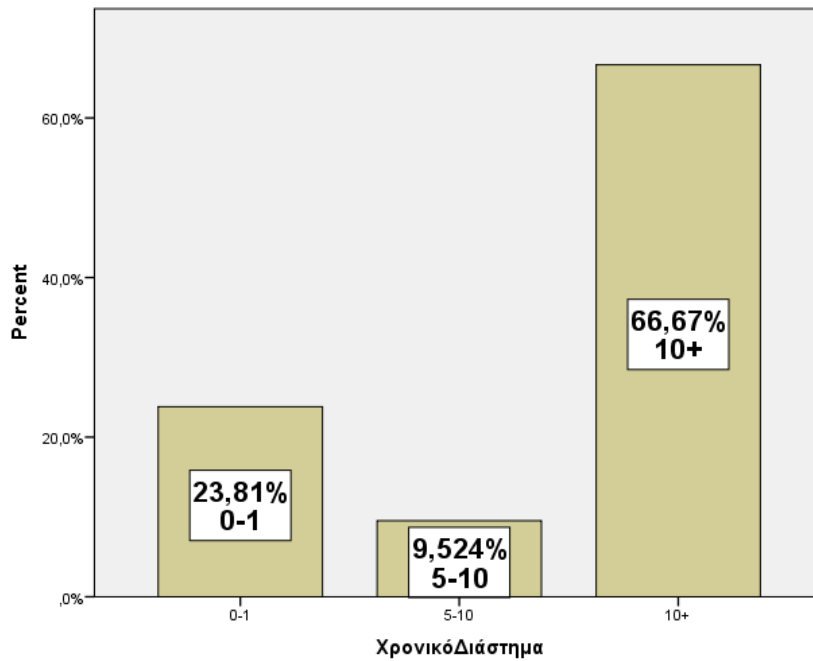
ΧρονικόΔιάστημα

N	Valid	21
	Missing	393

ΧρονικόΔιάστημα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-1	5	1,2	23,8
	5-10	2	,5	33,3
	10+	14	3,4	66,7
	Total	21	5,1	100,0
Missing	99	393	94,9	
Total	414	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι από τους ξένους υπηκόους το χρονικό διάστημα διαμονής της χώρας συγκεντρώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά σε αυτούς που είναι πάνω από δέκα χρόνια στην Ελλάδα με 66,7% και σε αυτούς που είναι λιγότερο από έτος. Δεν υπήρχε κανείς ξένος υπήκοος που να συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο και να διαμένει στην Ελλάδα από ένα έτος έως και 5 έτη.



Δύο υποθέσεις μπορούν να γίνουν.

1. Πρώτον ότι οι ξένοι υπήκοοι που διαμένουν έως ένα έτος στην Ελλάδα πιθανότατα να είναι Ελληνικής καταγωγής που επιστρέφουν για διακοπές στην Ελλάδα (κυρίως από χώρες με μεγάλη ομογένεια όπως η Αυστραλία). Γνωρίζουν Ελληνικά και δεν έχουν πρόβλημα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.
2. Οι μετανάστες που διαμένουν έως 10 έτη πιθανόν να έχουν δυσκολία στο να διαβάσουν, να κατανοήσουν και να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο. Οι μετανάστες που διαμένουν περισσότερα έτη δεν αντιμετωπίζουν τόσα προβλήματα, έχουν μάθει την Ελληνική γλώσσα και είναι ευκολότερο να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Γι' αυτό παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά.

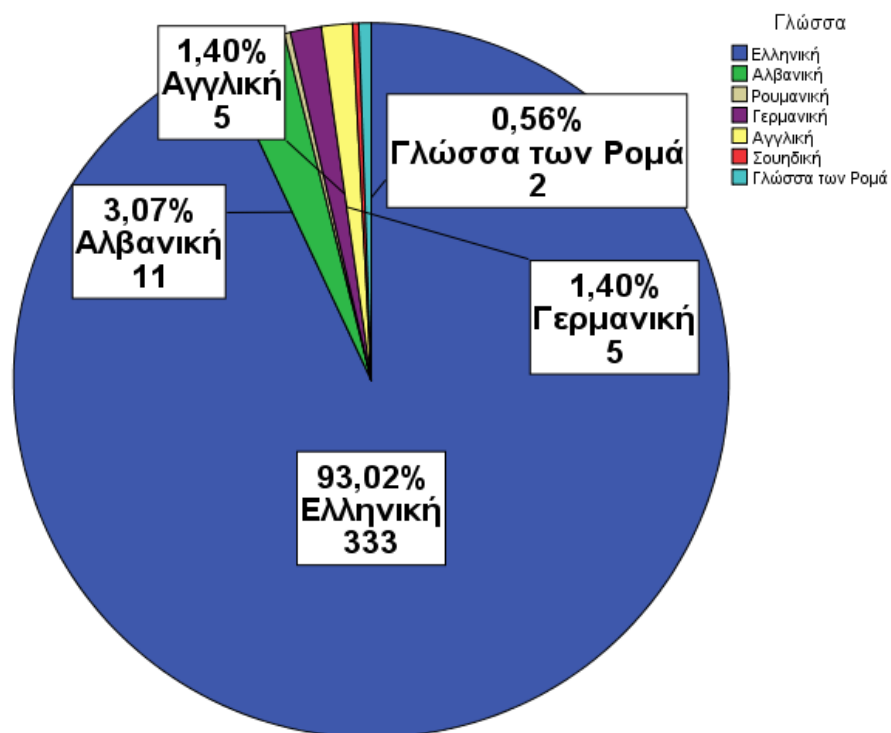
9.8 Γλώσσα

Statistics

Γλώσσα		
N	Valid	358
	Missing	56

Απαντήθηκαν στο αντίστοιχο πεδίο τα 358 ερωτηματολόγια.

		Γλώσσα			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελληνική	333	80,4	93,0	93,0
	Αλβανική	11	2,7	3,1	96,1
	Ρουμανική	1	,2	,3	96,4
	Γερμανική	5	1,2	1,4	97,8
	Αγγλική	5	1,2	1,4	99,2
	Σουηδική	1	,2	,3	99,4
	Γλώσσα των Ρομά	2	,5	,6	100,0
	Total	358	86,5	100,0	
Missing	99	56	13,5		
Total	414	100,0			



Η **Ελληνική** καταλαμβάνει την πρώτη θέση, ως η **κύρια γλώσσα** που ομιλείται στο σπίτι με **93%** και δεύτερη η **Αλβανική** με **3,1%**.

Σε επόμενο κεφάλαιο ελέγχουμε την υπόθεση ότι η γλώσσα σχετίζεται με την ιθαγένεια

9.9 Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Στο ερωτηματολόγιο δίνεται η δυνατότητα να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο από τον ίδιο τον ασθενή, ή σε περίπτωση αδυναμίας από κάποιο συνοδό, συγγενή για λογαριασμό του.

Statistics

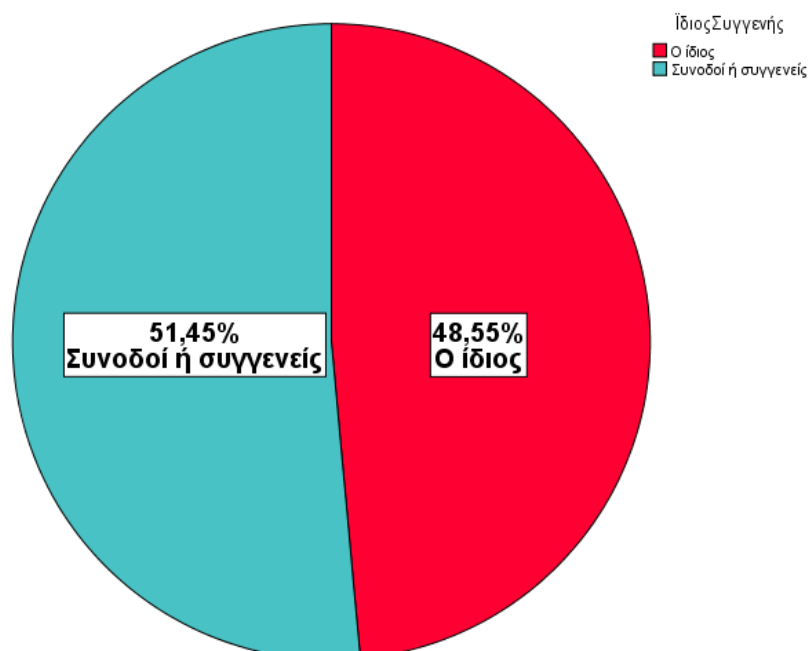
ΊδιοςΣυγγενής

N	Valid	414
	Missing	0

ΊδιοςΣυγγενής

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ο ίδιος	201	48,6	48,6	48,6
Valid Συνοδοί ή συγγενείς	213	51,4	51,4	100,0
Total	414	100,0	100,0	

Από τα δεδομένα προκύπτει ότι το 51,4% των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκαν από συνοδούς, ή συγγενείς, και το 48,6% από τον ίδιο τον ασθενή.



Σε επόμενα κεφάλαια εξετάζονται οι αναλυτικά οι διάφορες ενδεχόμενες συσχετίσεις του πεδίου της ταυτότητας με άλλα ερωτήματα.

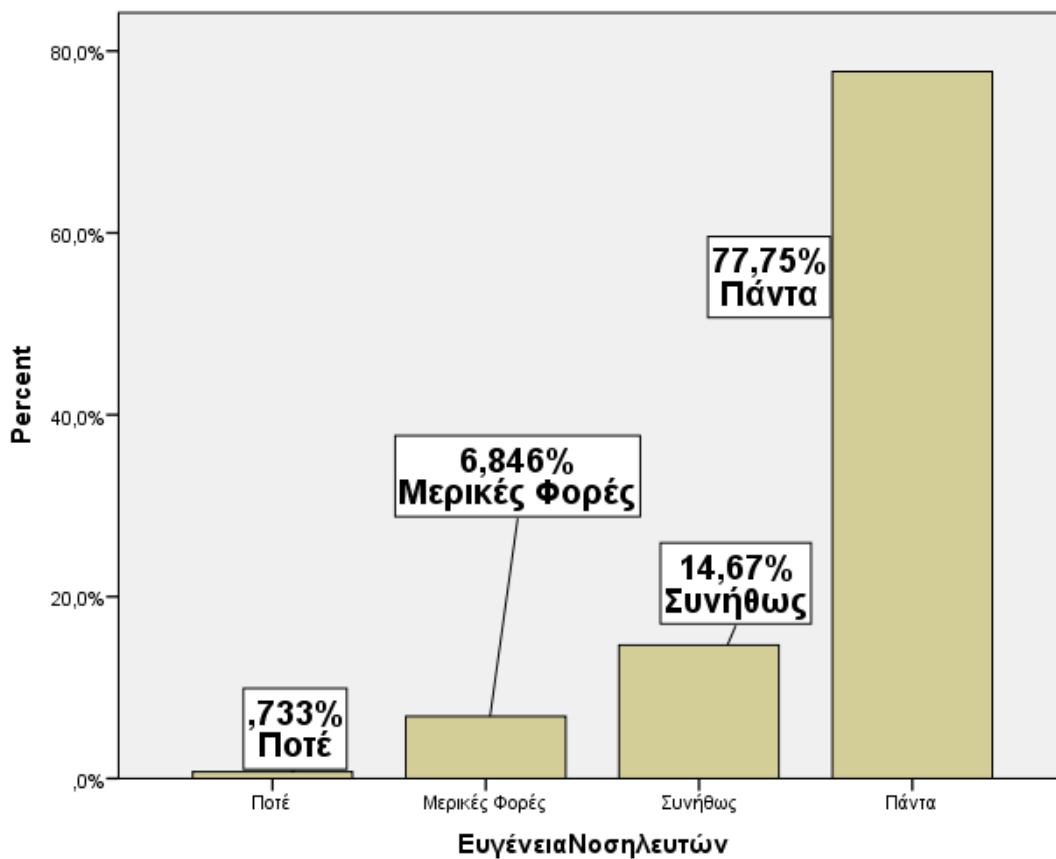
10 Ερωτήσεις βαθμού ικανοποίησης και αξιολόγησης

10.1 Βαθμός Ικανοποίησης από την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ευγένεια Νοσηλευτών	409	1	4	3,69	,628
Valid N (listwise)	409				

Μέσος όρος 3,69 με 4 να είναι το άριστο, και το 1 το χειρίστο. Η τυπική απόκλιση 0,628



Ευγένεια Νοσηλευτών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	3	,7	,7	,7
Μερικές Φορές	28	6,8	6,8	7,6
Συνήθως	60	14,5	14,7	22,2
Πάντα	318	76,8	77,8	100,0
Total	409	98,8	100,0	
Missing Δεν απαντώ	1	,2		
99	4	1,0		
Total	5	1,2		
Total	414	100,0		

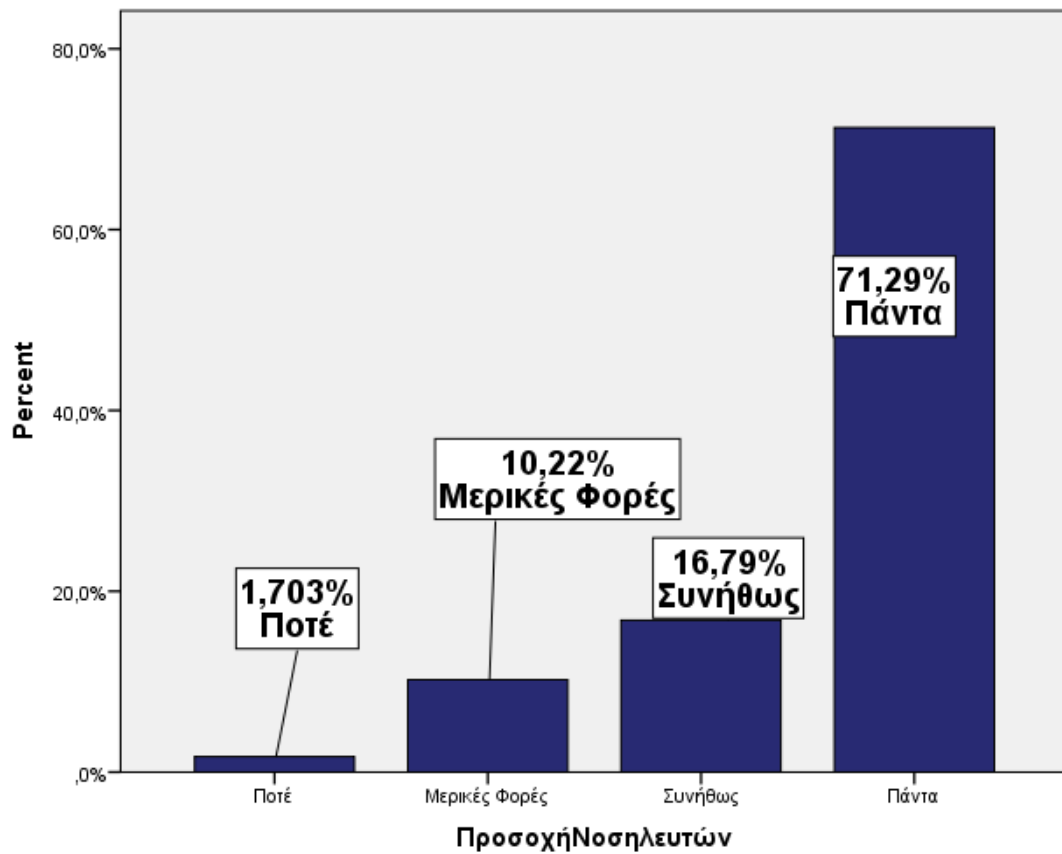
Από τα δεδομένα της έρευνας προκύπτει ότι **το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας τηρούσε σε μεγάλο βαθμό τους κανόνες ευγενείας.**

10.2 Βαθμός ικανοποίησης από την επιδεικνυόμενη προσοχή των Νοσηλευτών

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Προσοχή Νοσηλευτών	411	1	4	3,58	,743
Valid N (listwise)	411				

Στο ερώτημα, αν οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την προσοχή που επιδείκνυαν οι νοσηλευτές σε αυτά που έλεγαν οι ασθενείς, ο μέσος όρος κυμάνθηκε **στο 3,58 με τυπική απόκλιση 0,743.**



Προσοχή Νοσηλευτών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ποτέ	7	1,7	1,7	1,7
Μερικές Φορές	42	10,1	10,2	11,9
Συνήθως	69	16,7	16,8	28,7
Πάντα	293	70,8	71,3	100,0
Total	411	99,3	100,0	
Missing				
Δεν απαντώ	1	,2		
99	2	,5		
Total	3	,7		
Total	414	100,0		

10.3 Βαθμός ικανοποίησης από την κατανόηση των εξηγήσεων των νοσηλευτών

Descriptive Statistics

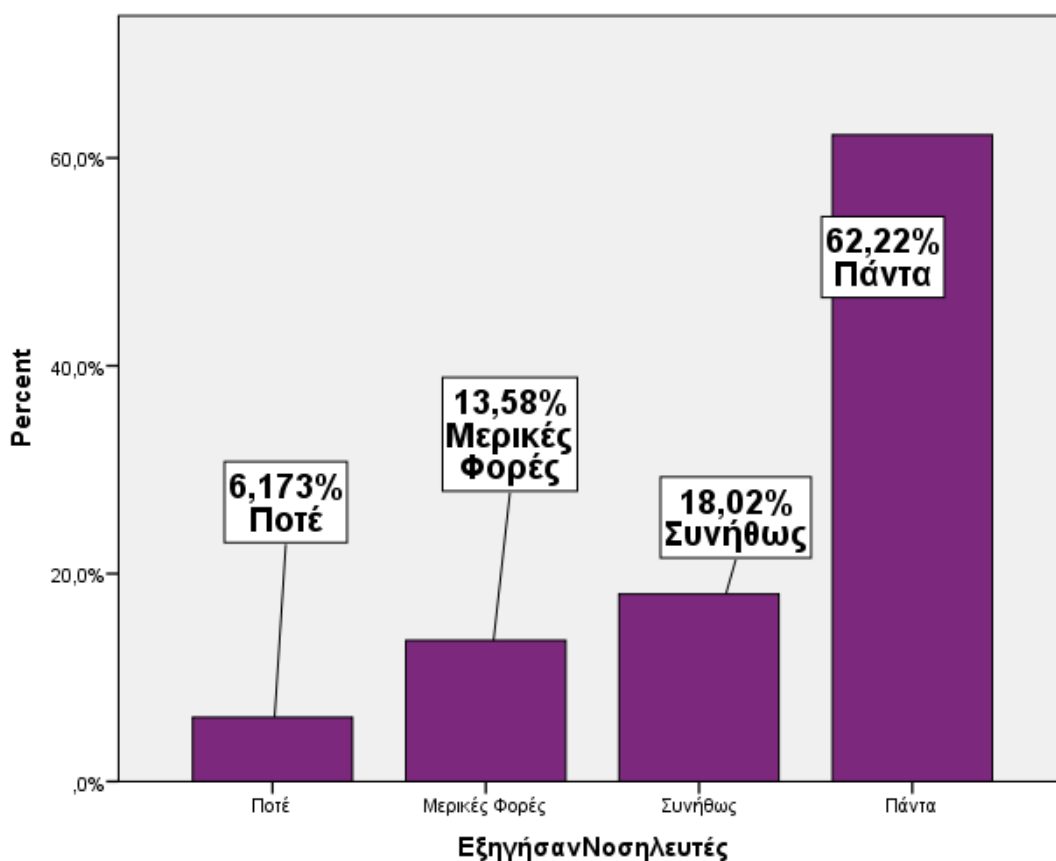
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΕξηγήσανΝοσηλευτές	405	1	4	3,36	,936
Valid N (listwise)	405				

Στην ερώτηση αν οι νοσηλευτές εξηγούσαν με τρόπο κατανοητό τα όποια ζητήματα, από τις 405 απαντήσεις, ο μέσος όρος κυμάνθηκε στο 3,36 με τυπική απόκλιση 0,936.

ΕξηγήσανΝοσηλευτές

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	25	6,0	6,2	6,2
Μερικές Φορές	55	13,3	13,6	19,8
Συνήθως	73	17,6	18,0	37,8
Πάντα	252	60,9	62,2	100,0
Total	405	97,8	100,0	
Missing Δεν απαντώ	4	1,0		
99	5	1,2		
Total	9	2,2		
Total	414	100,0		

Συμπερασματικά το νοσηλευτικό προσωπικό εξήγησε με τρόπο κατανοητό τα όποια ζητήματα στις περισσότερες των περιπτώσεων, (80,2%)



10.4 Ικανοποίηση από την κλήση μέσω του κουμπιού βοήθειας

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΚουμπιΐΒοήθειας	325	1	4	3,59	,828
Valid N (listwise)	325				

Από τα δεδομένα ο μέσος όρος από τις 325 απαντήσεις, βρέθηκε 3,59 με άριστα το 4 και ελάχιστο το 1, και η τυπική απόκλιση 0,828.²

² Οι απαντήσεις "Δεν υπάρχει κουμπιΐ βοήθειας" και "Δεν απαντώ" αντιμετωπίστηκαν ως missing values

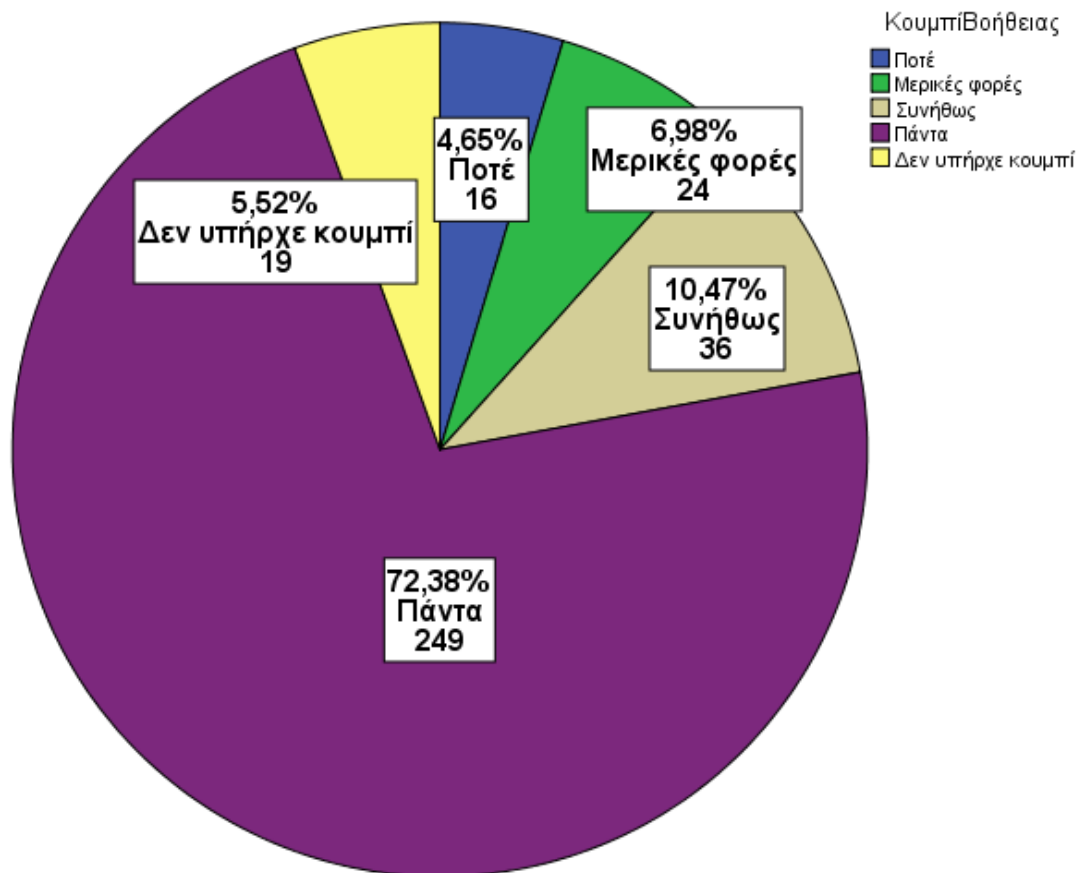
Statistics

ΚουμπιΒοήθειας

N	Valid	344
	Missing	70

ΚουμπιΒοήθειας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ	16	3,9	4,7
	Μερικές φορές	24	5,8	11,6
	Συνήθως	36	8,7	22,1
	Πάντα	249	60,1	72,4
	Δεν υπήρχε κουμπί	19	4,6	5,5
Total	344	83,1	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	19	4,6	
	99	51	12,3	
Total	70	16,9		
Total	414	100,0		



Το 72,38 % των ερωτηθέντων απάντησαν ότι πάντα έλαβαν έγκαιρα βοήθεια, όταν πάτησαν το κουμπί βοήθειας, το 10,47% απάντησαν συνήθως, το 6,98% μερικές φορές και μόλις το 4,65% Ποτέ.

Στο κεφάλαιο 4.3, εξετάζεται το ενδεχόμενο συσχέτισης των απαντήσεων του πεδίου που αναφέρεται στο κουμπί βοήθειας και αυτών που αφορούν την κλινική που νοσηλεύτηκε ο κάθε ασθενής.

10.5 Βαθμός Ικανοποίησης από την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΓιατροίΕυγένεια	404	1	4	3,69	,642
Valid N (listwise)	404				

Statistics

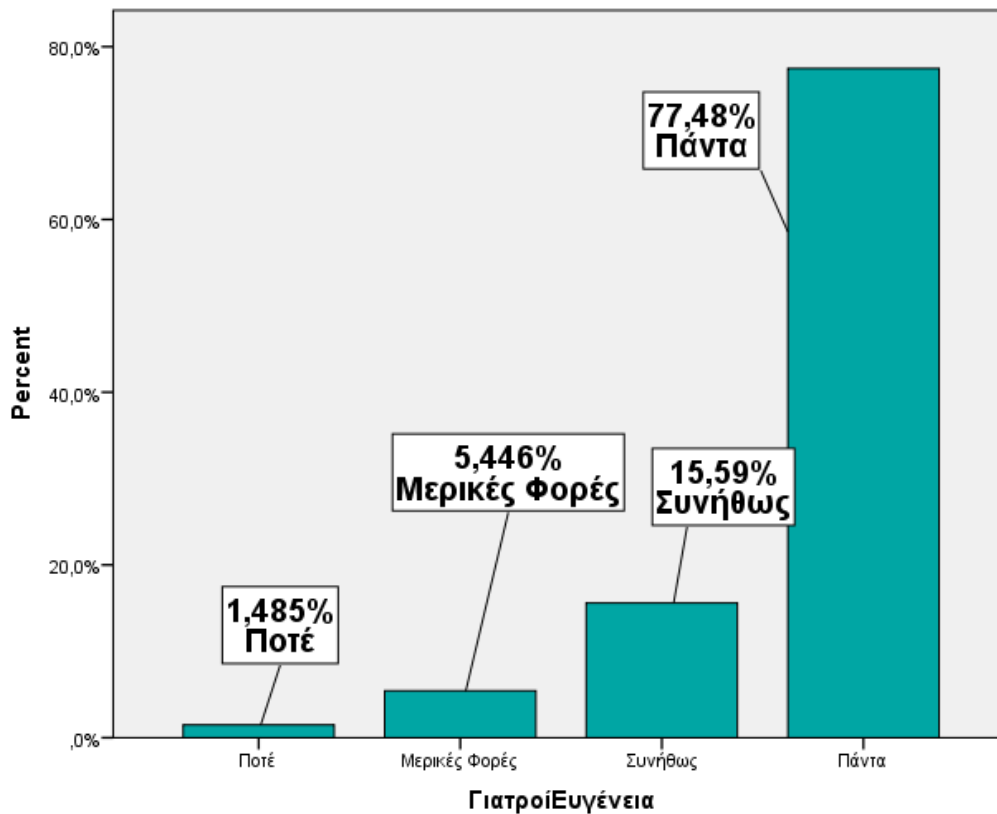
ΓιατροίΕυγένεια

N	Valid	404
	Missing	10

ΓιατροίΕυγένεια

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ	6	1,4	1,5
	Μερικές Φορές	22	5,3	6,9
	Συνήθως	63	15,2	22,5
	Πάντα	313	75,6	77,5
	Total	404	97,6	100,0
Missing	Δεν απαντώ	3	,7	
	99	7	1,7	
	Total	10	2,4	
Total	414	100,0		

Ο μέσος όρος των απαντήσεων στην ερώτηση περί ευγενείας και επιδεικνυόμενου σεβασμού από το ιατρικό προσωπικό είναι 3,69 και η τυπική απόκλιση 0,642. Το 77,5% απάντησε πάντα ενώ στον αντίποδα μόνο το 1,5 % δεν έμεινε ικανοποιημένο από την ευγένεια και το σεβασμό των ιατρών.



10.6 Βαθμός ικανοποίησης από την επιδεικνυόμενη προσοχή των ιατρών

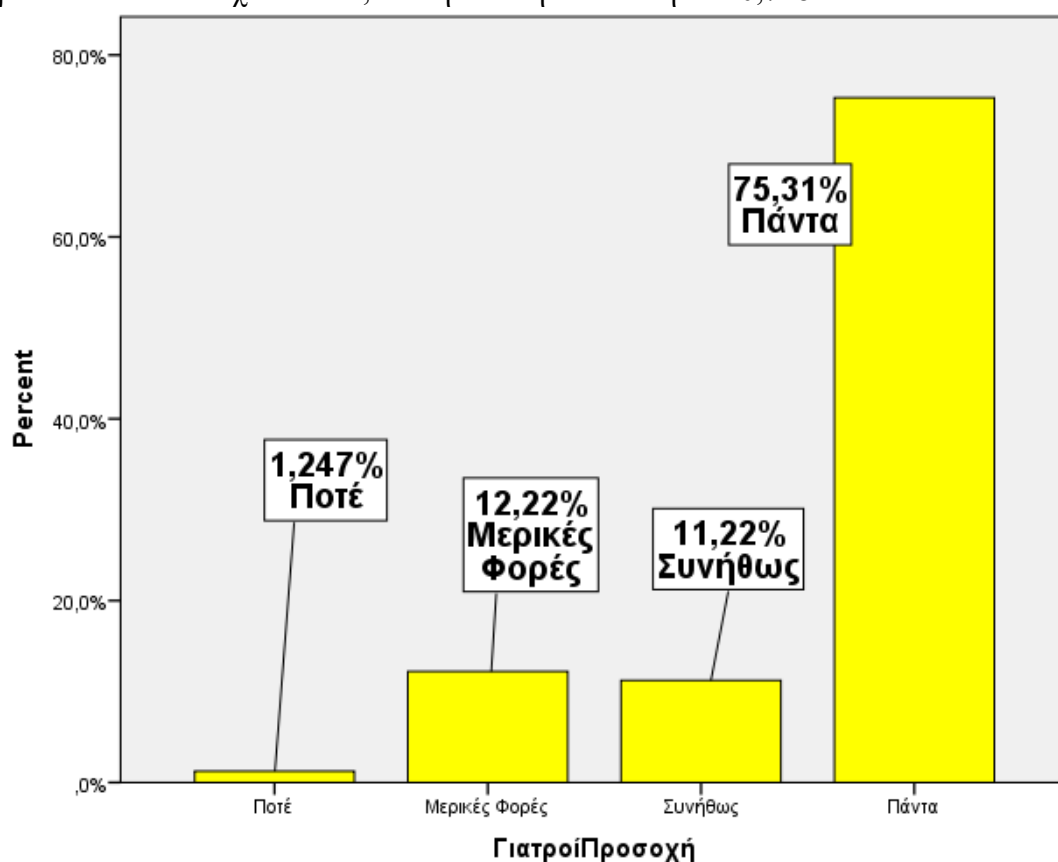
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Γιατροί Προσοχή	401	1	4	3,61	,748
Valid N (listwise)	401				

Γιατροί Προσοχή

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	5	1,2	1,2	1,2
Valid Μερικές Φορές	49	11,8	12,2	13,5
Valid Συνήθως	45	10,9	11,2	24,7
Valid Πάντα	302	72,9	75,3	100,0
Total	401	96,9	100,0	
Missing Δεν απαντώ	5	1,2		
Missing 99	8	1,9		
Missing Total	13	3,1		
Total	414	100,0		

Στην ερώτηση αν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, οι **γιατροί άκουγαν του νοσηλευθέντες ασθενείς με προσοχή**, το **75% απάντησε πάντα**, ενώ μόλις το 1,2 % απάντησε ποτέ. Ο μέσος όρος των 401 απαντήσεων είναι 3,61 με άριστο το 4 και ελάχιστο το 1, ενώ η τυπική απόκλιση στο 0,748.



10.7 Βαθμός ικανοποίησης από την κατανόηση των εξηγήσεων των ιατρών

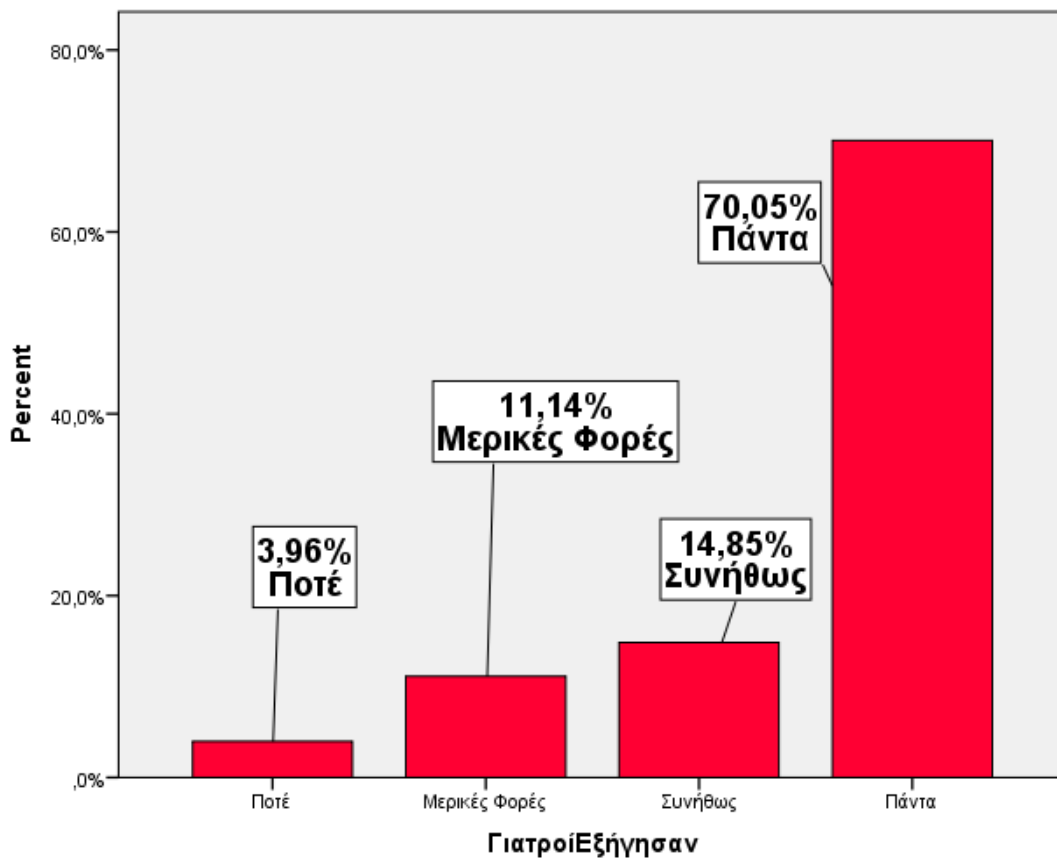
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Γιατροί Εξήγησαν	404	1	4	3,51	,844
Valid N (listwise)	404				

Όπως προκύπτει από τους αντίστοιχους πίνακες, στις 404 απαντήσεις που δόθηκαν το **70% απάντησε** ότι οι γιατροί τους εξήγησαν τα πράγματα με **τρόπο κατανοητό**, πάντα. Στον αντίποδα, μόνο το **4%** απάντησε ότι **ποτέ** το παραπάνω δεν συνέβη. Με άριστα το 4 ο **μέσος όρος** κυμάνθηκε στο **3,51** και η **τυπική απόκλιση** στο **0,844**.

ΓιατροίΕξήγησαν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	16	3,9	4,0	4,0
Μερικές Φορές	45	10,9	11,1	15,1
Συνήθως	60	14,5	14,9	30,0
Πάντα	283	68,4	70,0	100,0
Total	404	97,6	100,0	
Missing Δεν απαντώ	2	,5		
99	8	1,9		
Total	10	2,4		
Total	414	100,0		



10.8 Συχνότητα καθαριότητας δωματίων

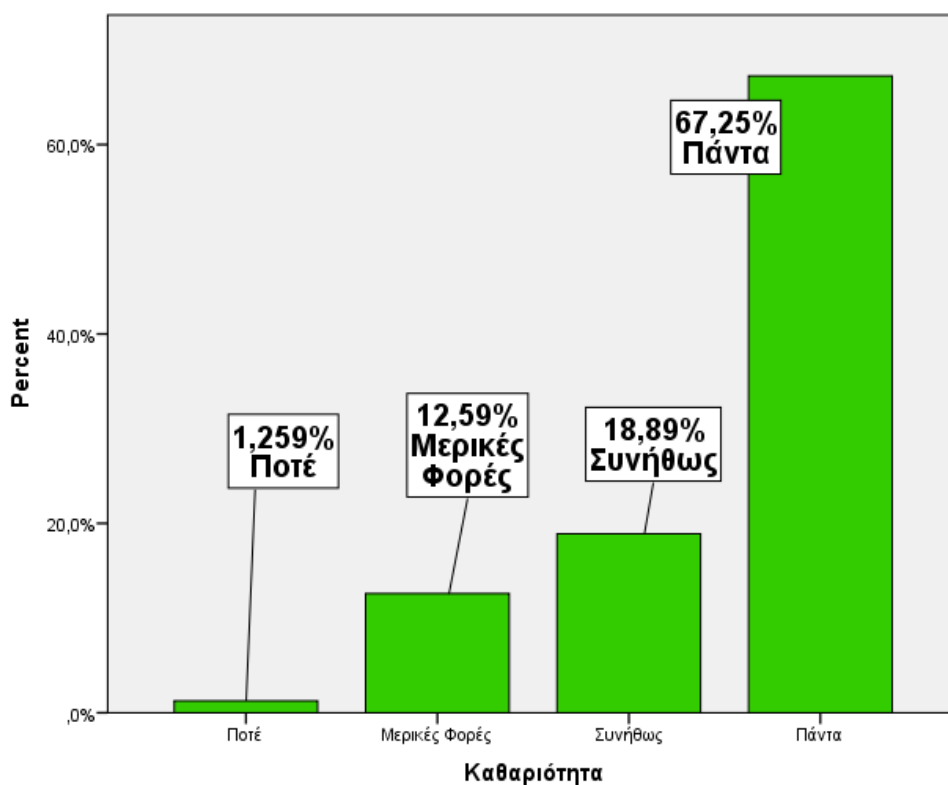
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Καθαριότητα	397	1	4	3,52	,761
Valid N (listwise)	397				

Στην ερώτηση πόσο συχνά καθαριζόταν το δωμάτιο, η πλειοψηφία των νοσηλευθέντων ασθενών απάντησε **πάντα** με **67,3%**. **Ποτέ** απάντησε μόνο το **1,3%**. Με μέγιστο το 4 και ελάχιστο το 1, ο μέσος όρος κυμάνθηκε στο 3,52 και η **τυπική απόκλιση** στο **0,761**.

Καθαριότητα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	5	1,2	1,3	1,3
Μερικές Φορές	50	12,1	12,6	13,9
Συνήθως	75	18,1	18,9	32,7
Πάντα	267	64,5	67,3	100,0
Total	397	95,9	100,0	
Missing Δεν απαντώ	3	,7		
99	14	3,4		
Total	17	4,1		
Total	414	100,0		



10.9 Βαθμός ικανοποίησης από την ησυχία κατά τις νυχτερινές ώρες

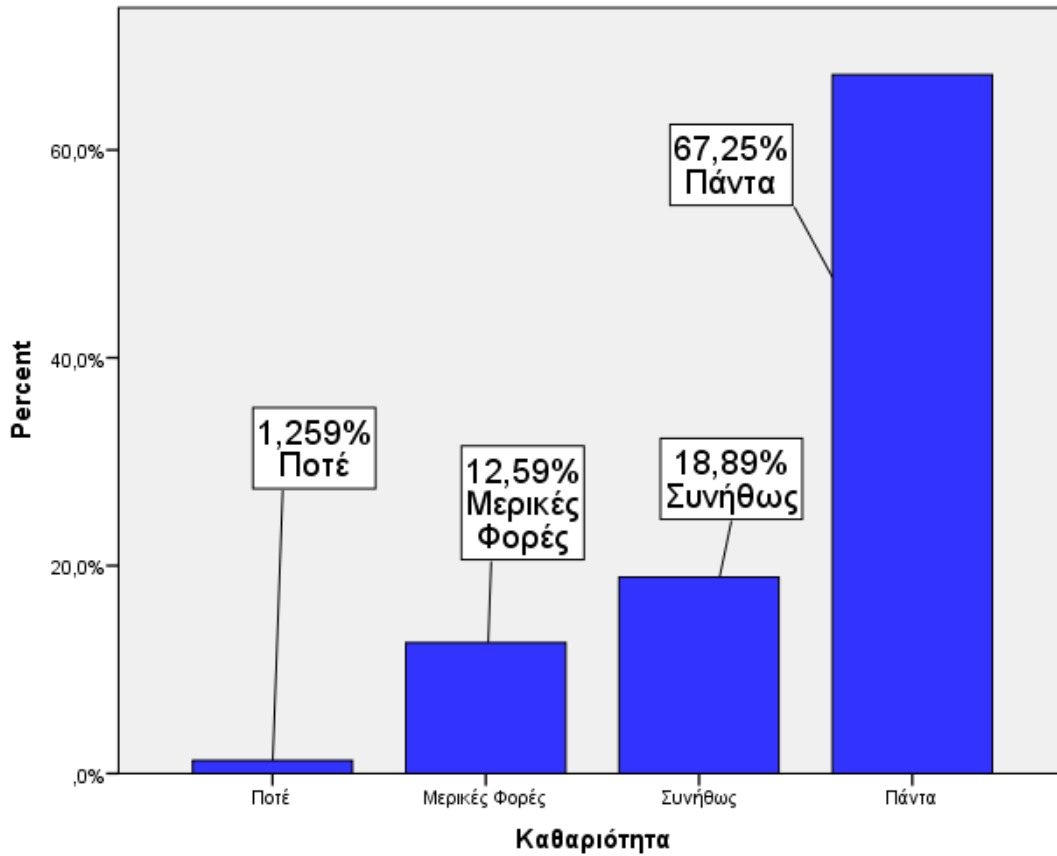
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ησυχία	391	1	4	3,44	,811
Valid N (listwise)	391				

Ησυχία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	14	3,4	3,6	3,6
Μερικές Φορές	38	9,2	9,7	13,3
Valid Συνήθως	102	24,6	26,1	39,4
Πάντα	237	57,2	60,6	100,0
Total	391	94,4	100,0	
Δεν απαντώ	11	2,7		
Missing 99	12	2,9		
Total	23	5,6		
Total	414	100,0		

Στην ερώτηση πόσο συχνά υπήρχε ησυχία στο δωμάτιο κατά τη διάρκεια της νύχτας το **60,6%** απάντησε **πάντα**, ενώ στον αντίποδα το **3,6%** απάντησε **ποτέ**. Με μέγιστη τιμή στο βαθμό ικανοποίησης το 4 και ελάχιστη το 1, ο μέσος όρος κυμάνθηκε στο **3,44** και η τυπική απόκλιση στο **0,811**.



10.10 Χρήση λουτρού η πάπιας

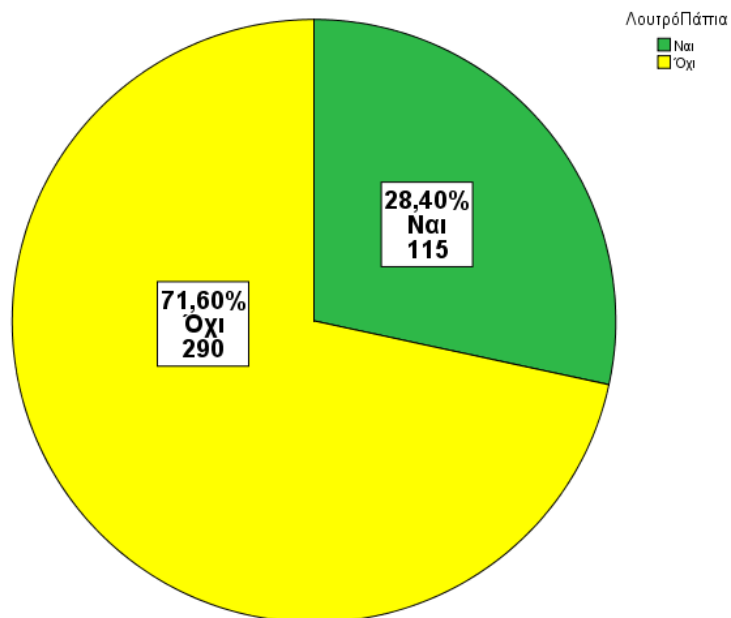
Statistics

ΛουτρόΠάπια

N	Valid	405
	Missing	9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	115	27,8	28,4	28,4
	Όχι	290	70,0	71,6	100,0
	Total	405	97,8	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	5	1,2		
	99	4	1,0		
	Total	9	2,2		
Total		414	100,0		

Στην ερώτηση αν χρειάστηκαν οι ερωτώμενοι βοήθεια στη χρήση του λουτρού ή της πάπιας, από τα 405 απαντημένα πεδία το 71,6% δεν χρειάστηκε, ενώ το 28,4% απάντησε ναι.



10.11 Βαθμός ικανοποίησης από τη βοήθεια στη χρησιμοποίηση πάπιας ή του λουτρού ³

Στην ερώτηση πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό βοήθησε στη χρήση πάπιας ή/και λουτρού είχαμε τα παρακάτω αποτελέσματα.

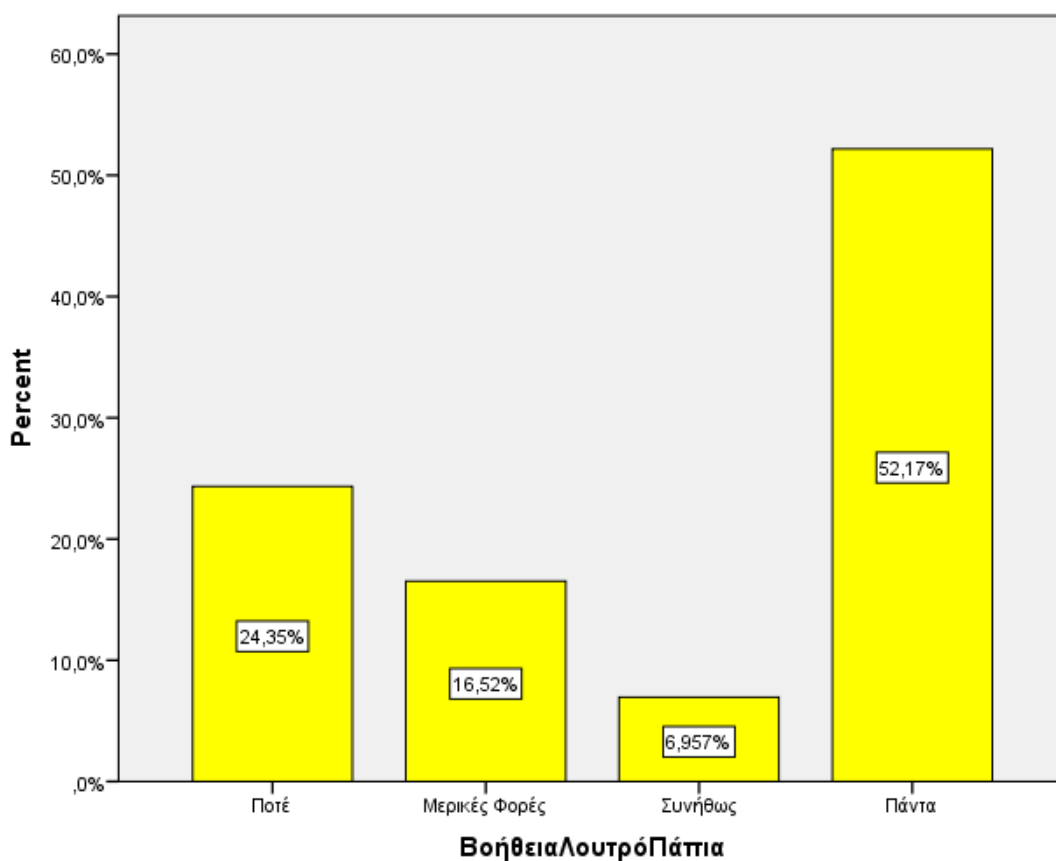
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	28	6,8	24,3	24,3
Μερικές Φορές	19	4,6	16,5	40,9
Συνήθως	8	1,9	7,0	47,8
Πάντα	60	14,5	52,2	100,0
Total	115	27,8	100,0	
Missing Δεν απαντώ	6	1,4		
99	293	70,8		
Total	299	72,2		
Total	414	100,0		

Το **52,2%** δήλωσε ότι πάντα το βοηθήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό στο λουτρό ή/και στη χρήση πάπιας, το 24,3% απάντησε ποτέ.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΒοήθειαΛουτρόΠάπια	115	1	4	2,87	1,288
Valid N (listwise)	115				

Με μέγιστο το 4 (πάντα) και ελάχιστο το 1(ποτέ) ο μέσος όρος κυμάνθηκε στο **2,87** και η **τυπική απόκλιση στο 1,288**.

³ Λαμβάνονται υπ' όψιν μόνο οι ασθενείς που απάντησαν ότι έκαναν χρήση της πάπιας ή/και του λουτρού και χρειάστηκαν βοήθεια (παράγραφος 3.10) σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου

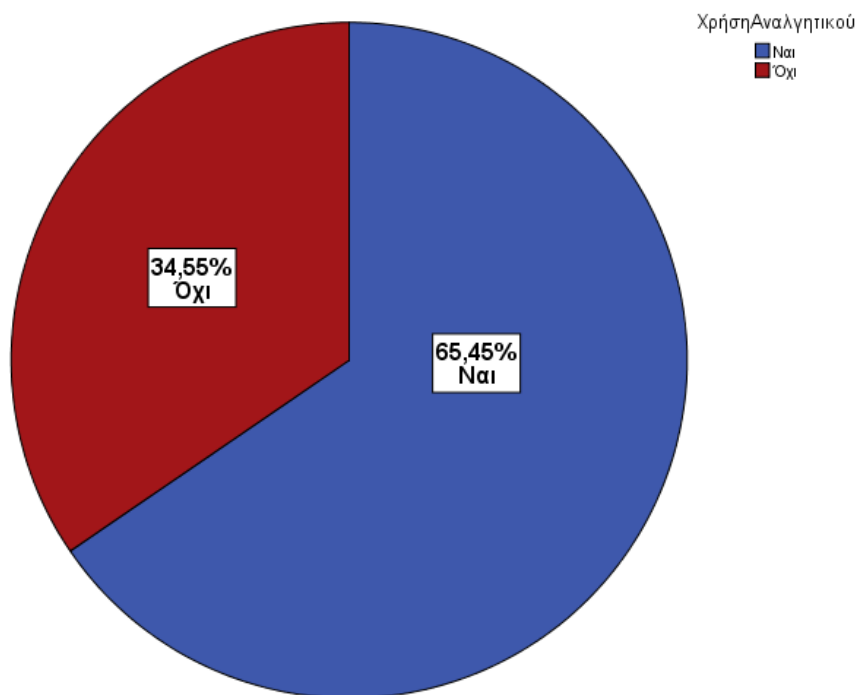


10.12 Χρήση αναλγητικών φαρμάκων

Χρήση Αναλγητικού

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
	Ναι	269	65,0	65,5
	Όχι	142	34,3	100,0
	Total	411	99,3	
Missing	99	3	,7	
Total	414	100,0		

Στην ερώτηση αν χρειάστηκε η χρήση αναλγητικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας το **65,5%** απάντησε **ναι** και το **34,5%** **όχι** εκ των 411 απαντήσεων στα 415 ερωτηματολόγια.



10.13 Ικανοποίηση από την συχνότητα ελέγχου του πόνου ⁴

Έλεγχος Πόνου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Ποτέ	8	1,9	3,0	3,0
	Μερικές Φορές	49	11,8	18,4	21,4
	Συνήθως	52	12,6	19,5	41,0
	Πάντα	157	37,9	59,0	100,0
	Total	266	64,3	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	1	,2		
	99	147	35,5		
Total		148	35,7		
Total		414	100,0		

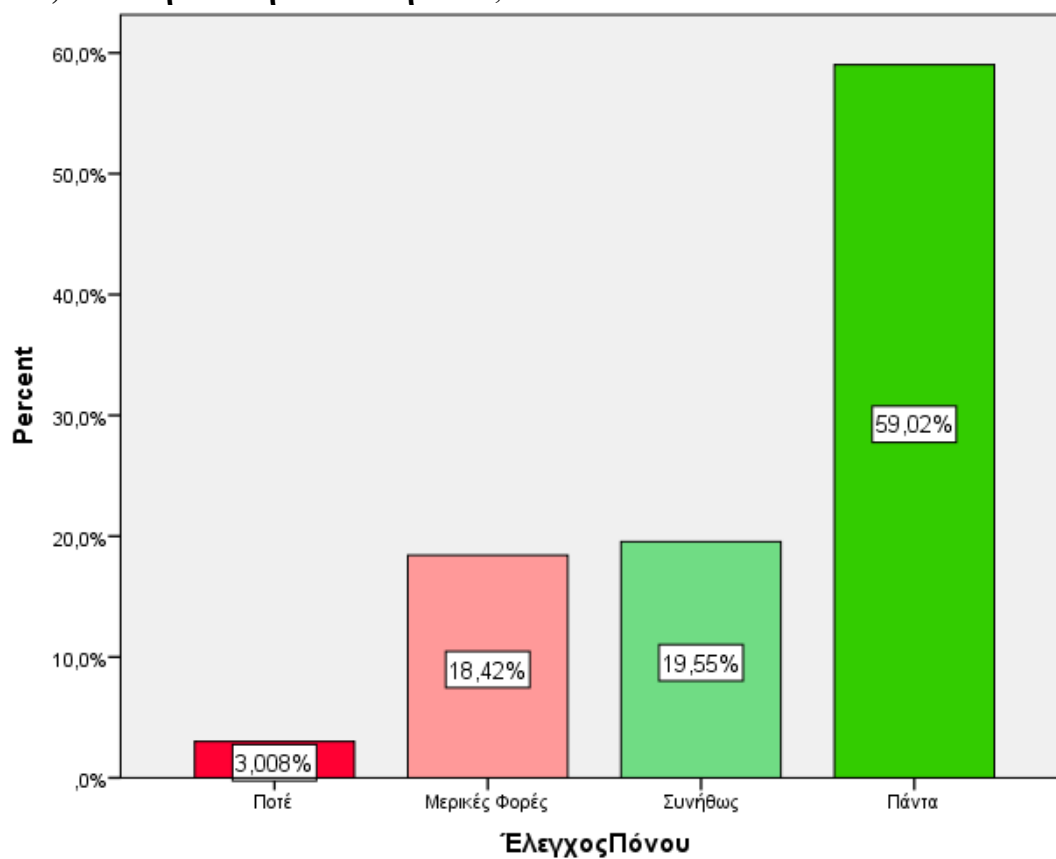
Στην ερώτηση "πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος" το **59%** απάντησε **πάντα**, το **19,5%** συνήθως, το **18,4%** μερικές φορές και μόλις το **3%** απάντησε **ποτέ**.

⁴ Λαμβάνονται υπ' όψιν μόνο οι ασθενείς που απάντησαν ότι τους χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα (παράγραφος 3.12) σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΈλεγχοςΠόνου	266	1	4	3,35	,882
Valid N (listwise)	266				

Με μέγιστο το 4 (πάντα) και ελάχιστο το 1 (ποτέ) ο μέσος όρος κυμάνθηκε στο **3,35** ενώ η τυπική απόκλιση στο **0,882**.



10.14 Βαθμός ικανοποίησης από την πρόθεση του προσωπικού να πράξει τα μέγιστα στην αντιμετώπιση του πόνου⁵

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΒοήθειαΑντίΠόνου	269	1	4	3,59	,809
Valid N (listwise)	269				

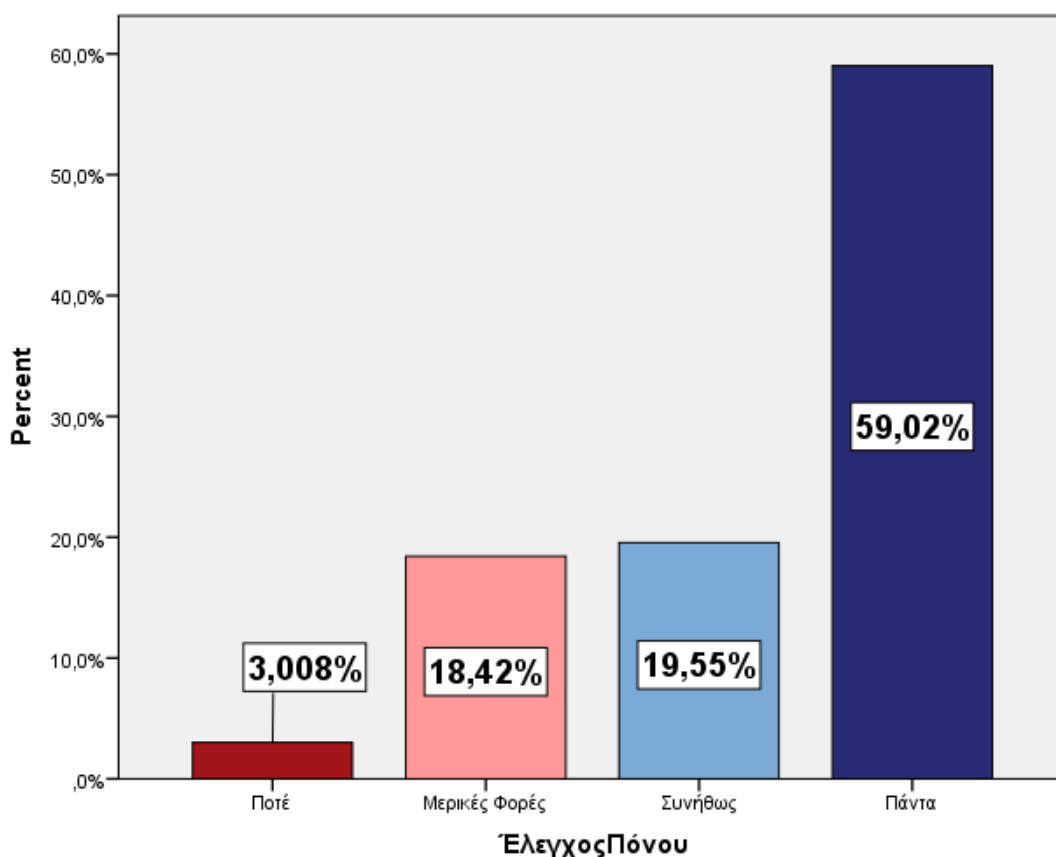
ΒοήθειαΑντίΠόνου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	11	2,7	4,1	4,1
Μερικές Φορές	22	5,3	8,2	12,3
Συνήθως	34	8,2	12,6	24,9
Πάντα	202	48,8	75,1	100,0
Total	269	65,0	100,0	
Missing Δεν απαντώ	1	,2		
99	144	34,8		
Total	145	35,0		
Total	414	100,0		

Στην ερώτηση πόσο συχνά το προσωπικό έκανε ότι μπορούσε για την αντιμετώπιση του πόνου, το **75,1%** απάντησε **πάντα**, το **12,6%** **συνήθως**, το **8,2%** **μερικές φορές** και τέλος το **4,1%** απάντησε **ποτέ**.

Με μέγιστο το 4, και ελάχιστο το 1 ο **μέσος όρος** κυμάνθηκε στο **3,59** και η **τυπική απόκλιση** στο **0,809**.

⁵ Λαμβάνονται υπ' όψιν μόνο οι ασθενείς που απάντησαν ότι τους χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα (παράγραφος 3.12) σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου



10.15 Χρήση νέων φαρμάκων

Statistics

Χορήγηση Νέων Φαρμάκων

N	Valid	409
	Missing	5

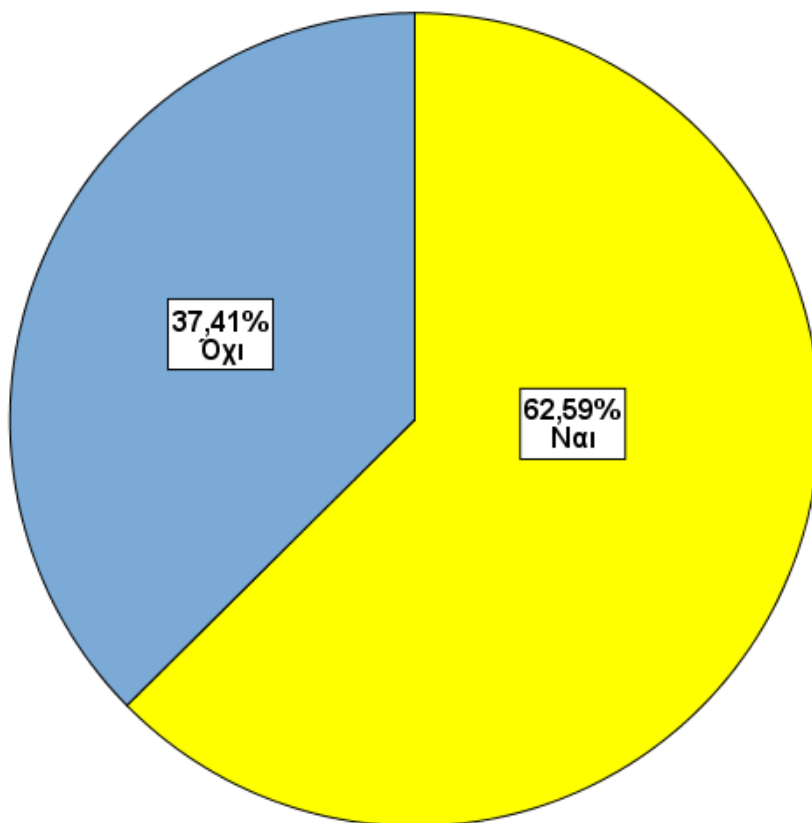
Χορήγηση Νέων Φαρμάκων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	256	61,8	62,6
	Όχι	153	37,0	100,0
	Total	409	98,8	100,0
Missing	Δεν απαντώ	3	,7	
	99	2	,5	
	Total	5	1,2	
Total	414	100,0		

Στην ερώτηση αν χορηγήθηκαν νέα φάρμακα τα οποία ο ασθενής παίρνει για πρώτη φορά το **62,6%** απάντησε **ναι** και το **37,4%** **όχι**.

Χορήγηση Νέων Φαρμάκων

■ Ναι
■ Όχι



10.16 Ενημέρωση πριν την χορήγηση νέων φαρμάκων⁶

Statistics

Ενημέρωση ΝΦαρμάκων

N	Valid	256
	Missing	158

Ενημέρωση ΝΦαρμάκων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ	53	12,8	20,7	20,7
	Μερικές Φορές	41	9,9	16,0	36,7
	Συνήθως	44	10,6	17,2	53,9
	Πάντα	118	28,5	46,1	100,0
Total		256	61,8	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	5	1,2		
	99	153	37,0		
	Total	158	38,2		
Total		414	100,0		

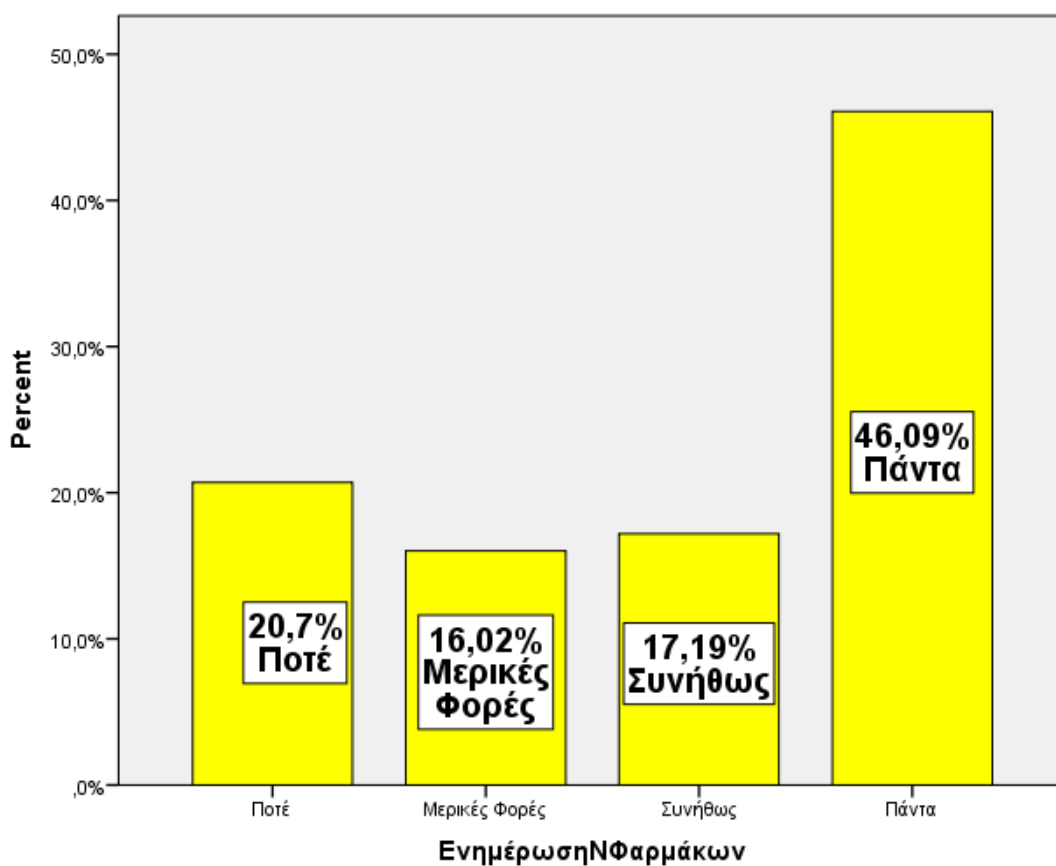
Στην ερώτηση αν προσωπικό ενημέρωνε για τη χορήγηση νέων φαρμάκων, το **46,1%** απάντησε **πάντα**, το **17,2%** **συνήθως**, το **16%** **μερικές φορές** και το **20,7%** **ποτέ**.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ενημέρωση ΝΦαρμάκων	256	1	4	2,89	1,201
Valid N (listwise)	256				

Μέσος όρος 2,89 και τυπική απόκλιση 1,201 για μέγιστο το 4 (πάντα) ελάχιστο το 1 (ποτέ).

⁶ Λαμβάνονται υπ' όψιν μόνο οι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκαν νέα φάρμακα (κεφάλαιο 3.15) σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου



10.17 Περιγραφή παρενεργειών νέων φαρμάκων⁷

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ	102	24,6	41,3
	Μερικές Φορές	33	8,0	13,4
	Συνήθως	31	7,5	12,6
	Πάντα	81	19,6	32,8
Total	247	59,7	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	3	,7	
	99	164	39,6	
Total	167	40,3		
Total	414	100,0		

Στην ερώτηση πόσο συχνά το προσωπικό περιέγραψε τις παρενέργειες των

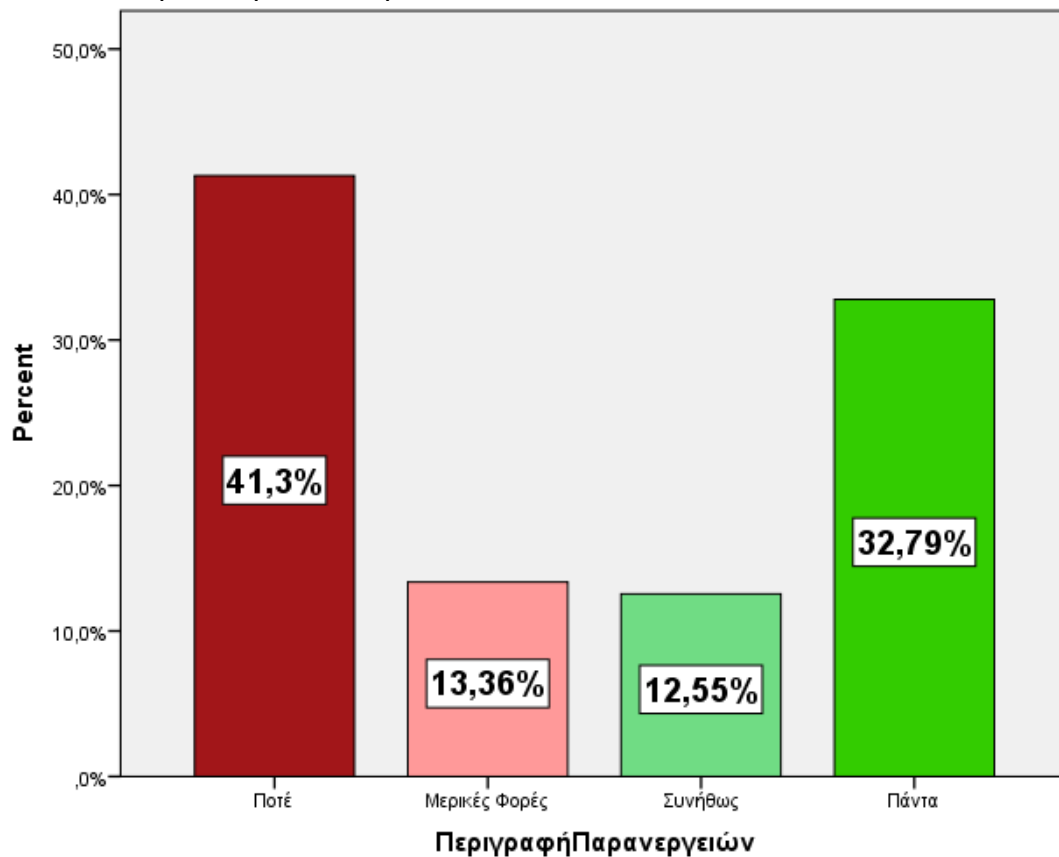
⁷ Λαμβάνονται υπ' όψιν μόνο οι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκαν νέα φάρμακα (κεφάλαιο 3.15) σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου

νέων φαρμάκων το **41,3%** απάντησε ποτέ, το **13,4%** μερικές φορές, το **12,6%** συνήθως και το **32,8%** πάντα.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠεριγραφήΠαρανεργειών	247	1	4	2,37	1,312
Valid N (listwise)	247				

Με μέγιστο το 4 (πάντα) και ελάχιστο το 1 (ποτέ) ο μέσος όρος κυμάνθηκε στο 2,37 και η τυπική απόκλιση στο 1,312.



10.18 Έξοδος από το νοσοκομείο

Statistics

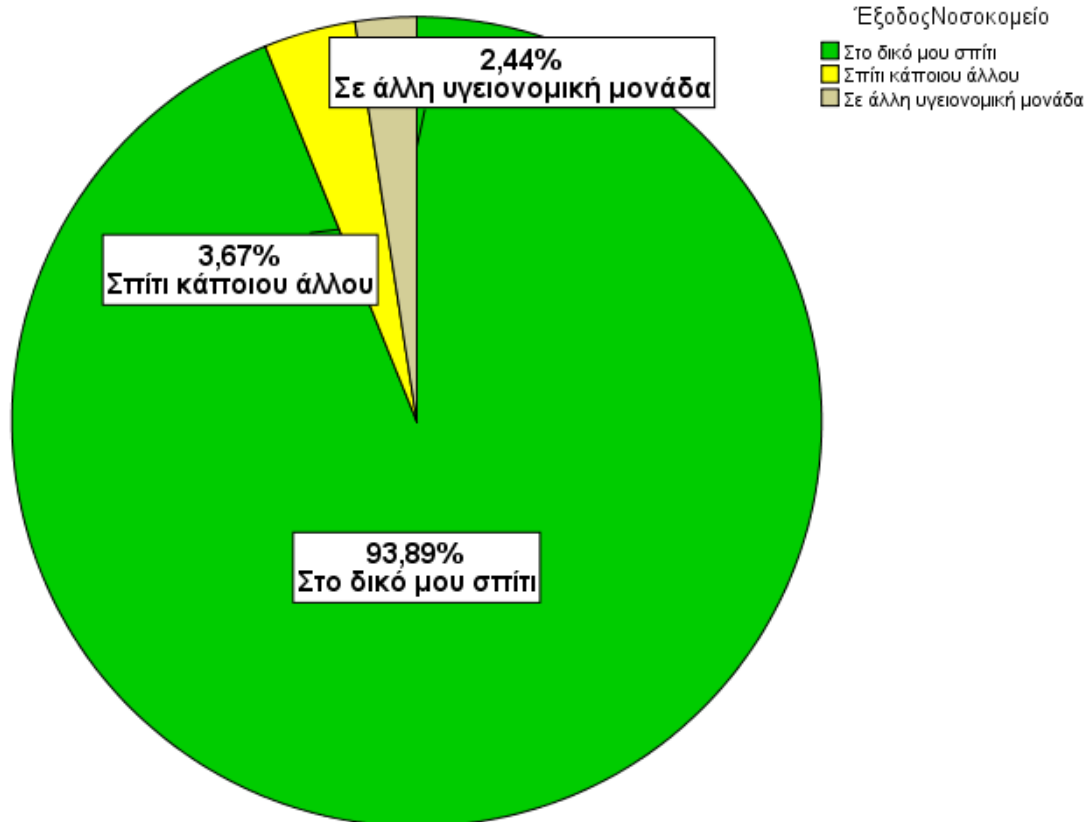
ΈξοδοςΝοσοκομείο

N	Valid	409
	Missing	5

ΈξοδοςΝοσοκομείο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Στο δικό μου σπίτι	384	92,8	93,9	93,9
	Σπίτι κάποιου άλλου	15	3,6	3,7	97,6
	Σε άλλη υγειονομική μονάδα	10	2,4	2,4	100,0
	Total	409	98,8	100,0	
Missing	99	5	1,2		
Total		414	100,0		

Στην ερώτηση που θα πάνε μετά τη νοσηλεία οι ερωτώμενοι το **93,9%** απάντησε στο δικό τους σπίτι, το 3,7% σε σπίτι κάποιου άλλου και **2,4%** σε άλλη υγειονομική μονάδα.



10.19 Βοήθεια μετά την έξοδο από το νοσοκομείο⁸

Statistics

ΒοήθειαΜετάΕξοδο

N	Valid	311
	Missing	103

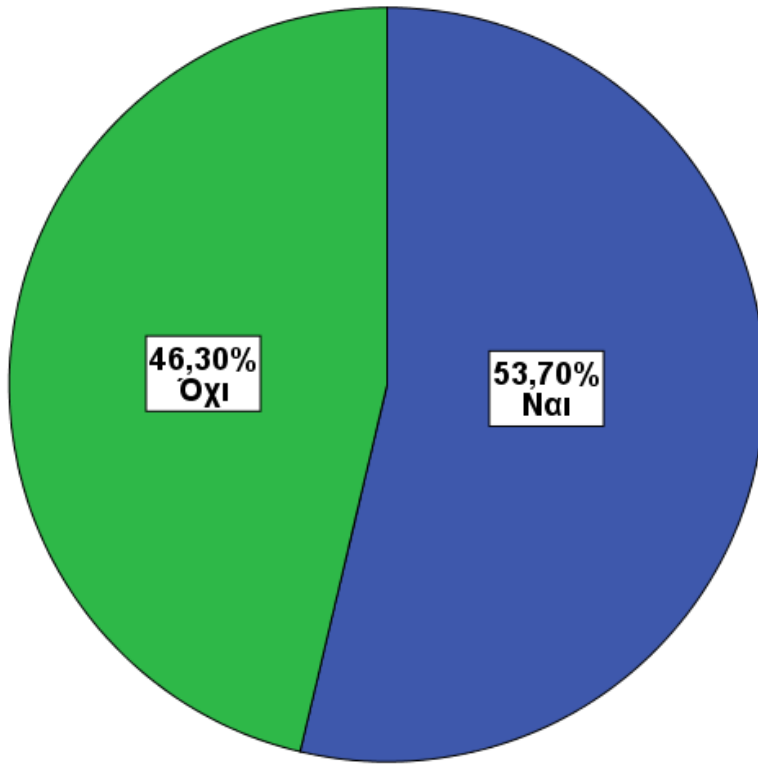
ΒοήθειαΜετάΕξοδο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	167	40,3	53,7
	Όχι	144	34,8	46,3
	Total	311	75,1	100,0
Missing	Δεν απαντώ	18	4,3	
	99	85	20,5	
	Total	103	24,9	
Total		414	100,0	

Στο ερώτημα αν το προσωπικό συζήτησε με τους ασθενείς σχετικά με τυχόν βοήθεια που θα χρειαστούν οι τελευταίοι μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, το **53,7%** απάντησε **ναι** και το **46,3%** **όχι**.

⁸ Λαμβάνονται υπ' όψιν όσοι απάντησαν ότι μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο θα πήγαιναν στην οικία τους (κεφάλαιο 3.18) σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου

Βοήθεια Μετά Εξοδο



10.20 Γραπτές οδηγίες μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο⁹

Statistics

Γραπτές Οδηγίες

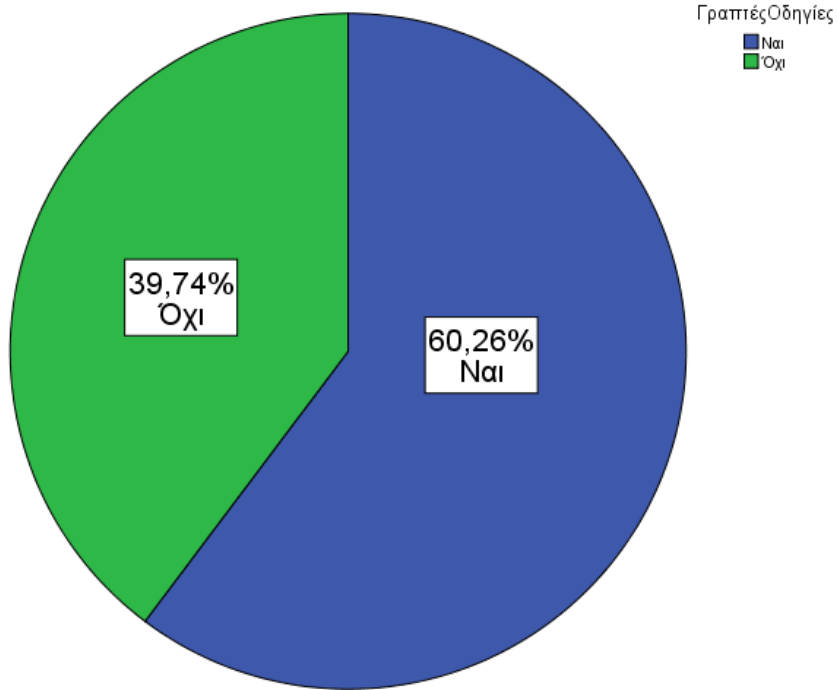
N	Valid	307
	Missing	107

Γραπτές Οδηγίες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	185	44,7	60,3	60,3
	Όχι	122	29,5	39,7	100,0
	Total	307	74,2	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	14	3,4		
	99	93	22,5		
	Total	107	25,8		
Total		414	100,0		

Στην ερώτηση αν δόθηκαν γραπτές οδηγίες για τα συμπτώματα ή τα προβλήματα υγείας από το ιατρικό προσωπικό για μετά το πέρας της νοσηλείας το **60.3%** απάντησε **ναι**, ενώ το **39,7%** **όχι**.

⁹ Λαμβάνονται υπ' όψιν όσοι απάντησαν ότι μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο θα πήγαιναν στην οικία τους (κεφάλαιο 3.18) σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου



10.21 Αξιολόγηση του νοσοκομείου

Statistics

ΒαθμολογίαΝοσοκομείου

N	Valid	382
	Missing	32
Mean		7,92
Median		8,00
Mode		10

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μέση τιμή με την οποία βαθμολόγησαν οι νοσηλευθέντες ασθενείς το νοσοκομείο είναι **7,92**. Η κεντρική τιμή, δηλαδή η βαθμολογία που βρίσκεται στο μέσο της ταξινόμησης των βαθμολογιών, από τη μικρότερη προς τη μεγαλύτερη είναι 8, και η **επικρατούσα τιμή**, δηλαδή η πιο πολλές φορές επιλεγμένη βαθμολογία είναι το **10**.

ΒαθμολογίαΝοσοκομείου

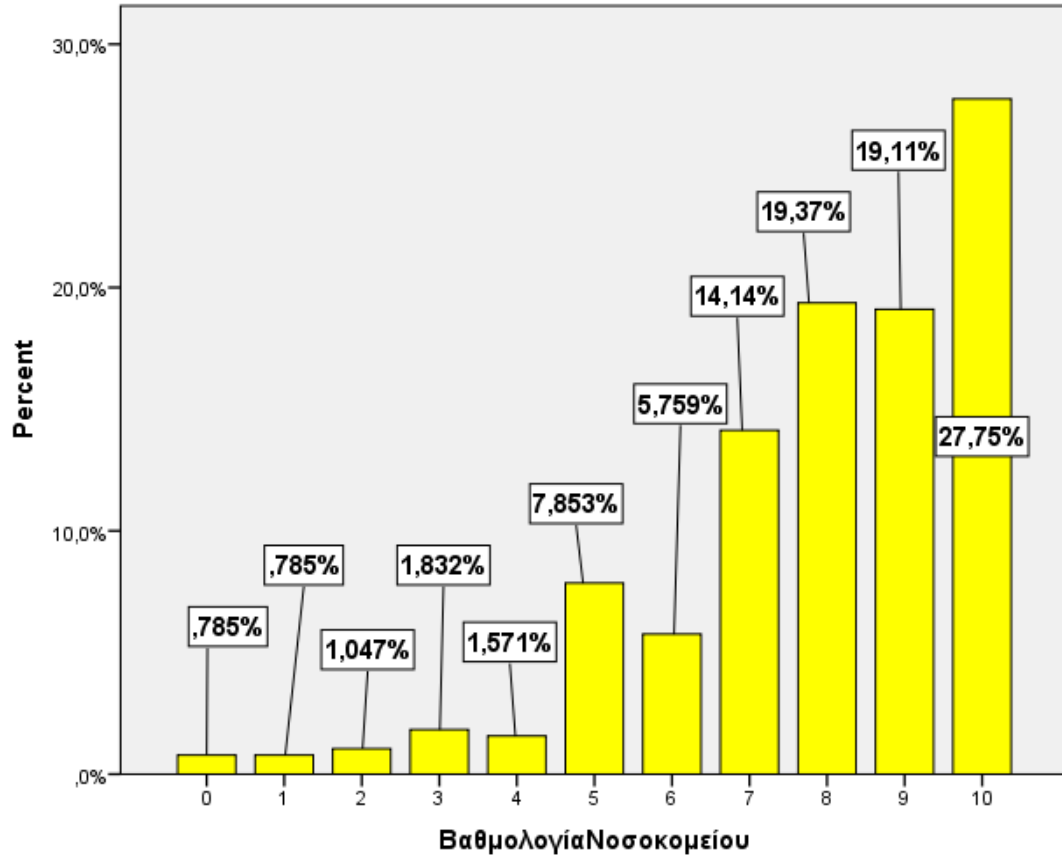
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	3	,7	,8	,8
1	3	,7	,8	1,6
2	4	1,0	1,0	2,6
3	7	1,7	1,8	4,5
4	6	1,4	1,6	6,0
Valid 5	30	7,2	7,9	13,9
6	22	5,3	5,8	19,6
7	54	13,0	14,1	33,8
8	74	17,9	19,4	53,1
9	73	17,6	19,1	72,3
10	106	25,6	27,7	100,0
Total	382	92,3	100,0	
Den Apanto	6	1,4		
Missing 99	26	6,3		
Total	32	7,7		
Total	414	100,0		

Το **27,7%** βαθμολόγησε το γενικό νοσοκομείο Καλαμάτας με **10**, ενώ **μόλις το 6%** το βαθμολόγησε **κάτω από 5**.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	382	0	10	7,92	2,088
Valid N (listwise)	382				

Από τον πίνακα που προηγείται, η τυπική απόκλιση των παρατηρήσεων είναι 2,088.



10.22 Ερώτηση σχετικά με το αν οι ασθενείς θα σύστηναν το νοσοκομείο

Στην ερώτηση αν θα σύστηναν το νοσοκομείο σε φίλους και συγγενείς, οι νοσηλευθέντες ασθενείς προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα:

Statistics

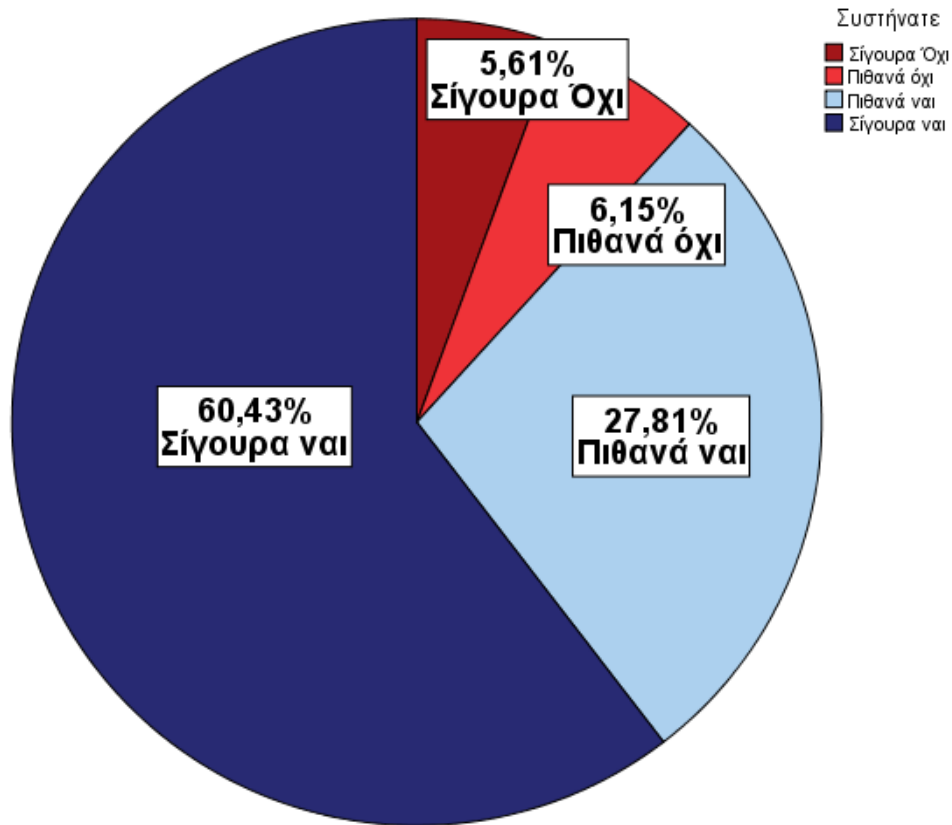
Συστήνατε

N	Valid	374
	Missing	40

Συστήνατε

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σίγουρα Όχι	21	5,1	5,6	5,6
	Πιθανά όχι	23	5,6	6,1	11,8
	Πιθανά ναι	104	25,1	27,8	39,6
	Σίγουρα ναι	226	54,6	60,4	100,0
Total		374	90,3	100,0	
Missing	Δεν απαντώ	13	3,1		
	99	27	6,5		
	Total	40	9,7		
Total		414	100,0		

Το **88,2%** των ερωτηθέντων απάντησαν πως **πιθανά ή σίγουρα ναι**, ενώ το **11,8%** **πιθανά ή σίγουρα όχι**.



Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	382	0	10	7,92	2,088
Valid N (listwise)	382				

Η μέση τιμή βρέθηκε 7.92 με μέγιστη βαθμολογία το 10 και ελάχιστη το 0. Η τυπική απόκλιση ίση με 2,088.

10.23 Αυτοαξιολόγηση της υγείας των νοσηλευθέντων ασθενών

Statistics

Αξιολόγηση Υγείας

N	Valid	346
	Missing	68

Αξιολόγηση Υγείας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξαιρετη	28	6,8	8,1
	Πολύ Καλή	88	21,3	25,4
	Καλή	87	21,0	25,1
	Ικανοποιητική	130	31,4	37,6
	Κακή	13	3,1	3,8
	Total	346	83,6	100,0
Missing	Δεν απαντώ	4	1,0	
	99	64	15,5	
Total	68	16,4		
Total	414	100,0		

Θετικά αξιολόγησαν την υγεία του, το **58,7%** των νοσηλευθέντων ασθενών, ενώ **κακή** την χαρακτήρισε μόνο το **3,8%** των ασθενών. Η επικρατούσα τιμή, είναι η απάντηση "**Ικανοποιητική** σε σχέση με τα προβλήματα" που συμπληρώθηκε από το **37,6%**.

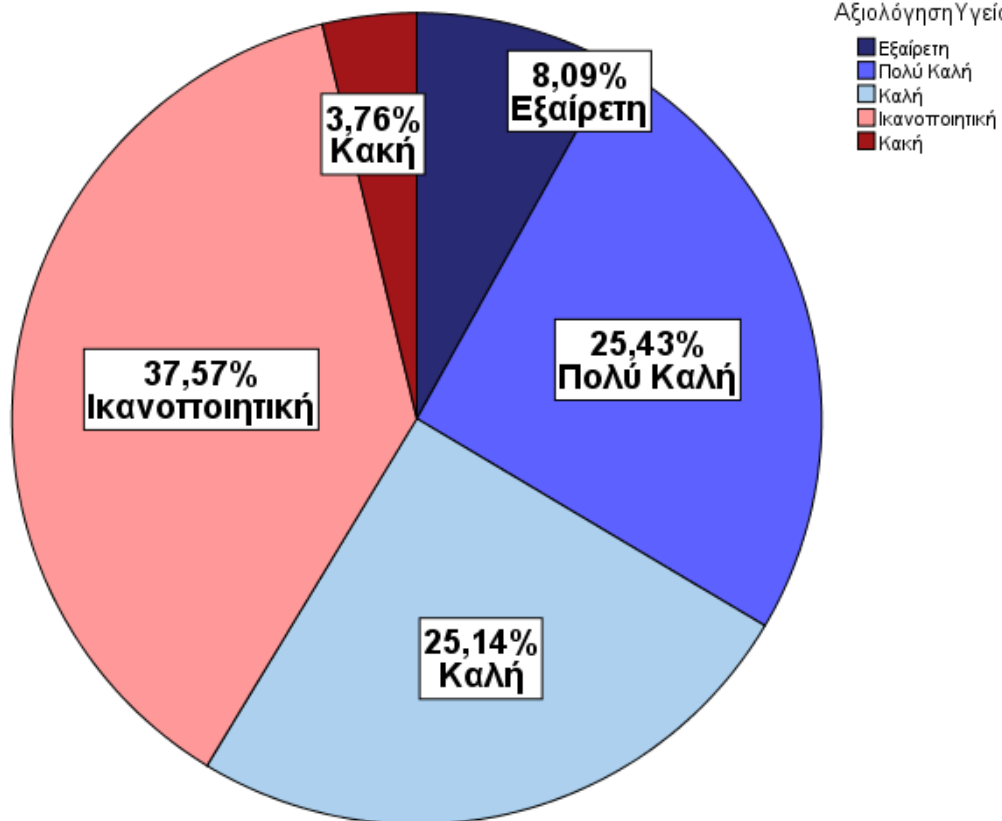
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Αξιολόγηση Υγείας	346	1	5	3,03	1,052
Valid N (listwise)	346				

Με την μέγιστη τιμή το 5 (κακή υγεία) και ελάχιστη το 1 (εξαιρετική υγεία), ο μέσος όρος κυμάνθηκε στο 3,03 και η τυπική απόκλιση στο 1,052.¹⁰

¹⁰ Αντιστρόφως αν για 5 εξαιρετη υγεία και για 1 χειρίστη, ο μέσος όρος υπολογίζεται 1,97

Αξιολόγηση Υγείας



11 Συσχετίσεις

11.1 Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου

Στον έλεγχο συσχέτισης ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου έχει εξαιρεθεί η ηλικιακή ομάδα των έως 18 ετών ασθενών καθώς δεν έχουν ολοκληρώσει την όποια εκπαίδευση τους.

Έλεγχος της συσχέτισης της ηλικίας των νοσηλευθέντων ασθενών (1η μεταβλητή) με το μορφωτικό τους επίπεδο (2η μεταβλητή).

- H_0 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- H_1 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

		Επίπεδο Σπουδών	Ηλικία
Επίπεδο Σπουδών	Pearson Correlation	1	-,364**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	326	237
Ηλικία	Pearson Correlation	-,364**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	237	302

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 237 ατόμων με έγκυρα δεδομένα προκύπτει ότι υπάρχει ασθενής αρνητική συσχέτιση των δύο μεταβλητών (πρόσημο -) με τιμή -0,364 .

Ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (ή σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας)¹¹ πιστοποιεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικώς σημαντική (sig. 0.000) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 . Συνεπώς απορρίπτουμε την H_0 και δεχόμαστε την υπόθεση ότι **υπάρχει αντίστροφη σχέση μεταξύ ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου.**

Στην ουσία αποδεικνύεται το γεγονός ότι η πρόσβαση στην εκπαίδευση βελτιώθηκε τις περασμένες δεκαετίες, ότι οι προηγούμενες γενιές είχαν μικρότερη διείσδυση στις ανώτερες βαθμίδες της μόρφωσης από τις γενεές που ακολούθησαν.

¹¹ Two tailed significance level

Case Processing Summary

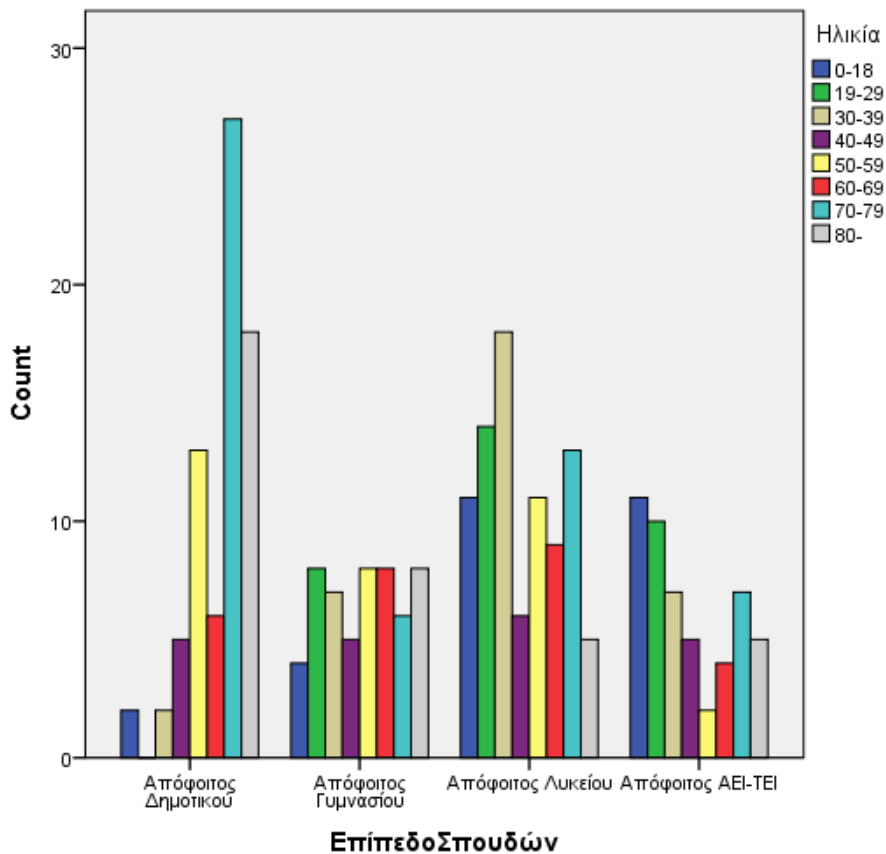
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΕπίπεδοΣπουδών * Ηλικία	237	57,2%	177	42,8%	414	100,0%

ΕπίπεδοΣπουδών * Ηλικία Crosstabulation

Count

		Ηλικία						Total	
		19-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79		80-
ΕπίπεδοΣπουδών	Απόφοιτος Δημοτικού	0	2	5	13	6	27	18	71
	Απόφοιτος Γυμνασίου	8	7	5	8	8	6	8	50
	Απόφοιτος Λυκείου	14	18	6	11	9	13	5	76
	Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ	10	7	5	2	4	7	5	40
	Total	32	34	21	34	27	53	36	237

Στο παραπάνω πίνακα μπορούμε να δούμε αναλυτικά το μορφωτικό επίπεδο ανά ηλικιακή κατηγορία. Στην τελευταία ηλικιακή ομάδα, το μέγιστο πλήθος των παρατηρήσεων συγκεντρώνεται στις πρώτες βαθμίδες εκπαίδευσης, ενώ στις πρώτες ηλικιακές κατηγορίες, οι παρατηρήσεις συγκεντρώνονται στις ανώτερες βαθμίδες εκπαίδευσης.



Στο κάθετο άξονα έχουμε τον αριθμό παρατηρήσεων και στον οριζόντιο το επίπεδο σπουδών.

11.2 Έλεγχος συσχέτισης ιθαγένειας και ομιλούσας γλώσσας στο σπίτι

Έλεγχος της συσχέτισης της **ιθαγένειας** των νοσηλευθέντων ασθενών (**1η μεταβλητή**) με την ομιλούσα γλώσσα στο σπίτι (**2η μεταβλητή**).

- H_0 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- H_1 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

		Ιθαγένεια	Γλώσσα
Ιθαγένεια	Pearson Correlation	1	,402**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	359	356
Γλώσσα	Pearson Correlation	,402**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	356	358

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 356 άτομα με έγκυρα δεδομένα προκύπτει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση των δύο μεταβλητών (πρόσημο +) με τιμή 0,402 .

Ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (ή σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας) πιστοποιεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικώς σημαντική (sig. 0.000) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 . Συνεπώς απορρίπτουμε την H_0 και δεχόμαστε την υπόθεση ότι **η ιθαγένεια αλλάζει συσχετίζεται με την ομιλούσα γλώσσα στο σπίτι.**

Αποδεικνύεται ότι η γλώσσα που ομιλείται στο σπίτι σχετίζεται άμεσα με την χώρα καταγωγής.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ιθαγένεια * Γλώσσα	356	86,0%	58	14,0%	414	100,0%

Ιθαγένεια * Γλώσσα Crosstabulation

Count		Γλώσσα							Total
		Ελληνική ή	Αλβανική ή	Ρουμανική	Γερμανική	Αγγλική	Σουηδική	Γλώσσα των Ρομά	
Ιθαγένει α	Ελληνική	315	0	1	2	2	0	2	322
	Αλβανική	5	11	0	0	0	0	0	16
	Ρουμανική	4	0	0	0	0	0	0	4
	Βουλγαρική	1	0	0	0	0	0	0	1
	Πολωνική	2	0	0	0	0	0	0	2
	Αγγλική	1	0	0	0	3	0	0	4
	Γερμανική	0	0	0	3	0	0	0	3
	Σουηδική	0	0	0	0	0	1	0	1
	Αυστραλίας	1	0	0	0	0	0	0	1
	Σερβική	1	0	0	0	0	0	0	1
	Ουζμπεκική	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	331	11	1	5	5	1	2	356	

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται αναλυτικά η καταγωγή ανά ομιλούσα στο σπίτι γλώσσα.

11.3 Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ βαθμού ικανοποίησης από την κλήση μέσω κουμπιού βοήθειας και των κλινικών που νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς

Έλεγχος της συσχέτισης του βαθμού ικανοποίησης από την κλήση μέσω του κουμπιού βοήθειας των νοσηλευθέντων ασθενών (1η μεταβλητή) με την κλινική που αυτοί νοσηλεύτηκαν (2η μεταβλητή).

- *H₀* : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- *H₁* : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

Correlations

		Κλινική	ΚουμπιΒοήθειας
Κλινική	Pearson Correlation	1	,027
	Sig. (2-tailed)		,617
	N	413	344
ΚουμπιΒοήθειας	Pearson Correlation	,027	1
	Sig. (2-tailed)	,617	
	N	344	344

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 344 άτομα με έγκυρα δεδομένα, ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης πιστοποιεί ότι **δεν υπάρχει συσχέτιση** μεταξύ των δύο μεταβλητών, η σχέση είναι **στατιστικώς ασήμαντη (sig. 0.617)** σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 . Συνεπώς απορρίπτουμε την H₁ και δεχόμεθα ότι **ο βαθμός ικανοποίησης από την κλήση μέσω του κουμπιού βοήθειας δεν σχετίζεται με την κλινική που νοσηλεύτηκε ο κάθε ασθενής.**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Κλινική * ΚουμπιΒοήθειας	344	83,1%	70	16,9%	414	100,0%

Κλινική * ΚουμπιΒοήθειας Crosstabulation

Count		ΚουμπιΒοήθειας					Total
		Ποτέ	Μερικές φορές	Συνήθως	Πάντα	Δεν υπήρχε κουμπί	
Κλινική	Καρδιολογική	2	5	11	40	3	61
	Μαιευτική	1	2	0	43	2	48
	Ορθοπαιδική	2	3	4	20	2	31
	Οφθαλμολογική	1	1	1	9	1	13
	Νεφρολογική	1	3	3	12	0	19
	Ουρολογική	1	1	1	9	0	12
	Ωτορινολαρυγγολογική	0	2	1	10	2	15
	Παιδιατρική	0	1	1	21	5	28
	A Παθολογική	1	2	3	21	1	28
	B Παθολογική	7	2	8	14	1	32
	B Χειρουργική	0	1	0	15	0	16
	A Χειρουργική	0	1	3	17	1	22
	Μονάδα	0	0	0	4	0	4
	Εμφραγμάτων	0	0	0	14	1	15
	Μεσογειακής	0	0	0	14	1	15
	Αναμίας	0	0	0	14	1	15
	Total	16	24	36	249	19	344

11.4 Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ βαθμολογίας αξιολόγησης και του ερωτήματος αν θα σύστηναν το νοσοκομείο σε τρίτους

Έλεγχος της συσχέτισης της βαθμολογίας του νοσοκομείου (1η μεταβλητή) με το αν οι ασθενείς θα σύστηναν το νοσοκομείο σε συγγενείς ή φίλους (2η μεταβλητή).

- H_0 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- H_1 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

Correlations

		ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	Συστήνατε
ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	Pearson Correlation	1	,755**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	382	367
Συστήνατε	Pearson Correlation	,755**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	367	374

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 367 άτομα με έγκυρα δεδομένα προκύπτει μέσω του ελέγχου σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης ότι **υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση** μεταξύ των δύο μεταβλητών. (Person Cor. +0.755)

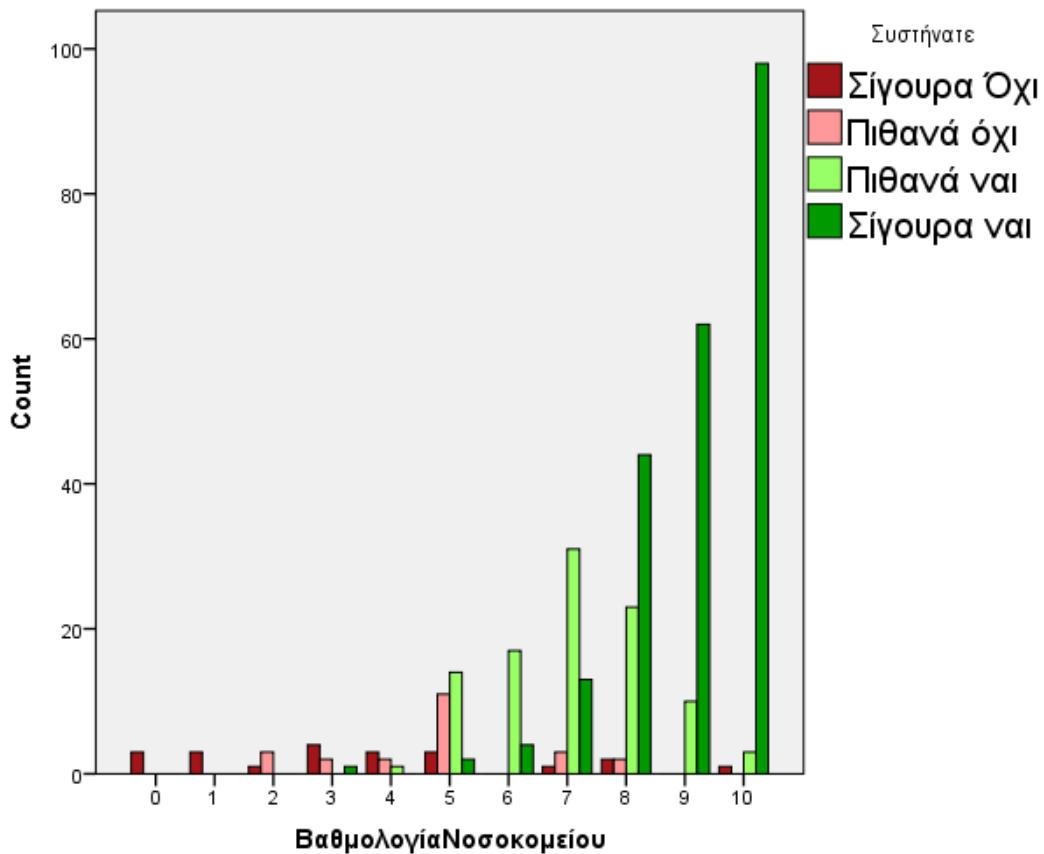
Ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (ή σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας) πιστοποιεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικώς σημαντική (sig. 0.000) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 . Συνεπώς απορρίπτουμε την H_0 και δεχόμαστε την υπόθεση ότι **η βαθμολογία συσχετίζεται με την απόφαση για το αν θα σύστηναν το νοσοκομείο. Επιπροσθέτως όσο πιο μεγάλη βαθμολογία δίνουν, τόσο πιο πιθανό είναι να συστήσουν το νοσοκομείο.**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΒαθμολογίαΝοσοκομείου *	367	88,6%	47	11,4%	414	100,0%
Συστήνατε						

ΒαθμολογίαΝοσοκομείου * Συστήνατε Crosstabulation

Count		Συστήνατε				Total
		Σίγουρα Όχι	Πιθανά όχι	Πιθανά ναι	Σίγουρα ναι	
	0	3	0	0	0	3
	1	3	0	0	0	3
	2	1	3	0	0	4
	3	4	2	0	1	7
	4	3	2	1	0	6
ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	5	3	11	14	2	30
	6	0	0	17	4	21
	7	1	3	31	13	48
	8	2	2	23	44	71
	9	0	0	10	62	72
	10	1	0	3	98	102
Total		21	23	99	224	367



11.5 Έλεγχος συσχέτισμού βαθμολογίας νοσοκομείου, και της ταυτότητας του ατόμου που συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο

Έλεγχος της συσχέτισης της βαθμολογίας του νοσοκομείου (1η μεταβλητή) με ταυτότητα του προσώπου που συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο (2η μεταβλητή).

- H_0 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- H_1 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

		Βαθμολογία Νοσοκομείου	Ίδιος Συγγενής
Βαθμολογία Νοσοκομείου	Pearson Correlation	1	-,144**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	382	382
Ίδιος Συγγενής	Pearson Correlation	-,144**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	382	414

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 382 ατόμων με έγκυρα δεδομένα προκύπτει μέσω του ελέγχου σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης ότι **υπάρχει ασθενής αρνητική συσχέτιση** μεταξύ των δύο μεταβλητών. (Person Cor. -0.144)

Ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (ή σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας) πιστοποιεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικώς σημαντική (sig. 0.005) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 .

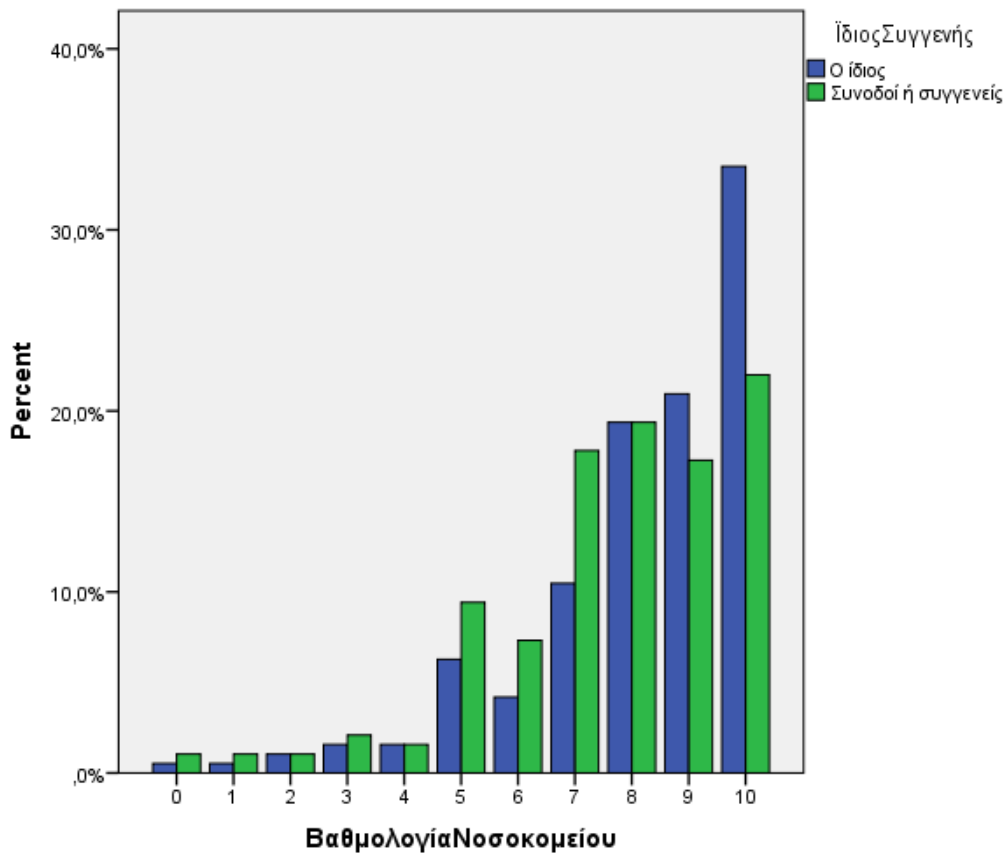
Συνεπώς απορρίπτουμε την H_0 και δεχόμαστε την υπόθεση ότι η **βαθμολογία συσχετίζεται με το ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο, συγκεκριμένα μειώνεται αν το συμπληρώνει συνοδός ή συγγενής και αυξάνεται όταν το συμπληρώνει ο ίδιος ο ασθενής.**¹²

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Βαθμολογία Νοσοκομείου *	382	92,3%	32	7,7%	414	100,0%
Ίδιος Συγγενής						

¹² Συμπεραίνεται από τον τρόπο που έχει κωδικοποιηθεί το ερωτηματολόγιο, καθώς η επιλογή «συμπληρώθηκε από τον ίδιο» παίρνει τιμή 1 και η επιλογή «συγγενής, συνοδός» τιμή 2. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η επιλογή αυτή, δηλαδή όσες περισσότερες απαντήσεις 2 έχουμε, μειώνεται η βαθμολογία

Βαθμολογία Νοσοκομείου * Ίδιος Συγγενής Crosstabulation

Count		Ίδιος Συγγενής		Total
		Ο ίδιος	Συνοδοί ή συγγενείς	
Βαθμολογία Νοσοκομείου	0	1	2	3
	1	1	2	3
	2	2	2	4
	3	3	4	7
	4	3	3	6
	5	12	18	30
	6	8	14	22
	7	20	34	54
	8	37	37	74
	9	40	33	73
	10	64	42	106
Total	191	191	382	



Αποδεικνύεται από τα παραπάνω ότι όταν το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από συγγενείς ή συνοδούς η βαθμολογία τείνει να είναι ελαφρώς πιο αυστηρή.

11.6 Έλεγχος συσχέτισμού της αξιολόγησης της ευγένειας των ιατρών με την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Έλεγχος της συσχέτισης της αξιολόγησης της ευγένειας των νοσηλευτών (1η μεταβλητή) με την ευγένεια των ιατρών (2η μεταβλητή).

- H_0 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- H_1 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

		ΕυγένειαΝοσηλευτών	ΓιατροίΕυγένεια
ΕυγένειαΝοσηλευτών	Pearson Correlation	1	,526**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	409	401
ΓιατροίΕυγένεια	Pearson Correlation	,526**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	401	404

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 401 ατόμων με έγκυρα δεδομένα προκύπτει μέσω του ελέγχου σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης ότι **υπάρχει θετική συσχέτιση** μεταξύ των δύο μεταβλητών. (Person Cor. -0.526)

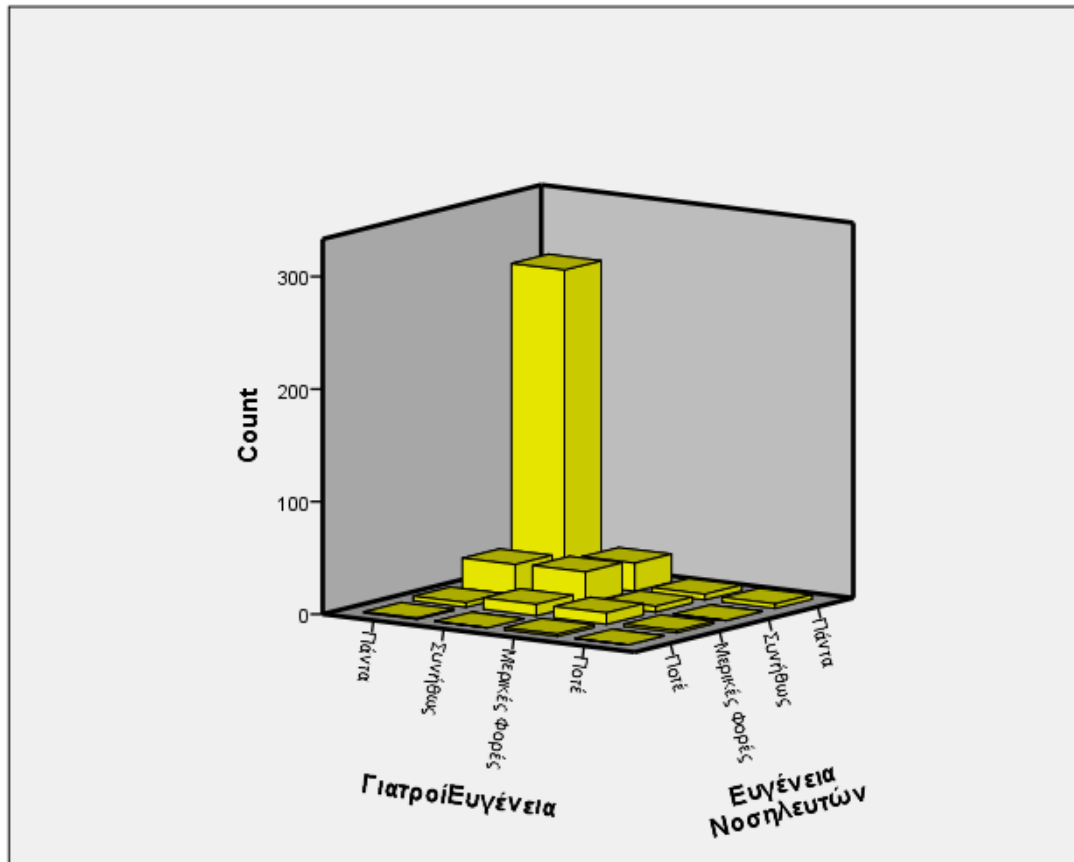
Ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (ή σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας) πιστοποιεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι **στατιστικώς σημαντική** (sig. 0.000) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 .

Συνεπώς απορρίπτουμε την H_0 και δεχόμαστε την υπόθεση ότι η αξιολόγηση της ευγένειας των νοσηλευτών είναι θετικά συσχετισμένη με την αξιολόγηση της ευγένειας των ιατρών.

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΕυγένειαΝοσηλευτών *	401	96,9%	13	3,1%	414	100,0%
ΓιατροίΕυγένεια						

ΕυγένειαΝοσηλευτών * ΓιατροίΕυγένεια Crosstabulation

Count		ΓιατροίΕυγένεια				Total
		Ποτέ	Μερικές Φορές	Συνήθως	Πάντα	
ΕυγένειαΝοσηλευτών	Ποτέ	0	2	0	1	3
	Μερικές Φορές	2	10	10	4	26
	Συνήθως	0	5	28	27	60
	Πάντα	4	5	25	278	312
Total		6	22	63	310	401



11.7 Έλεγχος συσχέτισμού της βαθμολογίας που δόθηκε με την κλινική που νοσηλεύτηκαν οι ερωτώμενοι

Έλεγχος της συσχέτισης της αξιολογήσεως της ευγένειας των νοσηλευτών (1η μεταβλητή) με την ευγένεια των ιατρών (2η μεταβλητή).

- H_0 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- H_1 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

		ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	Κλινική
ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	Pearson Correlation	1	-,094
	Sig. (2-tailed)		,068
	N	382	381
Κλινική	Pearson Correlation	-,094	1
	Sig. (2-tailed)	,068	
	N	381	413

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 381 άτομα με έγκυρα δεδομένα, ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης πιστοποιεί ότι **δεν υπάρχει συσχέτιση** μεταξύ των δύο μεταβλητών, η σχέση είναι **στατιστικώς ασήμαντη (sig. 0.068)** σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 . Συνεπώς απορρίπτουμε την H_1 και δεχόμαστε ότι **η βαθμολογία δεν συσχετίζεται με την κλινική που νοσηλεύτηκε ο κάθε ασθενής.**

11.8 Έλεγχος συσχέτισμού αξιολόγησης της προσοχής των νοσηλευτών και της προσοχής των ιατρών

Έλεγχος της συσχέτισης της αξιολογήσεως της προσοχής των νοσηλευτών (1η μεταβλητή) με την προσοχή των ιατρών (2η μεταβλητή).

- H_0 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών είναι ίσος με 0 .
- H_1 : Ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών διαφορετικός από το 0 .

Correlations

		ΠροσοχήΝοσηλε υτών	ΓιατροίΠροσοχή
ΠροσοχήΝοσηλευτών	Pearson Correlation	1	,643**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	411	400
ΓιατροίΠροσοχή	Pearson Correlation	,643**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	400	401

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε **400** ατόμων με έγκυρα δεδομένα προκύπτει μέσω του ελέγχου σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης ότι **υπάρχει σχετικά ισχυρή θετική συσχέτιση** μεταξύ των δύο μεταβλητών. (Person Cor. - 0.643)

Ο έλεγχος σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (ή σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας) πιστοποιεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι **στατιστικώς σημαντική** (sig. 0.000) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 .

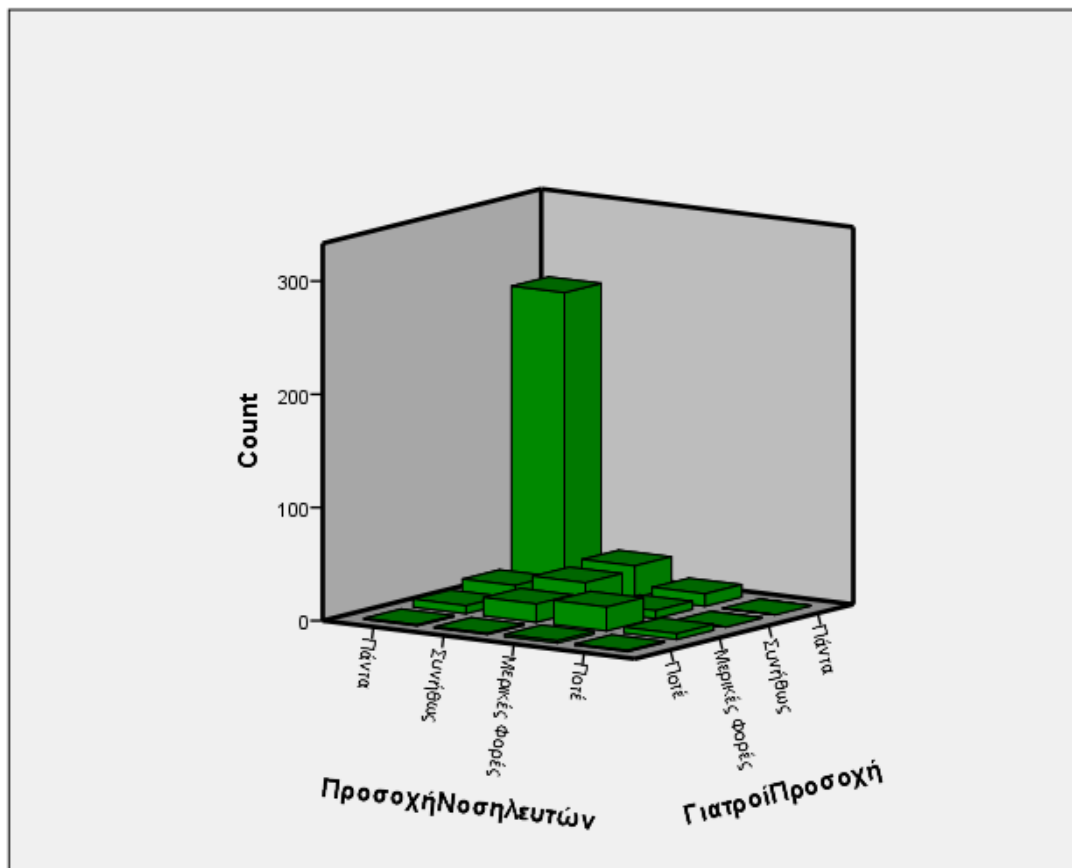
Συνεπώς απορρίπτουμε την H_0 και δεχόμαστε την υπόθεση ότι η **αξιολόγηση της προσοχής που επέδειξαν οι νοσηλευτές είναι θετικά συσχετισμένη με την προσοχή που επέδειξαν οι ιατροί.**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΠροσοχήΝοσηλευτών *	400	96,6%	14	3,4%	414	100,0%
ΓιατροίΠροσοχή						

Προσοχή Νοσηλευτών * Γιατροί Προσοχή Crosstabulation

Count		Γιατροί Προσοχή				Total
		Ποτέ	Μερικές Φορές	Συνήθως	Πάντα	
Προσοχή Νοσηλευτών	Ποτέ	1	5	0	0	6
	Μερικές Φορές	2	21	7	11	41
	Συνήθως	1	16	24	28	69
	Πάντα	1	7	14	262	284
Total		5	49	45	301	400



12 Αναλύσεις παλινδρομήσεων

12.1 Ανάλυση απλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σύσταση του νοσοκομείου και ανεξάρτητη την βαθμολογία

Επιλέχθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή το ενδεχόμενο να **σύστηναν το νοσοκομείο** σε φίλους και συγγενείς και **ανεξάρτητη μεταβλητή η βαθμολογία** που οι ασθενείς έδωσαν στο νοσοκομείο.

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	ΒαθμολογίαΝοσοκομείου ^b		Enter

a. Dependent Variable: Σύστηνατε

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,755 ^a	,570	,569	,556

a. Predictors: (Constant), ΒαθμολογίαΝοσοκομείου

Ο πίνακας model summary αναφέρει ορισμένα συγκεντρωτικά δεδομένα. Ο δείκτης συνάφειας των δύο μεταβλητών Pearson r, ο οποίος είναι 0,755 δηλώνοντας μια (ισχυρή) θετική συνάφεια ανάμεσα στις 2 μεταβλητές. Ο συντελεστής συσχέτισης υπολογισμένος στη δεύτερη δύναμη (τετράγωνο), ορίζει τον “συντελεστή προσδιορισμού” (R Square) και εξηγεί το ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής που οφείλεται στην επίδραση της ανεξάρτητης. Το ποσοστό αυτό στο συγκεκριμένο παράδειγμα είναι 0.570, (57%).

Άρα η ανεξάρτητη μεταβλητή, και συγκεκριμένα η βαθμολογία που δόθηκε από τους νοσηλευθέντες ασθενείς, συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το μορφωτικό επίπεδο R sq. 0.570

Με απλά λόγια το συγκεκριμένο εύρημα δεικνύει ότι αν γνωρίζουμε αν πιθανώς ή σίγουρα σύστηναν το νοσοκομείο ή όχι μπορούμε να προσδιορίσουμε κατά **57%** την βαθμολογία που δόθηκε.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	149,339	1	149,339	483,336	,000 ^b
	Residual	112,776	365	,309		
	Total	262,114	366			

a. Dependent Variable: Συστήνατε

b. Predictors: (Constant), ΒαθμολογίαΝοσοκομείου

Ελέγχοντας την μηδενική υπόθεση ότι υπάρχει μηδενική συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι το PVALUE είναι μικρότερο του 0,05 και για αυτό απορρίπτουμε την μηδενική ότι δεν υπάρχει συσχέτιση. Συνεπώς υπάρχει συσχέτιση και οι δύο μεταβλητές είναι στατιστικώς σημαντικά συσχετισμένες.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,041	,113		9,238	,000
	ΒαθμολογίαΝοσοκομείου	,302	,014	,755	21,985	,000

a. Dependent Variable: Συστήνατε

Συντελεστές και προβλεπτική εξίσωση.

Η τιμή 0,302 δηλώνει την κλίση της ευθείας και φανερώνει την επίδραση της ανεξάρτητης στην εξαρτημένη, δηλαδή για κάθε αλλαγή στην απάντηση αν το σύστημα κατά ένα, υπάρχει 30,2 % αλλαγή στην επόμενη βαθμίδα βαθμολογίας.

Η εξίσωση της παλινδρόμησης: $Y = 1,041 + 0,302 * X$,

$Y = 1,041 + 0,302 * 1 = 1,343$

12.2 Ανάλυση απλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σύσταση του νοσοκομείου και ανεξάρτητη την βαθμολογία

Επιλέχθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η αξιολόγηση της προσοχής των νοσηλευτών και ως ανεξάρτητη μεταβλητή η αξιολόγηση της προσοχής που επέδειξαν οι ιατροί.

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	ΓιατροίΠροσοχή ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: ΠροσοχήΝοσηλευτών

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,643 ^a	,414	,412	,563

a. Predictors: (Constant), ΓιατροίΠροσοχή

Από τον πίνακα **model summary**, ο δείκτης **συνάφειας** των δύο μεταβλητών **Pearson r**, ο οποίος είναι **0,643** δηλώνοντας μια **θετική συνάφεια** ανάμεσα στις 2 μεταβλητές. Ο συντελεστής συσχέτισης υπολογισμένος στη δεύτερη δύναμη (τετράγωνο), ορίζει τον “**συντελεστή προσδιορισμού**” (R Square) και εξηγεί το **ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής** που οφείλεται στην επίδραση της ανεξάρτητης, δηλαδή της προσοχής που επέδειξαν οι ιατροί. Το ποσοστό αυτό στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι 0.414, (41,4%).

Άρα η ανεξάρτητη μεταβλητή, και συγκεκριμένα η **προσοχή των ιατρών**, συσχετίζεται σε κάποιο βαθμό με **την προσοχή των νοσηλευτών** R sq. 0.414

Με απλά λόγια το συγκεκριμένο εύρημα δεικνύει ότι αν γνωρίζουμε τι απαντήθηκε στο πεδίο που αφορά την αξιολόγηση της προσοχής των νοσηλευτών μπορούμε να προσδιορίσουμε το πεδίο που αφορά την προσοχή των ιατρών κατά **41,4%**.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	89,226	1	89,226	281,015	,000 ^b
	Residual	126,371	398	,318		
	Total	215,597	399			

a. Dependent Variable: ΠροσοχήΝοσηλευτών

b. Predictors: (Constant), ΓιατροίΠροσοχή

Ελέγχοντας την μηδενική υπόθεση ότι υπάρχει μηδενική συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι το PVALUE είναι μικρότερο του 0,05 και για αυτό απορρίπτουμε την μηδενική ότι δεν υπάρχει συσχέτιση. Συνεπώς υπάρχει συσχέτιση και οι δύο μεταβλητές είναι στατιστικώς σημαντικά συσχετισμένες.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,300	,139		9,371	,000
	ΓιατροίΠροσοχή	,632	,038	,643	16,763	,000

a. Dependent Variable: ΠροσοχήΝοσηλευτών

Συντελεστές και προβλεπτική εξίσωση

Η τιμή 0,632 δηλώνει την κλίση της ευθείας και φανερώνει την επίδραση της ανεξάρτητης στην εξαρτημένη, δηλαδή για κάθε αλλαγή στην απάντηση της προσοχής των νοσηλευτών κατά ένα πεδίο, υπάρχει 63,2 % αλλαγή στο επόμενο πεδίο της προσοχής των ιατρών.

Η εξίσωση της παλινδρόμησης: $Y = 1,300 + 0,632 * X$,

$$Y = 1,300 + 0,632 * 1 = 1,932$$

14. Συμπεράσματα

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται από τους ερευνητές ως αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται, όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η σχέση ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης αναγκών των ασθενών είναι αλληλεπιδρώμενη. Συνεπώς, οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής. Αντιστρόφως, το ελάχιστο που απαιτεί ένα βασικό μοντέλο για την αξιολόγηση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής διαστάσεις: χρόνο νοσηλείας, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας, ικανοποίηση ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και καταλληλότητα της θεραπείας.

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ενταγμένη σε πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου, οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα αυξάνουν το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Επίσης συμβάλλει στον εντοπισμό των προβλημάτων και βοηθά στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων.

Όμως οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας. Οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις. Η ταχύτητα εναλλαγής των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους και η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρο σε χώρο. Εξαρτάται ακόμα από το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν δυσκολία στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγγυρότητα των μετρήσεων. Πιθανόν, η δυσκολία αυτή να οφείλεται σε άλλα βαθύτερα αίτια, όπως αποτυχία κατανόησης ιατρικών οδηγιών, ελλιπής ενημέρωση, αδυναμία αποδοχής της νόσου, ή ακόμα να αποδίδεται και σε άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, όπως επίσης και στην βαρύτητα της νόσου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς αξιολογούν φτωχή ποιότητα ζωής και δείχνουν απροθυμία έκφρασης των βαθύτερων αναγκών. Ωστόσο η δυσκολία διατύπωσης του βαθμού ικανοποίησης είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή στην εξάρτηση από το προσωπικό. Αξίζει εδώ να σημειωθεί πως οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών άλλοτε συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό, ενώ άλλοτε οι επαγγελματίες υγείας βαθμολογούν την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς.

Οι ασθενείς δεν μπορούν να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας, αλλά είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν την διαπροσωπική πλευρά της. Για όλα αυτά η ικανοποίηση των ασθενών δεν αποτελεί έναν έγκυρο δείκτη 100% της ποιοτικής φροντίδας. Η διαδικασκία για αυτοφροντίδα μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τρόπο ζωής τους. Έτσι τα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης δείχνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από την νοσηλευτική φροντίδα.

Η ικανοποίηση είναι μία υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες μπορούν να δουν ως πραγματικότητα ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Αυτό που είναι σημαντικό είναι πως αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Ότι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος. Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλαμβάνουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και θα την λαμβάνουν υπόψη στην διαδικασία λύσης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων.

Η σύγχρονη προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη επιδιώκει την συμμετοχή των ασθενών και των πολιτών στην ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης και στην ισότητα της πρόσβασης και αυτό δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί γιατί απαιτεί χρόνο, δέσμευση, πολιτική υποστήριξη και μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος. Ο κύριος στόχος είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ο προσανατολισμός στην βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η πρόσκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η ολοκλήρωση των υπηρεσιών σε ένα αποτελεσματικό σύνολο που θα παρέχει βελτιωμένη φροντίδα, περιορίζοντας το κόστος και παρέχοντας ικανοποίηση.

Σχετικά με την έρευνα της παρούσης εργασίας, βάση του σκοπού και των αποσπελέςμάτων της, μπορούν να διαπιστωθούν γενικότερα συμπεράσματα για το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών στη Νοσοκομειακή Μονάδα Καλαμάτας. Σε γενικές γραμμές και κατά ένα μεγάλο ποσοστό, οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι αρκετά ικανοποιημένοι τόσο από το προσωπικό του νοσοκομείου όσο και από τις υπηρεσίες που τους παρέχει αυτό, αλλά και από τις συνθήκες που επικρατούν μέσα στο νοσοκομείο.

Από τα δεδομένα της έρευνας προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας τηρούσε σε μεγάλο βαθμό τους κανόνες ευγενείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό εξήγησε με τρόπο κατανοητό τα όποια ζητήματα στις περισσότερες των περιστάσεων. Όπως προκύπτει από τις αντίστοιχες απαντήσεις που δόθηκαν το 70% απάντησε ότι οι γιατροί τους εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο κατανοητό, πάντα.

Στην ερώτηση αν δόθηκαν γραπτές οδηγίες για τα συμπτώματα ή τα προβλήματα υγείας από το ιατρικό προσωπικό για μετά το πέρας της νοσηλείας το 60.3% απάντησε ναι, ενώ το 39,7% όχι.

Το 88,2% των ερωτηθέντων απάντησαν πως πιθανά ή σίγουρα ναι θα σύστηναν το νοσοκομείο, ενώ το μόλις 11,8% πιθανά ή σίγουρα όχι.

Επίσης ότι η βαθμολογία δεν συσχετίζεται με την κλινική που νοσηλεύτηκε ο κάθε ασθενής.

Από τον πίνακα της συσχέτισης σε 367 άτομα με έγκυρα δεδομένα προκύπτει μέσω του ελέγχου ότι η βαθμολογία συσχετίζεται με την απόφαση για το αν θα σύστηναν το νοσοκομείο. Όσο πιο μεγάλη βαθμολογία δίνουν, τόσο πιο πιθανό είναι να συστήσουν το νοσοκομείο.

Βασικό είναι να αναφέρουμε πως βάση του πίνακα συσχέτισης δεχόμαστε την υπόθεση ότι η βαθμολογία συσχετίζεται με το ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο έτσι καταλήγουμε στο σημαντικό συμπέρασμα πως μειώνεται η βαθμολογία αν το συμπληρώνει συνοδός ή συγγενής και αυξάνεται όταν το συμπληρώνει ο ίδιος ο ασθενής.

Δεν θα πρέπει να παραλειφθεί και η στάση των ασθενών απέναντι σε αυτού του είδους έρευνες. Οι περισσότεροι τις αντιμετωπίζουν με καχυποψία, ιδιαίτερα οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και με δυσκολία δέχονται να συμμετέχουν. Ο φόβος μήπως τύχουν κακής εξυπηρέτησης σε μελλοντική νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, αλλά και η αντίληψη, ότι τέτοιου είδους έρευνες, δεν έχουν να προσφέρουν στη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας τους, είναι οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς είτε δεν ανταποκρίνονται στην έρευνα είτε είναι ανειλικρινείς.

Η Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας για να ικανοποιήσει πλήρως τις ανάγκες των ασθενών της θα πρέπει να εφαρμόσει τα εξής:

- Πρόσληψη επιπλέον προσωπικού (διοικητικού, ιατρικού, νοσηλευτικού)
- Αναβάθμιση γνώσεων ιατρικού προσωπικού
- Συνεχή ενασχόληση προσωπικού με τους ασθενείς
- Ύπαρξη περισσότερου νοσηλευτικού προσωπικού τη νύχτα και τα Σαββατοκύριακα
- Έλεγχος συμπεριφοράς νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς
- Αερισμό των χώρων του νοσοκομείου για την αποφυγή εστίας μικροβίων
- Μεγαλύτερη προσοχή στο καθαρισμό των χώρων ώστε να μην γίνεται μεταφορά μικροβίων
- Σχολαστική καθαριότητα στις κοινόχρηστες τουαλέτες
- Συχνότερη εμφάνιση καθαρίστριας στο διάδρομο
- Τήρηση ωραρίων επισκεπτηρίου και κατάργηση της ελεύθερης εισόδου στο νοσοκομείο, έτσι ώστε να μην γίνεται συνωστισμός στους θαλάμους και να ξεκουράζονται οι ασθενείς.
- Περισσότερα είδη πρώτης ανάγκης (χαρτιά υγείας, γάντια, αντισηπτικά, σαπούνια), τόσο στις τουαλέτες όσο και στους θαλάμους έτσι ώστε να μην αναγκάζονται οι ασθενείς και συγγενείς να τα αγοράζουν.

Η εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, δίνει την δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών. Η σωστή λειτουργία του "Γραφείου Ποιότητας" πρέπει να συμβάλλει στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, με μετρήσεις του

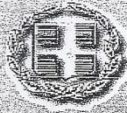
αποτελέσματος της φροντίδας, οι οποίες να αντανακλούν, όχι μόνο τις απόψεις των ασθενών, αλλά και των λειτουργών υγείας. Η καθιέρωση συστημάτων αξιολόγησης της φροντίδας που παρέχεται, ενδέχεται να ενεργοποιήσει όλο τον οργανισμό (ιατρούς, νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό, αλλά και τους ασθενείς), ώστε να ανταποκρίνονται σε έρευνες αξιολόγησης, χωρίς καχυποψία, με ειλικρινή διάθεση και κυρίως με το όραμα της βελτίωσης του οργανισμού, μέσα από την αλλαγή στάσεων, απόψεων και κουλτούρας.

15. Παράρτημα

15.1 Αρκτικόλεξα ασφαλιστικών ταμείων

- ΙΚΑ - Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
- Πρόνοια – Βιβλιάριο ανασφαλιστού, Μητρώο Ανασφαλιστών και Οικονομικά Αδυνάτων, Πρόνοια
- ΤΕΑΔΥ - Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων
- ΟΠΑΔ - Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου
- ΤΥΔΚΥ - Τόπος Υγείας Δημοτικών Κοινοτικών Υπαλλήλων
- ΤΑΥΤΕΚΩ - Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας
- ΤΑΠΟΤΕ – Τομέας Ασθενείας Προσωπικού Οργανισμού Τηλεπικοινωνιών Ελλάδος
- ΟΑΕΕ - Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
- ΤΕΒΕ - Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος, έχει καταργηθεί και ενσωματωθεί στον ΟΑΕΕ
- ΟΓΑ - Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
- Πρώην E111, νυν Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας- Μια κάρτα που εκδίδεται από τον εθνικό πάροχο ασφάλισης ασθενείας για πρόσβαση σε ιατρικά αναγκαία, κρατική περίθαλψη κατά την προσωρινή διαμονή σε μια από τις 28 χώρες της ΕΕ, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και την Ελβετία, με τους ίδιους όρους και το ίδιο κόστος με τους ασφαλισμένους της εν λόγω χώρας
- ΝΑΤ - Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
- ΤΣΑΥ – Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών
- ΕΤΑΑ - Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων
- ΤΥΔΕ - Τομέας Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών
- ΤΠΔΕ - Τομέας Προνοίας Δικαστικών Επιμελητών
- ΤΑΜΠΥ ΥΕΑ ΓΕΣ – Ταμείο Αρωγής Μόνιμων Πολιτικών Υπαλλήλων Υπουργείου Εθνικής Άμυνας Γενικού Επιτελείου Στρατού

15.2 Δείγμα ερωτηματολογίου



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
... η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ...
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- ◆ Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο μόνο εάν νοσηλευθήκατε στο νοσοκομείο.
- ◆ Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Το Νοσοκομείο μας έχει λάβει όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων.
- ◆ Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις, επιλέγοντας το κατάλληλο τετράγωνο αριστερά από την απάντησή σας.
- ◆ Μερικές φορές θα σας ζητηθεί να προσπεράσετε ορισμένες ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο. Όταν αυτό συμβαίνει, θα δείτε ένα βέλος με μία σημείωση, που σας λέει ποια είναι η επόμενη προς απάντηση ερώτηση, όπως σημειώνεται παρακάτω:
 ΝΑΙ
 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 1

Κλινική στην οποία νοσηλευτήκατε: 1 A' χειρουργική
2 _____
3 _____

Φύλο: Άντρας Γυναίκα Ηλικία: 65

Είστε Ασφαλισμένος; 1 ΝΑΙ,
(Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας ΟΓΑ)

2 ΟΧΙ

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνάδελφος

Ημερομηνία συμπλήρωσης: 21/10/11

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μη συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας την εμπειρία σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ
ΑΠΟ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ/ΤΕΣ**

1. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σάς φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές Φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

2. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σάς άκουσαν με προσοχή;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές Φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

3. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές Φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

4. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, και αφού είχατε πατήσει το κουμπί κλήσης για βοήθεια, πόσο συχνά λάβατε την βοήθεια έγκαιρα;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές Φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν υπάρχει κουμπί βοήθειας
6 Δεν απαντώ

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ**

5. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σάς φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

6. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σάς άκουσαν με προσοχή;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

7. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σάς εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

8. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά καθαρίζονταν το δωμάτιο και το λουτρό;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

9. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά υπήρχε ησυχία τη νύχτα γύρω από το δωμάτιό σας;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

10. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειασθήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 12
- 3 Δεν απαντώ

11. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά σάς βοήθησαν οι νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 10
- 6 Δεν απαντώ

12. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε αναλγητικό (παισιόνο) φάρμακο;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 15
- 3 Δεν απαντώ

13. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

14. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου έκανε ό,τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

15. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο σάς χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 18
- 3 Δεν απαντώ

16. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σάς ενημέρωσε για τον λόγο που αυτό χορηγείται;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6 Δεν απαντώ

17. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σας περιέγραψε τυχόν παρενέργειες που αυτό μπορούσε να έχει;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6 Δεν απαντώ

ΟΤΑΝ ΦΥΓΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

18. Όταν φύγετε από το νοσοκομείο, θα πάτε κατευθείαν στο σπίτι σας ή στο σπίτι κάποιου άλλου ή σε άλλη υγειονομική μονάδα;

- 1 Στο δικό μου σπίτι
- 2 Στο σπίτι κάποιου άλλου
- 3 Σε άλλη υγειονομική μονάδα, Εάν θα πάτε σε άλλη υγειονομική Μονάδα πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 21

19. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες/τες ή το άλλο προσωπικό συζήτησαν μαζί σας σχετικά με τυχόν βοήθεια που θα χρειαζόσασταν μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

- 1 ΝΑΙ
2 ΟΧΙ
3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18
4 Δεν απαντώ

20. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σας δόθηκαν γραπτές πληροφορίες σχετικά με το ποια συμπτώματα ή προβλήματα υγείας θα πρέπει να προσέξετε μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

- 1 ΝΑΙ
2 ΟΧΙ
3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18
4 Δεν απαντώ

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μην συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας εμπειρίες σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

21. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο Νοσοκομείο και το 10 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε αυτό το νοσοκομείο για την παραμονή σας;

- 0 0 το χειρότερο νοσοκομείο
1 1
2 2
3 3
4 4
5 5
6 6
7 7
8 8
9 9
10 10 το καλύτερο νοσοκομείο
11 Δεν απαντώ

22. Θα συστήνατε αυτό το νοσοκομείο στους φίλους ή στους συγγενείς σας;

- 1 Σίγουρα όχι
2 Πιθανά όχι
3 Πιθανά ναι
4 Σίγουρα ναι
5 Δεν απαντώ

ΓΙΑ ΕΣΑΣ

23. Γενικά, πώς θα αξιολογούσατε συνολικά την Υγεία σας;

- 1 Εξαιρετη
- 2 Πολύ Καλή
- 3 Καλή
- 4 Ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα
- 5 Φτωχή
- 6 Δεν απαντώ

24. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

- 1 Απόφοιτος Δημοτικού
- 2 Απόφοιτος Γυμνασίου
- 3 Απόφοιτος Λυκείου
- 4 Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ
- 5 Δεν απαντώ

25. Ποια είναι η ιθαγένεια/υπηκοότητά σας; (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας)

- 1 Ελληνική
- 2 Άλλο από Ελληνική (παρακαλώ σημειώστε)
- 3 Δεν απαντώ

26. Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;

- 1 Μόνιμος κάτοικος
- 2 Άλλο (παρακαλώ σημειώστε το χρονικό διάστημα διαμονής)
- 3 Δεν απαντώ

27. Ποια γλώσσα μιλάτε κυρίως στο σπίτι σας;

- 1 Ελληνικά
- 2 Κάποια άλλη γλώσσα (παρακαλώ σημειώστε.....)
- 3 Δεν απαντώ

Παρακαλούμε, αφού συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο της έρευνας, παραδώστε το στο Γραφείο Κίνησης-Λογιστήριο Ασθενών .

Το Νοσοκομείο μας σας ευχαριστεί θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας στην προσπάθειά μας για συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών μας. Σας ευχόμαστε καλή ανάρρωση.

16. Βιβιογραφία

1. Baker R. Avedis Donabedian: an interview. *Quality in Health Care* 1993. 2: 40-46.
2. Donabedian A. (1986). Criteria and Standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, 12: 99-10828.
3. Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. 1. 27: 79-85. Ann Arbor. Health Administration press.
4. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 1990, 114:1115-18.
5. Giddens A. Κοινωνιολογία (μετάφραση και επιμέλεια Δ. Τσαούση), Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 2002.
6. Harteloh, P. P. M. Quality systems in health care: a sociotechnical approach. *Health Policy*, 64 (2003), 391-398.
7. Hopkins A. (1990). Measuring the quality of medical care. Royal College of Physicians, London.
8. Maxwell R. (1993). The quality dimension. *Hospital Management International*.
9. McDaid D. Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges. Editorial, *Health Policy* 63 (2003): 117-120.
10. Μόσιαλος Η. Πρόσφατες Εξελίξεις στο Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας, στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εισήγηση στο 4ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας, Ηράκλειο Κρήτης, Οκτώβριος 2002.
11. Οικονομοπούλου Χ. Β., Αναγνώστου-Κακαρά Ε, Λιαρόπουλος Α. Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*. 1999,44(1): 61-69.
12. Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ. Β. Ανάπτυξη και Εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 2003, 48(2): 84-94.
13. Sunol R. Avedis Donabedian. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000 Vol 12, No 6, pp: 451-54.
14. Τσιότρας Γ. Βελτίωση Ποιότητας. Β' Έκδοση, Εκδόσεις Ε. Μπένου, Αθήνα 2002.
15. Verheggen F. W. S. M. (1995). Quality assurance in healthcare: experiences with TQM and CQI in a university hospital. Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο Χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Επιμέλεια Έκδοσης Δρ. Ι Σιγάλας, Θεσσαλονίκη, 1995.
16. Zeynep Or. Improving the performance of health care systems: from measures to action (a review of experiences in four OECD countries. OECD . Improving Market and Social Policy - Occasional papers No. 57.
17. <http://www.gaproject.org/methods/resdilenion.html>.
18. Οικονομοπούλου ΧΒ, Λιαρόπουλος Α., Δόσσιος Αθ. Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* (2000), 11 :35-37
19. Μουμτζόγλου Α. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Management*, Αθήνα, 2001
20. Νιάκας Δ.. Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία* (1993),2:3-12
21. Δερβιτσιώτης Κ. Διοίκηση ολικής ποιότητας. Αθήνα, (1993)
22. Σιγάλας Ι. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* (1999), 10:45-50
23. Νιάκας Δ. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Στο: Νιάκας Δ (Συντ.) Θέματα διοίκησης-διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Mediforce,

Αθήνα, (2003) :85-126

24. Σουλιώτης Κ. Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Αθήνα (2006)

25. Υφαντόπουλος Γ. Τα Οικονομικά της Υγείας-Θεωρία και Πολιτική, Αθήνα (2003)

26. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας, Αθήνα (2001)