

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
-Μ-Κ-  
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ

**Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας στο  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων**



**ΕΙΣΗΓΗΣΗ: Μαγριπλής Δημήτριος**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Ασλάνογλου Μαρία**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2003**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	3
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	5
<b>ΜΕΡΟΣ Α΄</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ</b>	
1.1 Η ίδρυση του ΕΣΥ και η εξέλιξή του .....	8
1.2. Η ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας στην Ήπειρο .....	15
1.2.1. Εισαγωγή .....	15
1.2.2. Καταγραφή της υπάρχουσας υγειονομικής κατανομής (υποδομής) στην Ήπειρο .....	16
1.2.3 Στόχοι Βελτίωσης .....	21
1.2.4. Πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	22
1.2.5. Η συμμετοχή του πολίτη.....	23
1.2.6 Ιδιαιτερότητες .....	23
1.2.7. Προτάσεις .....	24
1.3 Τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία .....	28
1.4 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων .....	32
<b>ΜΕΡΟΣ Β΄</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ</b>	
2.1. Ποιότητα και Ικανοποίηση .....	40
2.1.1 Ποιότητα Υγείας.....	40
2.1.2 Ποιοτικό Νοσοκομείο.....	45
2.2. Βιβλιογραφικά ευρήματα.....	51
2.3. Θεωρητικές Προσεγγίσεις .....	66
2.4. Η Υπόθεση της Έρευνας.....	74
2.5. Οι μεταβλητές της Έρευνας.....	76
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	
3.1.Οριοθέτηση πληθυσμού έρευνας- Κριτήρια επιλογής δείγματος.....	80
3.2. Μέθοδος Δειγματοληψίας – Μέγεθος Δείγματος.....	82
3.3. Μέτρηση Μεταβλητών .....	84
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>ΣΥΛΛΟΓΗ- ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</b>	
4.1. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	85
4.2. Συλλογή δεδομένων.....	87
4.3. Έλεγχος Ορθότητας- Πληρότητας Δεδομένων .....	88
4.4. Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων.....	89

## **ΜΕΡΟΣ Γ΄**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

#### **ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

5.1. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Δεδομένων.....	91
5.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών στο Π.Γ.Ν.Ι.....	91
5.1.2. Ικανοποίηση ασθενών από τις Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες στο Π.Γ.Ν.Ι.....	97
5.1.3. Ικανοποίηση ασθενών από το Διοικητικό Προσωπικό.....	104
5.1.4. Ικανοποίηση ασθενών από το Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	107
5.1.5. Ικανοποίηση ασθενών από το Ιατρικό Προσωπικό.....	111
5.1.6. Ικανοποίηση ασθενών από την ενημέρωση και τις οδηγίες του Ιατρικού Προσωπικού.....	115
5.1.7. Συνολικές συνθήκες παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο... ..	119
5.1.8. Δείκτες Συνολικής Ικανοποίησης.....	120
5.2. Συμπεράσματα – Συζήτηση.....	126
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....</b>	<b>130</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....</b>	<b>131</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....</b>	<b>135</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>138</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή που γίνεται στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του ΤΕΙ Καλαμάτας και συγκεκριμένα του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας (ΔΜΥΠ), έχει ως σκοπό την ανάπτυξη του μέτρου της ικανοποίησης των χρηστών υγείας από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Δουρούτη».

Πιστεύω ότι με αυτή την εργασία συμβάλλω στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση προβλημάτων που έχουν σχέση με την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, τόσο από ιατρικής και νοσηλευτικής πλευράς όσο και από διοικητικής, καθώς και από πλευράς παρεχόμενων υπηρεσιών σε επίπεδο καλύτερευσης συνθηκών διαμονής και περιβάλλοντος μέσα στα νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα της εργασίας μου προσφέρονται στην υπηρεσία όλων αυτών που ενδιαφέρονται για την ουσιαστική καλύτερευση των συνθηκών τόσο της περίθαλψης και νοσηλείας όσο και του συνόλου των υπηρεσιών διαμονής, διατροφής και περιβάλλοντος.

Η καλύτερευση των συνθηκών διαμονής, το ευχάριστο περιβάλλον, η ζεστή ατμόσφαιρα, η ψυχαγωγία, η ύπαρξη κατάλληλων χώρων υποδοχής και ανάπαυσης σε συνδυασμό βέβαια με την καλή ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική φροντίδα συμβάλλουν ουσιαστικά στην καλύτερη φροντίδα και στην ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών.

Ας μη ξεχνάμε ότι το αντικείμενο των υπηρεσιών υγείας είναι ο άνθρωπος και μάλιστα ο «πάσχων» άνθρωπος.

Η στάση του ασθενούς ο οποίος προσέρχεται στο νοσοκομείο είναι πάντοτε βεβαρημένη (χωρίς να το θέλει) λόγω φόβου για την κατάστασή του και αποστροφής. Η βαθύτερη επιθυμία του είναι να αισθανθεί άνεση και ανακούφιση παρά να θεραπευθεί.



Οι γιατροί και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε στενότερη επαφή με τον ασθενή, οφείλουν να δικαιώσουν την πίστη και την προσδοκία του προσφέροντας σε αυτόν τα «μαγικά» αυτά δώρα.

Ο ασθενής πρέπει να αισθανθεί ότι αναγνωρίζεται και εκτιμάται η ατομικότητά του και ότι τα προβλήματά του έχουν σημασία.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπηρεσίες υγείας ενός κράτους πρέπει να ανταποκρίνεται σε τρία βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των κατοίκων, για χάρη των οποίων έχουν δημιουργηθεί.

Έτσι οι υπηρεσίες πρέπει:

1. Καταρχήν να υπάρχουν, να είναι οργανωμένες και διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
2. Με δεδομένα τα πιο πάνω, η επόμενη παράμετρος που χαρακτηρίζει τη χρησιμότητά τους είναι η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν και να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει το χαρακτήρα της δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους μιας χώρας ή συγκεκριμένης περιοχής σε κάθε σημείο της περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών και σε 24ωρη βάση.
3. Η ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα χρήσης τους δεν σημαίνει αυτόματα και επίλυση των προβλημάτων του χρήστη.

Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν και πρέπει να είναι αποδεκτές από τον πολίτη.

Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως:

- Στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας
- Στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και
- Στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων.

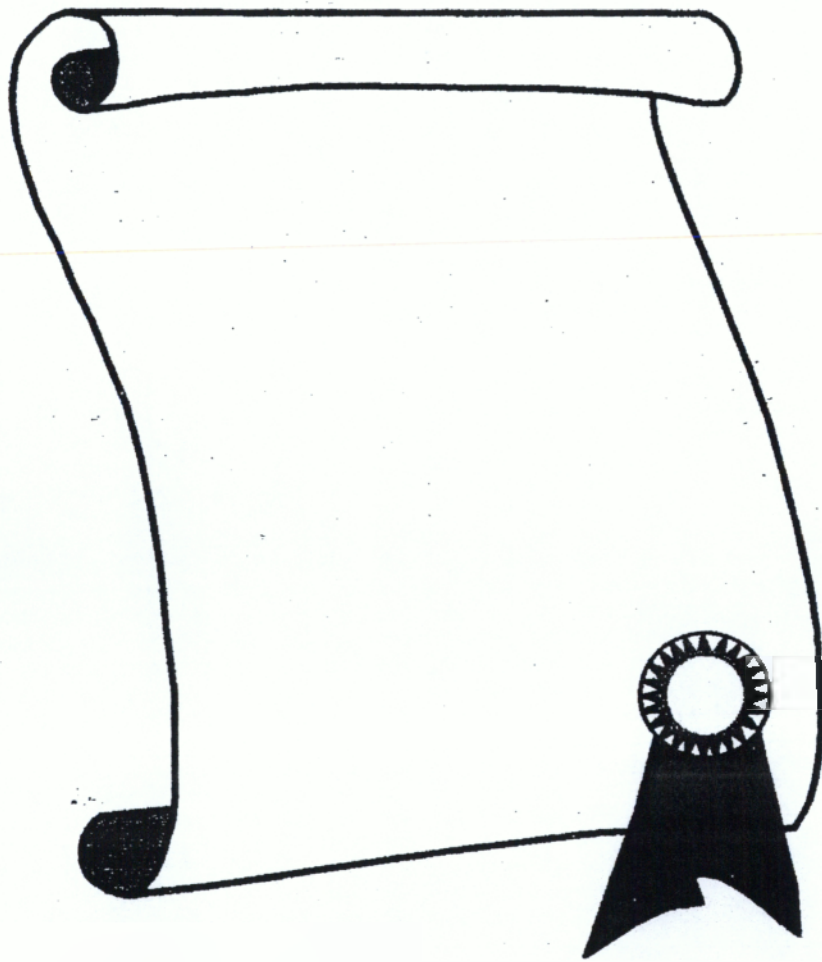
Ο όρος υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους.

Πολύ συνοπτικά μπορεί 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.

Η φροντίδα αντίθετα, είναι ευρύτερη έννοια αφού αναφέρεται και σε υπηρεσίες υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας. Η διάκριση δεν είναι πάντοτε σαφής. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες αγωγής υγείας, προληπτικού ελέγχου και δημόσιας υγιεινής, είναι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ενώ η τακτική νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία υπάγεται στις υπηρεσίες περίθαλψης. Η περίθαλψη διακρίνεται σε ανοιχτή ή εξωνοσοκομειακή ή πρωτοβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, που αφορούν την διάγνωση εκτός νοσοκομείου (γιατροί ταμείων, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, ελεύθεροι επαγγελματίες), και την νοσοκομειακή περίθαλψη ή δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο για τη διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.

# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

#### 1.1 Η ίδρυση του ΕΣΥ και η εξέλιξή του

Πέρασαν περισσότερα από 15 χρόνια από τη θεσμοθέτηση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κι ενώ στην αρχή, μέχρι το 1989, η κατάσταση εξελισσόταν ικανοποιητικά και όλα έδειχναν ότι το πρόβλημα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των Ελλήνων θα λυνόταν οριστικά, η συνέχεια δεν επιφύλασσε τις ίδιες ευχάριστες διαπιστώσεις. Η σημαντική οπισθοδρόμησή του στην περίοδο 1989 έως 1993, το όχι ιδιαίτερα αποτελεσματικό ενδιαφέρον της πολιτείας από το 1994 και ύστερα, και οι κακές συνήθειες που εν τω μεταξύ αποκτήθηκαν από πολλούς λειτουργούς του, οδήγησαν το ΕΣΥ στη σημερινή λειτουργική εικόνα του, για την οποία κανείς δεν δικαιολογείται να αισθάνεται ιδιαίτερα περήφανος. Άλλωστε η προσφορά φροντίδων υγείας στους πολίτες ενός κράτους είναι υποχρέωση της πολιτείας.

Σε όλες σχεδόν τις χώρες του δυτικού κόσμου, οι φροντίδες για την υγεία των πολιτών τους παρέχονται και από το Κράτος και από ιδιωτικούς φορείς. Το επίπεδο της παροχής φροντίδων υγείας στις χώρες αυτές είναι πολύ ψηλό. Στη χώρα μας τα πράγματα δεν είναι ανάλογα. Μέχρι πριν μερικά χρόνια, η κρατική φροντίδα για την υγεία του λαού ήταν πολύ υποβαθμισμένη, ενώ αντίθετα ήταν σε «άνθιση», ποσοτικά πάντοτε, η ιδιωτική ιατρική. Αυτό σήμαινε τλαιπωρίες και μεγάλα έξοδα για τους έχοντες ανάγκη γιατρού και φαρμάκων Έλληνες πολίτες. Στην κυριολεξία, παλαιότερα στην Ελλάδα, η ιατροφαρμακευτική και η νοσηλευτική περίθαλψη σε μεγάλο βαθμό ήταν «εμπορεύσιμο προϊόν», το οποίο ο ελ-



ληνικός λαός υποχρεωνόταν να το «αγοράσει», έναντι παντός τιμήματος. Τα παραπάνω ίσχυαν μονότονα, θλιβερά και απαράδεκτα, μέχρι το 1981. Από τον Οκτώβριο του 1981 και ύστερα, η κυβέρνηση που προέκυψε από τις εκλογές της περιόδου εκείνης, γνωρίζοντας την «κατάντια» που υπήρχε σχετικά με το θέμα, έκανε ενέργειες για τη διόρθωσή της πρωτοφανείς για τα ελληνικά δεδομένα. Ψήφισε νόμο για την υγεία (1397/83), και γενικά έκανε όλες τις ενέργειες που χρειαζόταν για τη δημιουργία Εθνικού Φορέα για την παροχή φροντίδων υγείας στον ελληνικό λαό, το ΕΣΥ.

Το ΕΣΥ, από την αρχή της λειτουργίας του είχε πολύ καλές προϋποθέσεις για τη επιτυχία του. Τέτοιες ήταν η μεγάλη και σωστή οργανωτική προσπάθεια που προηγήθηκε της θεσμοθέτησής του, οι σημαντικές οικονομικές παροχές του Κράτους και η σχεδόν καθολική αποδοχή του από τον ελληνικό λαό. Και πέρα από αυτά, στοιχείο επιτυχίας του συστήματος ήταν ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού, τον οποίο μάλιστα ήθελε με πλήρη και πραγματικά αποκλειστική απασχόληση, με στόχο τη σωστότερη παροχή ιατρικών φροντίδων στον ελληνικό λαό, και κυρίως στην εξαφάνιση των πελατειακών σχέσεων γιατρού-αρρώστου.

Το ΕΣΥ προοδευτικά αναπτύχθηκε, και λίγα χρόνια μετά την έναρξη της λειτουργίας του καταξιώθηκε στη συνείδηση του ελληνικού λαού με την απόδοσή του. Ο αγροτικός πληθυσμός και οι οικονομικά ασθενέστεροι συνειδητοποίησαν γρήγορα το μέγεθος της κοινωνικής αλλαγής και των οικονομικών ελαφρύνσεων που θα είχαν με το νέο θεσμό, και όλοι σχεδόν οι Έλληνες έδειχναν να αποδέχονται ότι η κατάσταση της υγείας τους συνδεόταν πλέον σε μεγάλο βαθμό με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το μέγεθος των υπηρεσιών που πρόσφερε στους Έλληνες μέχρι το 1989 το ΕΣΥ, τους έπεισε σχεδόν όλους, ακόμη και τους πολέμιούς του, ότι η θεσμοθέτησή του ήταν επιτακτική κοινωνική ανάγκη. Όμως, παρά την ομολογουμένως αρκετά πετυχημένη πορεία του στα

πρώτα 4-5 χρόνια της λειτουργίας του, από το φθινόπωρο του 1989 άρχισε η αντίστροφη μέτρηση του χρόνου για την ουσιαστική κατάργησή του. Η αλλαγή πολιτικής για την υγεία και οι συστηματικές πράξεις και παραλείψεις ορισμένων υπευθύνων την εποχή εκείνη, το οδήγησαν σε υποβάθμιση, η οποία έγινε εντυπωσιακά αισθητή την περίοδο 1992-1993. Την περίοδο λοιπόν 1989-1993 το ΕΣΥ υποβαθμίστηκε, αλλά δεν καταργήθηκε. Επιβίωσε. Και επιβίωσε, έστω και λαβωμένο, γιατί το πίστεψε και το ήθελε ο πολύς κόσμος. Στη συνέχεια, από τον Οκτώβριο του 1993 και ύστερα, αναζωογονήθηκε το ενδιαφέρον της πολιτείας για τον Εθνικό Φορέα Υγείας, και παράλληλα φάνηκε να αρχίζουν να γίνονται ενέργειες για την αναβάθμισή του.

Σήμερα, κάνοντας μια συνολική επανεκτίμηση της πορείας του ΕΣΥ στα 15 και πλέον χρόνια της λειτουργίας του, με μοναδικό στόχο τη γόνιμη κριτική, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: το ΕΣΥ, στη 15χρονη και πλέον λειτουργική διαδρομή του, πρόσφερε πολλά, πολύ περισσότερα από τα αναμενόμενα. Πρόσφερε περισσότερες και καλύτερου επιπέδου φροντίδες υγείας στον ελληνικό λαό, ελάττωσε την ανισότητα και την κοινωνική αδικία αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την επαρχία, και έδωσε λύσεις σε πολλά χρονίζοντα, σχετικά με το θέμα, προβλήματα.

Τα προβλήματα και οι καταστάσεις που δημιουργήθηκαν από τη μέχρι τώρα λειτουργία του ΕΣΥ, και χρειάζονται προσεκτική προσέγγιση για την επίλυσή τους είναι:

- 1) Η ανάγκη για αύξηση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- 2) Η ανάγκη για αυξημένη, σε ορισμένες περιπτώσεις εξειδικευμένη, περίθαλψη
- 3) Η ανάγκη για επιστημονική, ανθρωπιστική και κοινωνική επιμόρφωση των λειτουργών του

4) Η ανάγκη για μισθολογική και σωστή επιστημονική και υπηρεσιακή εξέλιξη των υπηρετούντων στο σύστημα

Πρακτικά, οι διορθώσεις και οι προσθήκες, δηλαδή οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν, για ένα πιο σύγχρονο και πιο λειτουργικό ΕΣΥ, είναι οι ακόλουθες:

**1) Βελτίωση της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αύξηση της παροχής της.** Και πέρα απ' αυτά, παροχή συστηματικής και σωστής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στα μεγάλα αστικά κέντρα. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η αποδέσμευση σημαντικού αριθμού νοσηλευτικών κρεβατιών και η εξ' αυτού του γεγονότος εξαφάνιση ή μείωση από τα νοσοκομεία των κρεβατιών εκστρατείας (ράντζων) και η εξοικονόμηση αρκετών χρημάτων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε άλλες ανάγκες του ΕΣΥ.

**2) Αύξηση της εξειδικευμένης δευτεροβάθμιας, και σε ορισμένες περιπτώσεις τριτοβάθμιας περίθαλψης** σε Γενικά αλλά και σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, η οποία θα έχει στόχο αφενός την κάλυψη ελλειμμάτων σε ορισμένους τομείς (ΜΕΘ, Τραυματολογία κ.α.) και αφετέρου, και κυρίως, την παραπέρα ελάττωση των ανισοτήτων κέντρου-επαρχίας.

**3) Αρτιότερη εκπαίδευση και πιο ορθολογική-κατανομή του προσωπικού,** κυρίως του ιατρικού αλλά και του νοσηλευτικού.

**4) Επιμόρφωση γενικά, και ειδικότερα ανθρωπιστική και κοινωνική,** του ιατρικού, του νοσηλευτικού, αλλά και του διοικητικού προσωπικού που υπηρετεί στο ΕΣΥ.

**5) Προσαρμογή των μισθών των εργαζομένων στο ΕΣΥ στις πραγματικές ανάγκες,** και ρύθμιση της επιστημονικής εξέλιξης των γιατρών που υπηρετούν στο φορέα.

♦ Σ' ότι αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και γενικότερα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η αύξηση παροχής της πρέπει να είναι ο

βασικός προσανατολισμός ενός σύγχρονου ΕΣΥ. Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή και βαρύτητα στην οργάνωση και την εφαρμογή της τόσο στην ύπαιθρο, όσο και στα αστικά κέντρα, όχι με την κατασκευή νέων, πολυδάπανων, αστικού τύπου Κέντρων Υγείας, όπως προτείνεται από διάφορους «αρμόδιους», αλλά και με την κατάλληλη διαμόρφωση και αξιοποίηση χώρων υπάρχουσας υποδομής, όπως είναι οι χώροι των εξωτερικών ιατρείων των Πανεπιστημιακών και των Γενικών νοσοκομείων και των πολυιατρείων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Σε πολλά Κέντρα Υγείας, και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία όλων σχεδόν των νοσοκομείων, η αντιμετώπιση των προσερχομένων αρρώστων που δεν έχουν ανάγκη νοσηλευτικού κρεβατιού, των «όρθιων» αρρώστων, είναι ατελέστατη, κυρίως σ' ότι αφορά την εργαστηριακή διερεύνησή τους. Η πληρέστερη ιατρική διερεύνηση των «όρθιων» αρρώστων είναι προς όφελος των ίδιων των αρρώστων, αλλά και του Συστήματος Περίθαλψης. Το πρόβλημα υγείας του «όρθιου» αρρώστου πρέπει να λύνεται στο Κέντρο Υγείας ή στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο των Νοσοκομείων. Δεν πρέπει να απασχολεί νοσηλευτικό κρεβάτι ο ασθενής αυτός.

Τα κενά που υπάρχουν στους χώρους αυτούς (Κέντρα Υγείας, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία) σε πρόσωπα και απαραίτητα για πρωτοβάθμια περίθαλψη μηχανήματα (ακτινολογικά, μικροβιολογικά), που δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλης αξίας, πρέπει να εκτιμηθούν από επιτροπή πραγματικά αρμόδιων ανθρώπων και να καλυφθούν σε σύντομο χρόνο από την πολιτεία, ώστε οι χώροι αυτοί να επιτελούν, όπως οφείλουν, την αποστολή τους. Με τον τρόπο αυτό και οι έχοντες ανάγκη πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα είναι ικανοποιημένοι αλλά και «πανάκριβα» νοσηλευτικά κρεβάτια, τα οποία δυστυχώς καταλαμβάνονται από «περιπατητικούς» αρρώστους, δηλαδή από αρρώστους που δεν χρειάζονται νοσηλεία στο Νοσοκομείο, θα εξοικονομηθούν.



- Η ανάγκη για ανθρωπιστική και κοινωνική επιμόρφωση του προσωπικού του ΕΣΥ είναι θέμα πρώτης προτεραιότητας και καθοριστικής σημασίας για τη σωστή λειτουργία του θεσμού. Η παροχή φροντίδων υγείας στον άνθρωπο είναι υπηρεσία κοινωνικού, ανθρωπιστικού, χαρακτηριστήρα. Είναι προσφορά υπηρεσίας ανθρώπου σε αναξιοπαθούντα άνθρωπο, η οποία πέρα από γνώσεις, υλικοτεχνικές υποδομές και σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία, στηρίζεται, και πρέπει να στηρίζεται, στην αγάπη του ανθρώπου για τον άνθρωπο και ιδιαίτερα τον άνθρωπο που υποφέρει.

Κανένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, κανένα ΕΣΥ δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά και όπως θα το ήθελαν οι χρήστες του, αν το προσωπικό που το στελεχώνει και το υπηρετεί, όσο ειδικά και άρτια εκπαιδευμένο και αν είναι, δεν το υπηρετεί συνειδητά και με αυταπάρνηση. Και είναι ανάγκη να τονισθεί ότι η εμπειρία μας, η εμπειρία του ελληνικού λαού από τη συμπεριφορά αρκετών λειτουργών υγείας, συχνότερα γιατρών, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στο οποίο εντάχθηκαν με δική τους επιθυμία, δεν είναι σωστή. Δεν μπορεί και δεν πρέπει να υπηρετούν στον ευαίσθητο αυτό χώρο άτομα (γιατροί, νοσηλευτές κ.α.), που δείχνουν αδιαφορία για τον άνθρωπο και τον «ανθρώπινο πόνο», που δεν πιστεύουν στον θεσμό της κρατικής παροχής φροντίδων υγείας, που με την πρακτική τους υπονομεύουν το θεσμό, αντί να τον υπερασπίζονται. Δεν μπορεί και δεν πρέπει να υπηρετούν το ΕΣΥ γιατροί, οι οποίοι παράλληλα και παράνομα, με πολλούς τρόπους που «μηχανεύονται», ασκούν και «ιδιωτική» ιατρική. Και τέτοιες περιπτώσεις δυστυχώς υπήρξαν αρκετές. Η ιατροφαρμακευτική και η νοσηλευτική περίθαλψη μπορεί να προσφέρονται και από ιδιωτικούς φορείς, όπως συμβαίνει σε όλα τα κράτη του δυτικού κόσμου. Οι λειτουργοί του ΕΣΥ, και κυρίως οι γιατροί, έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν που θα υπηρετήσουν, δηλαδή στον Δημόσιο ή στον Ιδιωτικό Τομέα. Αν επιλέξουν το Δημόσιο Φορέα (ΕΣΥ), πρέπει να γνωρίζουν καλά και φυσικά να αποδέχονται, ότι θα εί-



να πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Και πρέπει να έχουν ή να «αποκτήσουν» συνείδηση, ότι η απασχόληση τους στο συγκεκριμένο χώρο, εκτός από επάγγελμα, είναι και κοινωνική λειτουργία.

Από την άλλη μεριά, πρέπει η πολιτεία να κατανοήσει, ότι δεν είναι δυνατόν να γίνεται λόγος για ιδανικά και συνειδήσεις, και να ζητά αυταπάρηση και ηρωισμούς από τους εργαζόμενους στο ΕΣΥ, όταν δεν καλύπτει βασικές μισθολογικές και επιστημονικές ανάγκες τους. Και επειδή η πολλή συζήτηση αφορά κυρίως τους γιατρούς του ΕΣΥ, πρέπει να τονισθεί ότι ούτε ο μισθός ανταποκρίνεται στο έργο επιστημόνων από τους οποίους απαιτείται πλήρης και αποκλειστική απασχόληση, ούτε η επιστημονική εξέλιξή τους μέσα στο σύστημα είναι τέτοια που να δημιουργεί διάθεση για εργασία με ηρωισμό και αυταπάρηση.

Σήμερα το ΕΣΥ, παρά το μεγάλο έργο που προσφέρει για 15 χρόνια, δεν προχωράει όσο πρέπει σωστά. Δεν κάνει σωστά αυτά που πρέπει να κάνει και για τα οποία δημιουργήθηκε. Αυτό το αισθάνονται πολύ καλά εκείνοι που έχουν την ανάγκη του, ο αγροτικός πληθυσμός και γενικά οι οικονομικά αδύναμοι Έλληνες. Τα χρήματα που δαπανώνται από την πολιτεία για τη λειτουργία του δεν είναι λίγα. Ανάλογη απόδοση δεν έχουν. Το ΕΣΥ, με τον τρόπο που λειτουργεί σήμερα, δίνει την εντύπωση δε θέλει να συνεχίσει να υπάρχει. Κινδυνεύουν να πάνε περίπατο οι στόχοι, τα οράματα και οι προοπτικές του. Λειτουργία ρουτίνας επιτελείται, και μάλιστα αρκετά πρόχειρα και ανεύθυνα. Και γι' αυτό ευθύνονται όλοι. Πολιτεία, λειτουργοί, χρήστες. Είτε με την αδιαφορία τους, είτε με τις λάθος ενέργειές τους.

Παρ' όλα αυτά, η μέχρι τώρα πορεία του ΕΣΥ έδειξε ότι δεν είναι δίκαιο μόνο να το κακολογούμε, ούτε και να «αγωνιζόμαστε» να το οδηγήσουμε στην «ανυπαρξία». Αντίθετα, είναι χρέος όλων να το διατηρήσουμε, να το ανανεώσουμε και να το εκσυγχρονίσουμε. Το ΕΣΥ πρέπει να λειτουργήσει σωστά, με πληρέστερη και πιο σύγχρονη υλικοτεχνική

υποδομή, με προσωπικό πιο άρτια εκπαιδευμένο, πιο συνειδητοποιημένο και πιο «ικανοποιημένο». Δικαιούται ο ελληνικός λαός ένα πιο λειτουργικό και πιο σύγχρονο ΕΣΥ. Δικαιούται και ο Έλληνας φορολογούμενος να έχει υψηλού επιπέδου κρατικές φροντίδες για την υγεία του, όπως έχει και ο ευρωπαίος πολίτης. Και πρέπει να τονισθεί, ότι τέτοιες παροχές έχουν ανταπόδοση, αφού ο πολίτης με εξασφαλισμένες και σωστές κρατικές φροντίδες για την υγεία του, απερίσπαστος και χωρίς ανασφάλειες, θα επιδίδεται στα δημιουργικά έργα του προς όφελος του ίδιου, της οικογένειά του και της κοινωνίας.

Δυστυχώς, η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση που δεν έχει ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ κρατικό σύστημα Υγείας. Γι' αυτό επιβάλλεται να γίνουν όλα τα απαραίτητα, ώστε και η χώρα μας να αποκτήσει ένα σύγχρονο και λειτουργικό Εθνικό Σύστημα παροχής φροντίδων υγείας στο λαό της (Πυρπασόπουλος 1996)<sup>1</sup>.

## **1.2. Η ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας στην Ήπειρο**

### **1.2.1. Εισαγωγή**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αποτέλεσε μια από τις μεγαλύτερες αλλαγές στο χώρο της Υγείας στη χώρα μας, άγγιξε τα όρια μιας κοινωνικής επανάστασης και χωρίς καμία αμφιβολία ο ρόλος του θα πρέπει να θεωρείται αδιαμφισβήτητος, παρά τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και παρά τα λάθη και τις παραλείψεις που έγιναν. Και αυτό γιατί με το δημόσιο χαρακτήρα της παροχής υπηρεσιών υγείας που προασπίζει σε εθνικό επίπεδο, διασφαλίζει την ισότιμη μεταχείριση των πολιτών και την κοινωνική δικαιοσύνη. Αρχές που διαλαμβάνονται και εκπορεύονται και από το Ελληνικό Σύνταγμα και την ΠΟΥ, σύμφωνα με τις οποίες «η υγεία είναι αγαθό κοινωνικό, δεν πρέπει να

υπακούει σε νόμους του κέρδους και η παροχή υπηρεσιών υλοποιείται με την αποκλειστική ευθύνη του κράτους».

Το ΕΣΥ επέφερε, με βάση τα στατιστικά δεδομένα που έχουμε, σημαντική μείωση της ανισοκατανομής στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, και έχει θετικά αποτελέσματα, αν και περιορισμένα, στην ισόρροπη περιφερειακή κατανομή πόρων (δημόσιες δαπάνες) και της ανάπτυξης σε κατανομή ιατρικού προσωπικού σε κλίνες.

Κι αυτό θα φανεί σαφέστερα με τα δεδομένα που θα παραθέσουμε στη συνέχεια, ειδικότερα για την Ήπειρο, από πριν και μετά το ΕΣΥ.

### **1.2.2 Καταγραφή της υπάρχουσας υγειονομικής κατανομής (υποδομής) στην Ήπειρο**

Από τα στοιχεία των Πινάκων 1,2,3 και 4 και τη σύγκριση των δεδομένων, από την πριν και μετά το ΕΣΥ κατανομή, φαίνεται ότι διαχρονικά η ανισότητα μειώνεται σημαντικά, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τη σχέση γιατρών με τον πληθυσμό, τον αριθμό των κλινών και τις δημόσιες ανά κεφαλή δαπάνες για την υγεία.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ		
	<u>ΚΛΙΝΕΣ</u>	<u>ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ</u>
	<u>ΟΡΓΑΝ.</u>	<u>(το 1988)</u>
Γ.Ν.ΦΙΛΙΑΤΩΝ-Κ.Υ	100	86
Γ.Ν.ΑΡΤΑΣ	246	140
Γ.Ν.ΠΡΕΒΕΖΑΣ	110	120
Γ.Ν.ΚΟΝΙΤΣΑΣ	40	40
(υπάγεται στο Γ.Ν. Ιωαννίνων)		
Γ.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	460	324
(ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ)		
Π.Γ.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	750	670
(ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ)		
<u>Σύνολο</u>	<u>1706</u>	<u>1380</u>

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ			
<u>Νομός</u>	<u>Δημόσια</u>	<u>Ιδιωτικές</u>	<u>Σύνολο</u>
	<u>Νοσοκομεία</u>	<u>Κλινικές</u>	
Άρτας	30	4	34
Θεσπρωτίας	31	--	31
Πρέβεζας	32	7	39
Ιωαννίνων	494	19	513
<u>Σύνολο</u>	<u>587</u>	<u>30</u>	<u>617</u>

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΤΑ ΝΟΜΟ	
<u>Νομός</u>	
ΑΡΤΑΣ	4
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	2 (+1 στο Γ.Ν.ΦΙΛΙΑΤΩΝ)
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	5
ΠΡΕΒΕΖΑΣ	4

### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΤΑ ΝΟΜΟ	
<u>Νομός</u>	
ΑΡΤΑΣ	23
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	7
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	<50
ΠΡΕΒΕΖΗΣ	11

Το 1981 η Ήπειρος ανήκε στις περιοχές με τη μεγαλύτερη ανισότητα σε ότι αφορά τον αριθμό κλινών και τον αριθμό των γιατρών. Σήμερα η κατάσταση έχει βελτιωθεί σημαντικά και στις δυο αυτές παραμέτρους κι αυτό προφανώς οφείλεται στην ανάπτυξη του ΕΣΥ. Η σημερινή αναλογία είναι 4 κλίνες οξείας νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους. Ταυτόχρονα υπάρχουν 587 νοσοκομειακοί γιατροί, πράγμα που σημαίνει ότι για κάθε 2 κλίνες περίπου αντιστοιχεί ένας νοσοκομειακός γιατρός, μια αναλογία αρκετά ικανοποιητική για τα δεδομένα της Περιφέρειας μας, υπό την προϋπόθεση ότι η κατανομή είναι σωστή. Η λειτουργία των δύο μεγάλων Νοσηλευτικών Μονάδων των Ιωαννίνων, το Γενικό Νοσοκομείο Χατζηκώστα και το Πανεπιστημιακό (Δουρούτη), μαζί με τη στελέ-



χωση των άλλων μικρών Νοσοκομείων Φιλιατών και Πρέβεζας και τη δημιουργία του νέου Νοσοκομείου Άρτας, συμβάλουν στη βελτίωση παροχής υπηρεσιών υγείας και δημιουργείται μια αυτοδυναμία της περιοχής, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

<b>Νοσηλευθέντες σε Νοσοκομεία Ηπείρου κατά τόπο διαμονής και θεραπευτήριο Νομού (Έτος 1995)</b>			
<u>Νομός</u>	<u>Μόνιμη διαμονή</u>	<u>Κατά θεραπευτήριο Νομού</u>	<u>Διαφορές</u>
ΑΡΤΑ	10.835	4.597	-5.761
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑ	7.369	3.361	-4.008
ΠΡΕΒΕΖΑ	9.602	5.722	-3.880
ΙΩΑΝΝΙΝΑ	23.222	42.107	+18.885
<u>Σύνολο</u>	<u>50.551</u>	<u>55.787</u>	

Ο Πίνακας 5 δείχνει τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών κατά το δημόσιο θεραπευτήριο για τους Νομούς και την Περιφέρεια της Ηπείρου με βάση τον τόπο διαμονής των ασθενών και τον τόπο των θεραπειών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του 1995 στην Περιφέρεια Ηπείρου νοσηλεύτηκαν 55.787 άτομα από τα οποία μόνιμοι κάτοικοι της Περιφέρειας ήταν 50.551. Η διαφορά των 5.236 ατόμων προέρχεται από μη μόνιμους κατοίκους της Ηπείρου και αφορά άτομα που κατοικούν σε όμορους Νομούς ή είναι αλλοδαποί, κυρίως από τη γειτονική Αλβανία.

Τέλος ο Πίνακας παρουσιάζει την ενδοπεριφερειακή νοσηλεία των ασθενών από τους νομούς Άρτας, Πρέβεζας και Θεσπρωτίας προς τα Ιωάννινα, τα οποία αποτελούν σημείο υποδοχής των ασθενών. Είναι χαρα-

κτηριστικό ότι τα δυο Νοσοκομεία των Ιωαννίνων δέχονται 19.000 περίπου ασθενείς από τους άλλους νομούς, δηλαδή το 44,8% των ασθενών τους, πράγμα που δείχνει τη σημαντική ανάπτυξη και το έργο το οποίο επιτελούν τα δυο Νοσοκομεία Ιωαννίνων και ιδιαίτερα το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, το οποίο μαζί με την Ιατρική Σχολή αναβάθμισε τη νοσηλευτική υποδομή της περιφέρειας.

Όλα αυτά τα στοιχεία δείχνουν την αυτοδυναμία της νοσηλευτικής υποδομής της Ηπείρου σε σχέση με τη ζήτηση για υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας-Τριτοβάθμιας Περίθαλψης.

Η εμφανιζόμενη διαπεριφερειακή μετακίνηση ασθενών από τα μικρότερα Νοσοκομεία Άρτας, Φυλιατών, Πρέβεζας, προς τα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων, φαίνεται να είναι δικαιολογημένη, λόγω του εξοπλισμού και στελέχωσης αυτών, στα οποία υπάρχουν και εξειδικευμένες Μονάδες Νοσηλείας που στερούνται τα μικρότερα. Η διακομιδή είναι σχετικά εύκολη.

Βέβαια υπάρχει ίσως και μικρή ροή ασθενών προς τα Κέντρα Αθήνας και Θεσσαλονίκης για περίθαλψη σε εξειδικευμένα Τμήματα ή Μονάδες, όπως για μεταμόσχευση οργάνων και μυελού, για ΚΡ/Χ, Ν/Χ, Αιματολογικά ή άλλα περιστατικά.

Είναι ενδιαφέρον το στοιχείο της σχέσης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην παροχή της νοσοκομειακής νοσηλείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ηπειρος ίσως είναι η μοναδική περιφέρεια της χώρας, μαζί με τα νησιά, όπου ο ιδιωτικός τομέας υγείας είναι ελάχιστος. Και αυτός αφορά κυρίως μαιευτικές υπηρεσίες, αφού από τους 55.787 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα θεραπευτήρια της Ηπείρου μόνο 1.028 ασθενείς, ποσοστό 1,8% νοσηλεύτηκε στον ιδιωτικό τομέα υγείας (Πίνακας 6).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

<b>Νοσηλευθέντες ασθενείς σε Ιδιωτικές Κλινικές κατά Νομό της Ηπείρου (Έτος 1995)</b>	
<u>Νομός</u>	<u>Αριθμός ασθενών</u>
ΑΡΤΑΣ	214
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	0
ΠΡΕΒΕΖΑΣ	343
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	471
<u>Σύνολο</u>	<i>1.028</i>

### 1.2.3 Στόχοι Βελτίωσης

Η επελθούσα ανάπτυξη – όπως εξηγείται από τα στοιχεία που παρουσιάσαμε – δεν σημαίνει ότι η κατάσταση είναι αυτή που αναμένει να έχει ο κάθε Ηπειρώτης.

Οι δείκτες και οι αριθμοί είναι διαφωτιστικοί, δεν είναι όμως ούτε στόχος αλλά και δεν πείθουν πάντα. Μπορεί να δείχνουν ότι υπάρχει επάρκεια κλινών ή γιατρών στην Ήπειρο, δεν δείχνουν όμως αν η παροχή υπηρεσιών ανταποκρίνεται πλήρως στις επιθυμίες του λαού.

Η επαρκής παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλο το φάσμα του Εθνικού Συστήματος, από τα Περιφερειακά (Αγροτικά) Ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας μέχρι τα Νοσοκομεία δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, δεν έχει φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο. Και προπαντός χωλαίνει στην παροχή αδιάκριτης περίθαλψης. Πολλοί είναι αυτοί που παραπονοούνται για διακρίσεις που υφίστανται, για έλλειψη ανθρώπινης προσέγγισης, για ποιότητα παροχών και αδυναμία πρόσβασης στο γιατρό ή το κέντρο που επιθυμούν. Οι λειτουργοί του ΕΣΥ, ακόμη και μέσα από τις

δυσκολίες που διαβιούν, θα πρέπει να προσβλέπουν σε παροχή φροντίδας και περίθαλψης με ανθρώπινο πρόσωπο και χωρίς διάκριση.

Τα Αγροτικά Ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία δεν γίνονται για να ικανοποιούνται οι λειτουργοί τους, αλλά για να είναι θεματοφύλακες της υγείας του πληθυσμού. Τα Αγροτικά Ιατρεία και τα Κ.Υ. θα πρέπει να είναι οι προφυλακές φροντίδας και προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρόληψης, ενώ τα Νοσοκομεία κέντρα ανακούφισης του ανθρώπινου πόνου, σωματικού και ψυχικού, και περίθαλψης χωρίς διακρίσεις. Η ποιότητα της περίθαλψης αποτελεί αναμφισβήτητα το βασικότερο στοιχείο για τον άρρωστο.

Η συνειδητή προσέγγιση των λειτουργών στον άνθρωπο-ασθενή και η καλή συμπεριφορά είναι πρώτιστο ιατρικό μέλημα και γι' αυτό ο γιατρός έχει δώσει όρκο ιερό. Οι γιατροί και κοντά σε αυτούς και οι νοσηλευτές είναι πρωταγωνιστές στο Σύστημα Υγείας κι ας μην αποδίδουν όλα τα προβλήματα στις ελλείψεις και σε αντικειμενικές δυσκολίες. Ας παρακολουθούν και ας συμβάλουν στις προσπάθειες ανάπτυξης και ας στρέφουν και λίγο την προσοχή στον ίδιο τους τον εαυτό πριν κρίνουν το Σύστημα.

#### **1.2.4. Πρωτοβάθμια περίθαλψη**

Περισσότερη έμφαση είναι ανάγκη να δοθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη. Τα Κ.Υ. αλλά και εκείνα του ΙΚΑ έχουν ανάγκη από αναβάθμιση. Είναι οι χώροι της εύκολης πρόσβασης και μπορεί να ανακόψουν σε μεγάλο βαθμό τη ροή των ασθενών στα Νοσοκομεία. Για την αναβάθμιση αυτή απαραίτητος είναι ο εξοπλισμός και η στελέχωση όπου δεν υπάρχει, τον σημαντικότερο όμως ρόλο θα παίζει ο ανθρώπινος παράγοντας. Ο πολυσυζητημένος θεσμός του οικογενειακού γιατρού, στον οποίο θα απευθύνεται κατά πρώτον ο πολίτης, είναι καιρός να υλοποιηθεί. Και φυσικά δεν νοείται ολοκληρωμένη η εικόνα στο θέμα

υγείας –πρόνοιας εάν δεν προστεθεί η οργάνωση φροντίδας των ατόμων τρίτης ηλικίας και η κοινωνική στήριξη των ασθενών ομάδων του πληθυσμού, όπως είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι χρήστες ναρκωτικών και εκείνων των πολιτών που βρίσκονται σε έκτακτη ανάγκη βοήθειας.

### **1.2.5. Η συμμετοχή του πολίτη**

Παράλληλα όμως με τα όσα ειπώθηκαν για το ζήτημα της περιφερειακής ανάπτυξης πολιτικής της Υγείας, είναι αναγκαίο να συμμετέχει ενεργά και ο πληθυσμός της περιοχής που ασκείται αυτή η πολιτική.

Η συμμετοχή του πολίτη στα όργανα που καθορίζουν την πολιτική της υγείας και τα κέντρα λήψης αποφάσεων, όπως είναι το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας & Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ), η Αυτοδιοίκηση, τα Νομαρχιακά Συμβούλια αντιπροσωπεύει αυτούς που δέχονται τις υπηρεσίες υγείας και που απαραίτητα πρέπει να έχουν γνώμη στη διαχείριση των υποθέσεων φροντίδας για την υγεία.

Όπως επίσης να εκφράζουν γνώμη για την κατάσταση των Ασφαλιστικών Ταμείων, για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, τεχνητό νεφρό, κ.ά.

### **1.2.6 Ιδιαιτερότητες**

Προκειμένου να γίνει σχεδιασμός για χρηματοδότηση της ανάπτυξης της Ηλείου, γενικότερα αλλά και ιδιαίτερα στο χώρο της Υγείας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιες ιδιαιτερότητες της Ηλείου, όπως είναι:

- ☞ Η παραμεθόρια γεωγραφική θέση των επαρχιών Φιλιατών, Πωγωνίου και Κονίτσης.
- ☞ Η μεγάλη απόσταση από τα Κέντρα.
- ☞ Η έλλειψη συγκοινωνιακής επικοινωνίας.
- ☞ Η ορεινή μορφολογία του εδάφους.



- ☞ Η τάση γήρανσης του πληθυσμού και η εγκατάσταση της υπαίθρου.
- ☞ Η χαμηλή παραγωγικότητα και η φτωχή επενδυτική προσπάθεια.
- ☞ Η ύπαρξη πολιτισμικού πλούτου και το φυσικό κάλλος των περιοχών της Ηπείρου.
- ☞ Η θέση της Ηγουμενίτσας στην πύλη της Ελλάδας από την Ευρωπαϊκή Ένωση.
- ☞ Η συνολική αναπτυξιακή προσπάθεια στο χώρο της Ηπείρου, με παράλληλη ανάπτυξη της πολιτικής υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο με την ενίσχυση και αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής, θα πρέπει να στοχεύει στην άρση της γεωγραφικής απομόνωσης και των ανισορροπιών της Ηπείρου, προϋπόθεση για τη γενικότερη ανάπτυξή της και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και αυτήν της Υγείας. Η προσπάθεια αυτή συνίσταται σε:

- \* παρεμβάσεις επικοινωνίας με οδικά δίκτυα (Εγνατία, Ιονία οδός, σύνδεση με Θεσσαλία και με Αλβανία) και σιδηροδρομική σύνδεση,
- \* εκμετάλλευση του φυσικού κάλλους, των πολιτιστικών θησαυρών και των πλεονεκτημάτων που απορρέουν από την οριακή θέση με την Αλβανία και την επικοινωνία με την Ε.Ε. δια της Ηγουμενίτσας.

### 1.2.7. Προτάσεις

Ειδικότερα για τη βελτίωση του τομέα υγείας-πρόνοιας, θα προτείναμε τα ακόλουθα για την αυτοδύναμη και ποιοτικά αναβαθμισμένη παροχή υπηρεσιών υγείας, στην Ήπειρο:

1. Ενίσχυση του ρόλου των ΠΕΣΥΠ, ως απαραίτητου ενδιάμεσου οργάνου σχεδιασμού μεταξύ Κεντρικής Διοίκησης και τοπικών υγειονομικών αναγκών.

2. Εξασφάλιση ισότιμης μεταχείρισης της Ηπείρου κατά την κατανομή των πόρων και των δυναμικών για τις υπηρεσίες υγείας, με κριτήρια την ανάγκη υγειονομικής κάλυψης σε όλο το φάσμα, από την πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα μέχρι τη δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη.
3. Δημιουργία κινήτρων για το ιατρικό προσωπικό, για την πλήρωση κενών θέσεων σε περιοχές με δυσμενείς οικονομικο-κοινωνικές συνθήκες.
4. Η συνεχής βελτίωση λειτουργίας και ο εκσυγχρονισμός των υπαρχόντων Νοσοκομείων με εξοπλισμό και ξενοδοχειακή βελτίωση με ανανεωμένους οργανισμούς λειτουργίας, με ανάπτυξη νέων Τμημάτων και Μονάδων άμεσης παρέμβασης (αυξημένης φροντίδας όπως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Εμφραγμάτων, Τεχνητού Νεφρού) και στα Νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης των Ιωαννίνων, ανάπτυξη όλων των εξειδικευμένων Τμημάτων, έτσι ώστε η Ήπειρος να καταστεί πλήρως αυτοδύναμη.
5. Η οργάνωση της Πληροφορικής στα Νοσοκομεία και της τηλεϊατρικής για την κάλυψη αναγκών σε απομακρυσμένες περιοχές, βελτίωση της αποδοτικότητας και καλύτερη διαχείριση.
6. Η βελτίωση λειτουργίας των Περιφερειακών Ιατρείων και των Κ.Υ. με έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με τη συνεργασία και της Αυτοδιοίκησης και άλλων φορέων.
7. Η καλλιέργεια και προαγωγή με κάθε δυνατό μέσο της συνειδησιακής ευθύνης των λειτουργών της υγείας προς μια περισσότερο ανθρώπινη προσέγγιση, με συμπόνια και

χαμόγελο, χωρίς διακρίσεις στους ασθενείς και για αναβαθμισμένη ποιοτικά παροχή υπηρεσιών υγείας.

8. Η ενεργότερη συμμετοχή του πληθυσμού στην πολιτική της υγείας δια των θεσμικών οργάνων και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του πολίτη στο χώρο της Υγείας.
9. Η ολοκλήρωση των μέτρων υγείας συμπεριλαμβάνει και την πρόνοια και ανάπτυξη υποδομής για κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα για άτομα τρίτης ηλικίας και ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (άτομα με ειδικές ανάγκες κ.ά.).
10. Οργάνωση υποδομής επείγουσας ιατρικής στην Ηγουμενίτσα.

*Εδώ ας σταθούμε λίγο περισσότερο.*

Η οργάνωση υποδομής παροχής επείγουσας Ιατρικής για την Ηγουμενίτσα, αποτελεί μια ιδιαιτερότητα, γιατί είναι η πύλη εισόδου στην Ελλάδα από τη Δύση και είναι απολύτως αναγκαία η ανάπτυξη υποδομής άμεσης και επείγουσας ιατρικής φροντίδας.

Αυτό είναι δυνατό να γίνει σε αναβαθμισμένο Κ.Υ. με παρουσία ειδικευμένων γιατρών ως λ.χ. στην Καρδιολογία και Ορθοπαιδική και ιδιαίτερα με την παρουσία Κινητής Μονάδας Επείγουσας Ιατρικής (ΕΚΑΒ), για την έγκαιρη παροχή φροντίδας επιπέδου Εντατικής Μονάδας και δυνατότητα διακομιδής σε κατάλληλο Νοσοκομείο.

Το Τμήμα Επείγουσας Ιατρικής του αναβαθμισμένου αυτού Κέντρου θα πρέπει να λειτουργεί υπό την εποπτεία του Γ. Ν. Ιωαννίνων. Τα επείγοντα περιστατικά, όσα δεν μπορεί να καλύψει το Νοσοκομείο Φιλιππών, που βρίσκεται σε απόσταση 17 χλμ. από την Ηγουμενίτσα, θα διακομίζονται στα Γιάννενα με ασφαλείς συνθήκες και γρήγορα, ιδιαίτερα μετά την αποπεράτωση της Εγνατίας οδού.

Η παρουσία στα Γιάννενα ακόμη και ελικοπτερόν για άμεση μεταφορά, θα συμβάλλει ίσως στην ταχύτερη διακομιδή από την περιφέρεια.

Κατ' αυτό τον τρόπο δημιουργείται στην Ηγουμενίτσα ένα άρτιο, ισχυρό και ευέλικτο δίκτυο άμεσης και επείγουσας ιατρικής επέμβασης, με την παρουσία ειδικευμένων γιατρών και εξοπλισμού κάλυψης των ζωτικών λειτουργιών, που θα είναι ικανό να διασφαλίζει την υγεία και τη ζωή σε κάθε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή τροχαίων ατυχημάτων.

Για την πραγματοποίηση αυτών των κέντρων, αλλά και όλων αυτών των που αναφέραμε, απαιτείται:

- Κατάλληλος σχεδιασμός
- Διάθεση πόρων
- Καθορισμός προτεραιοτήτων από τη Διοίκηση
- Συνειδητή αφοσίωση των λειτουργών της Υγείας.

**Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι:**

- 1) Τα τελευταία χρόνια έγινε σημαντική αναβάθμιση στη παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ήπειρο και μείωση της ανισοκατανομής στο υγειονομικό της σύστημα.
- 2) Η ανάγκη περαιτέρω βελτίωσης αποτελεί συνεχή προσδοκία, είναι εφικτή και αφορά:
  - α. εξοπλισμό με συνεχή ανακαίνιση και εκσυγχρονισμό
  - β. επαρκή στελέχωση των μονάδων υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία)
  - γ. δημιουργία Κέντρου Επείγουσας Ιατρικής στην Ηγουμενίτσα
- 3) Μεγάλη έμφαση να δοθεί στην πρωτοβάθμια Περίθαλψη
- 4) Ο ανθρώπινος παράγοντας για τη συνειδητή ανταπόκριση των λειτουργών της υγείας αποτελεί το κλειδί της επιτυχίας για κάθε προσπάθεια, αλλά γι' αυτό δεν υπάρχουν συνταγές. Η παιδεία και η καλλιέργεια της ιατρικής συνείδησης, απλώς βοηθούν, χωρίς όμως να είναι πάντα δυνατός ο έλεγχος.

- 5) Η διάθεση των πόρων για την υγεία είναι απολύτως απαραίτητη επένδυση για το μέλλον και την ανάπτυξη του τόπου, τη στιγμή μάλιστα που αφορά πληθυσμούς σε τόσο ευαίσθητες εθνικές περιοχές (Μήτσης 1999)<sup>2</sup>.

### 1.3 Τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία

Κατά κοινή αναγνώριση δεν υπάρχει σήμερα ένας γενικός ορισμός του (Εκπαιδευτικού) Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Οι ορισμοί διαφέρουν από χώρα σε χώρα εξαιτίας των εθνικών συστημάτων υγείας, των οργανωτικών τους μοντέλων, του τύπου χρηματοδότησης και των εκπαιδευτικών συστημάτων που υπάρχουν. Για πρακτικούς όμως σκοπούς, ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο είναι ένα νοσοκομείο που προσφέρει προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών.

Όπως και σε άλλες περιοχές του τομέα της υγείας, εξαιτίας της αυξανόμενης οικονομικής συμπίεσης, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία έπρεπε να είχαν εισαγάγει ανταγωνιστικούς μηχανισμούς της αγοράς, και αν πρόκειται να επιβιώσουν πρέπει επίσης να επιβάλουν και στρατηγικές περιορισμού των εξόδων τους. Είναι γνωστό μυστικό ότι τα νοσοκομεία αυτά έχουν μεγαλύτερο λειτουργικό κόστος για να εκπληρώσουν την αποστολή τους, δηλαδή την φροντίδα των ασθενών, επιπλέον της έρευνας και της ιατρικής εκπαίδευσης που έχουν αναλάβει.

Βασισμένοι στη βιβλιογραφία, μπορούμε να εντοπίσουμε ότι τα επιπλέον πρόσθετα έξοδα για τα νοσοκομεία αυτά κυμαίνονται μεταξύ 7-15% για τις ΗΠΑ και τη Βρετανία, 11-25% για την Γερμανία, 10% για την Γαλλία, 20% για την Ολλανδία, και περίπου 7% για την Ιταλία. Καθώς οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων και η ά-



ντληση συμπερασμάτων ποικίλουν ουσιαστικά από χώρα σε χώρα, δεν μπορούμε να κάνουμε σύγκριση ή να απαντήσουμε τελικά αποτελέσματα. Φαίνεται ότι η εκπλήρωση της αποστολής των πανεπιστημιακών νοσοκομείων οδηγεί οπωσδήποτε σε υψηλότερα κόστη παραγωγής.

Ποιος όμως ο ρόλος της εκπαίδευσης;

Η εκπαίδευση (εξειδίκευση) των εσωτερικών και των μόνιμων στελεχών του νοσοκομείου αποτελεί ανεκτίμητο δημόσιο αγαθό, που επηρεάζει την κοινωνία κατά ένα θετικό τρόπο. Η επιμόρφωση υψηλής ποιότητας και η εκπαίδευση των επαγγελματιών της υγειονομικής φροντίδας, η οποία ανταποκρίνεται σε κάποια πρότυπα ποιότητας, αποτελεί μια από τις λίγες εγγυήσεις που μπορούν να προσφέρουν οι δημόσιες αρχές στους «καταναλωτές», οι οποίοι είναι λιγότερο πληροφορημένοι από τους προμηθευτές υγειονομικής φροντίδας και, κατά συνέπεια, είναι περισσότερο ευάλωτοι.

Ένα από τα θέματα που πρέπει να συζητούνται, είναι κατά πόσο είναι αναγκαίο για τους νοσοκομειακούς γιατρούς να εκπαιδεύονται σε ιδρύματα που διεξάγουν κλινική έρευνα και περιθάλπουν περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις ασθενειών. Μπορούν αυτοί οι στόχοι να εκπληρωθούν και σε άλλα νοσοκομεία, των οποίων όμως ο χαρακτήρας διαφέρει από εκείνο των πανεπιστημιακών νοσοκομείων; Εδώ πρέπει να σημειώσουμε το γεγονός ότι η υψηλή ποιότητα και η επαρκής ιατρική εξειδίκευση (επιμόρφωση) των ιατρών πρέπει να γίνεται σε περιβάλλοντα που προσφέρουν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Επίσης η παρουσία ερευνητικών δραστηριοτήτων αποτελεί μια επιπλέον εγγύηση ότι η εξειδίκευση των γιατρών θα περιλαμβάνει τις πιο πρόσφατες επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις.



Ποια όμως είναι η σημασία της έρευνας;

Η έρευνα, και κυρίως η βασική έρευνα, είναι ένα δημόσιο αγαθό που είναι αφενός μη αποκλειόμενο, αφετέρου μη ανταγωνιστικό. Μια άλλη, επίσης πολύ σημαντική, λειτουργία της έρευνας που πρέπει να γίνει στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι ο προσδιορισμός των benchmarks (συγκριτικών αξιολογήσεων) για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, περιλαμβανομένων και των νέων ιατρικών τεχνολογιών.

Γι' αυτούς τους λόγους και για μερικούς άλλους ακόμη που δεν αναφέρονται εδώ, η έρευνα πρέπει να χρηματοδοτείται ξεχωριστά από τις άλλες λειτουργίες. Πρέπει να συγκρατείται επίσης, όπως έχουν παρατηρήσει πολλοί οικονομολόγοι, το γεγονός ότι η έρευνα που διεξάγεται από πανεπιστήμια επηρεάζει την οικονομία του κοινωνικού συνόλου, επειδή φέρνει την καινοτομία κοντύτερα στην τοπική βιομηχανία (και κυρίως τις επενδύσεις που γίνονται από τις φαρμακευτικές βιομηχανίες).

Παρ' όλ' αυτά, η εφαρμοσμένη έρευνα θα μπορούσε να ελέγχεται μερικώς από τους τυπικούς μηχανισμούς της ανταγωνιστικής αγοράς. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της παραγωγής και της πώλησης πατενταρισμένων ευρεσιτεχνιών ή ιδεών, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία μπορούν να ανταγωνιστούν άλλα δημόσια ή ιδιωτικά κέντρα έρευνας για την προσέλκυση των επενδύσεων της ιδιωτικής βιομηχανίας.

Επιπλέον, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι υπεύθυνα για τον προσδιορισμό του τι είναι ηθικό και τι όχι στην υγειονομική φροντίδα. Τα νοσοκομεία αυτά περιθάλλουν "κριτικά" τους ασθενείς τους, συχνά χρησιμοποιούν την πιο πρόσφατη και πιο προηγμένη τεχνολογία και εργαλεία της επιστήμης που διαθέτουμε, και έτσι βρίσκονται στην πρωτοπορία των συζητήσεων για την βιοηθική, όπως

επίσης πρέπει να πάρουν αποφάσεις οι οποίες θα εγγυώνται την ποιότητα ζωής και τον σεβασμό των ασθενών τους.

Είναι φυσικό ότι υπερασπιζόμαστε την κοινωνική επιταγή πως τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία θα πρέπει να συνεχίσουν να λειτουργούν με την εντολή που περιγράφηκε παραπάνω. Μια αποστολή η οποία είναι ασυμβίβαστη, στο μεγαλύτερο μέρος της, με τους ανταγωνιστικούς μηχανισμούς της αγοράς. Αλλά τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία πρέπει επίσης να υποστηρίζονται ικανοποιητικά για να παραμείνουν αυτόνομα, όπως επίσης και οι αρχές, οι οποίες τα χρηματοδοτούν, να έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τις τοπικές και τις εθνικές ανάγκες περίθαλψης, όπως τις καταλαβαίνουν αυτές: δηλαδή τον αριθμό και το μίγμα των γιατρών και των ειδικών που απαιτείται να εκπαιδευτούν, τον ορισμό της έρευνας και ανάπτυξης που ισχύει καλύτερα γι' αυτούς, και τα σχήματα και προγράμματα που ισχύουν για την περίθαλψη των ασθενών.

Αυτές οι ανάγκες γίνονται πολύ λίγο αντιληπτές από τους ακαδημαϊκούς και τους καθηγητές, οι οποίοι τείνουν να υπερασπίζονται την πρόοδο (της επιστήμης), δηλώνοντας ότι η επιστημονική ελευθερία και η απρόσκοπτη έρευνα είναι βασικές προϋποθέσεις γι' αυτή την πρόοδο.

Είναι τελικά εύκολο να πούμε ότι τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία πρέπει να υποστηρίζονται, αλλά σε μια περίοδο μειούμενων και περιορισμένων πόρων, πρέπει και τα ίδια τα νοσοκομεία να μπορούν να διατυπώνουν προτάσεις για τη μείωση της εξόδων περίθαλψης των ασθενών και των εξόδων έρευνας που χρειάζονται, για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, και για την εξασφάλιση των επιπλέον χρηματοδοτήσεων που απαιτούνται για τους παραπάνω σκοπούς. Δεν αρκεί πια να προσφέρουν οργανωτικά μοντέλα που βασίζονται σε αόριστες αρχές αποτελεσματικότητας και πολιτιστικών αξιών.

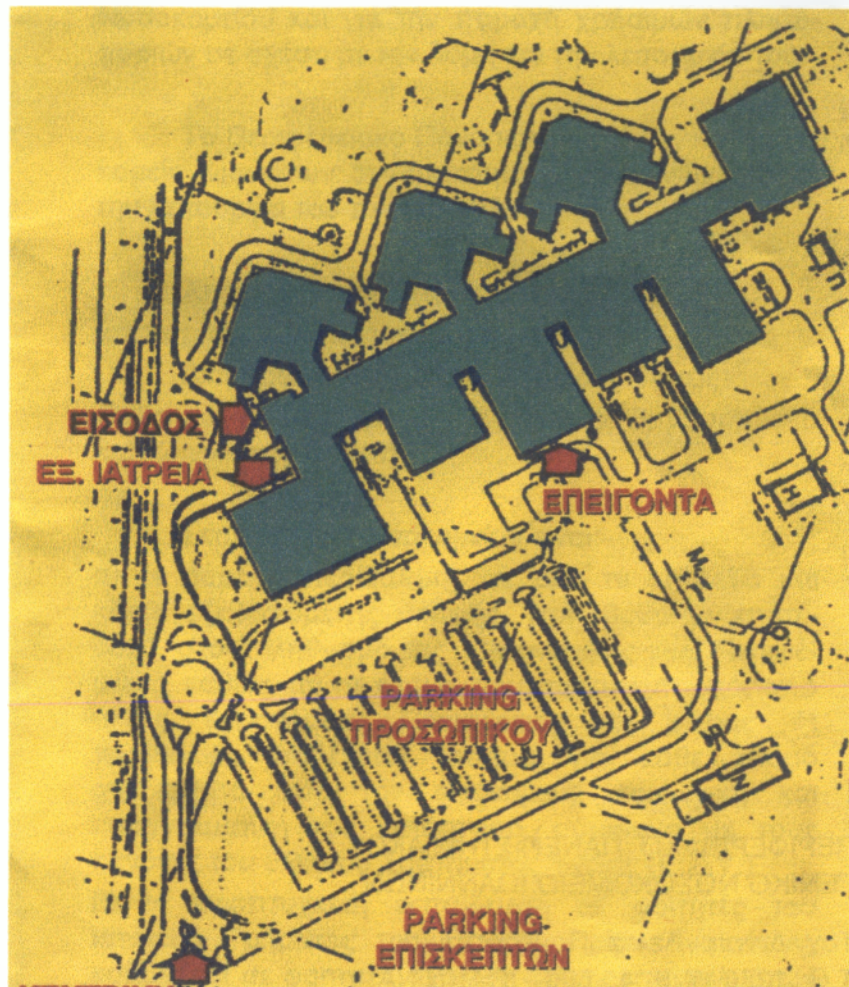
Σήμερα, αυτά τα μοντέλα πρέπει να αποδείξουν ότι είναι οικονομικά εφικτά και βιώσιμα (Zanetti, Montaguti, Fantini 1998)<sup>3</sup>.

#### 1.4 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων



Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων άρχισε τη λειτουργία του το έτος 1989 και έχει την έδρα του στην πόλη των Ιωαννίνων. Είναι δυναμικότητας 750 κλινών και αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Υπάγεται στο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας & Πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π.) Ηπείρου, που εδρεύει επίσης στην πόλη των Ιωαννίνων. Τέλος διοικείται από τον κ. Καραντώνη Ηλία (Manager).





Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

α) Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα και κύρια εξειδικευμένης μορφής (τριτοβάθμιου επιπέδου), στον πληθυσμό της Υγειονομικής Περιφέρειας, καθώς και σε άτομα που παραπέμπονται από άλλες Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας. Η περίθαλψη παρέχεται ισότιμα για κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματικά του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

β) Η προπτυχιακή εκπαίδευση σε φοιτητές του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, καθώς και σε φοιτητές σχολών άλλων επαγγελμάτων υγείας.

γ) Η ειδίκευση ιατρών και λειτουργών άλλων κλάδων υγείας με την ανάπτυξη και εφαρμογή αντίστοιχων εκπαιδευτικών προγραμμάτων

δ) Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της ιατρικής και των άλλων συναφών επιστημών. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα, αναπτύσσει επιστημονικές μελέτες και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς καθώς και με διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα

ε) Η συνεργασία με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της Υγειονομικής Περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά του έργου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα σε ό,τι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων που αφορούν τον χώρο της υγείας(βλ. Παράρτημα 1).

Το άνοιγμα των ελληνοαλβανικών συνόρων στις αρχές της δεκαετίας του '90 επέτρεψε στους Αλβανούς πολίτες να εισέλθουν κατά χιλιάδες στη χώρα μας. Το ελληνικό κράτος πρόνοιας ανταποκρίθηκε στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας των μεταναστών. Στις 18 Νοεμβρίου 1987 υπογράφηκε στα Τίρανα συμφωνία συνεργασίας μεταξύ των κυβερνήσεων των δύο χωρών. Μεταξύ των άλλων επετράπη η δωρεάν παροχή ιατρικής περίθαλψης στους πολίτες.

Σύμφωνα με την έρευνα του εργαστηρίου Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κατά το χρονικό διάστημα 1991-1999 στο Π.Γ.Ν.Ι., το οποίο δέχεται και τους περισσότερους αλλοδαπούς ασθενείς, νοσηλεύθηκαν συνολικά 16.046 αλβανοί υπήκοοι. Η μέση διάρκεια νοσηλείας αυτών ήταν περίπου οκτώ ημέρες ανά ασθενή, ενώ η αξία του υγειονομικού υλικού έφθασε στα 560 εκατ. δρχ. κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Επίσης η αξία των φαρμάκων για τους νο-

σηλευόμενους αλβανούς ασθενείς στο Π.Γ.Ν.Ι. έφθασε περίπου τα 500 εκατ. δρχ., ενώ το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν περίπου 100 εκατ. δρχ. Οι αλβανοί ασθενείς οι οποίοι επισκέφθηκαν από το '91 ως το '98 τα εξωτερικά ιατρεία του Π.Γ.Ν.Ι. ήταν 11.742. το κόστος περίθαλψής τους (κλινική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις) ανήλθε περίπου στο ποσό των 90 εκατ. δρχ.

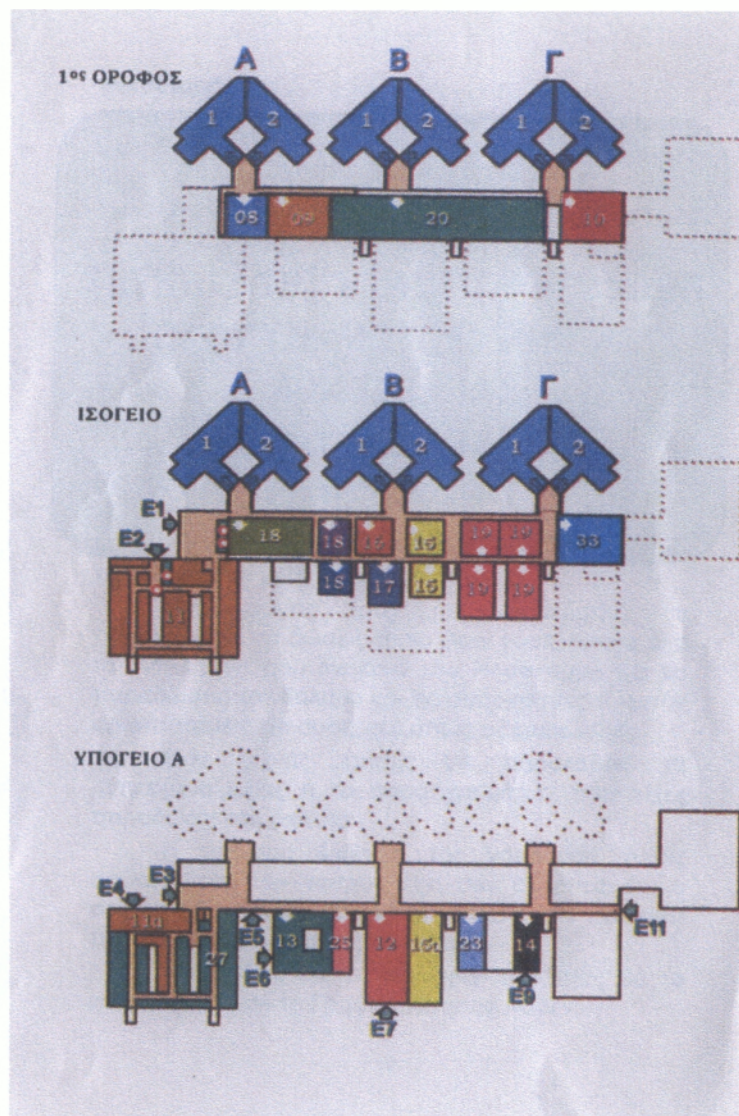
Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, το συνολικό κόστος των αλβανών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο Π.Γ.Ν.Ι. κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 έφθασε περίπου τα 10 δις. Δρχ (ΕΙΥΑΠΟΕ 2003)<sup>4</sup>.

Αυτή η προσφορά της Ελλάδας αναγνωρίζεται από όλον τον αλβανικό λαό και γι' αυτό ο πρόεδρος της αλβανικής Δημοκρατίας κ. Ρεζέιτ Μειντάνη τίμησε τα δύο νοσοκομεία των Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι και Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» με το ανώτατο βραβείο της Μητέρας Τερέζας. (ΤΟ "ΒΗΜΑ" 2000)<sup>5</sup>.

#### ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Όροφος	Α WARD		B WARD		Γ WARD	
	Αριστερά	Δεξιά	Αριστερά	Δεξιά	Αριστερά	Δεξιά
4ος	Νευρολογική	Δερματολογική			Νευρολογική	Παιδοοφθαλμική
3ος	Παθολογική Α	Παθολογική Β	Ω.Ρ.Λ	Ουρολογική	Χειρουργική Α	Χειρουργική Β
2ος	Πνευμονική	Γαστρεντερολογική	Νεφρολογική	Οφθαλμική	Ορθοπαιδική Α	Ορθοπαιδική Β
1ος	Μαιευτική Α	Μαιευτική Β	Γυναικολογική	Παιδονεφρική	Καρδιολογική	Θώρακος-Κερώτας
Ισόγειο	Παιδιατρική Α	Παιδιατρική Β	Ογκολογική	Λοιμοδόν Νόσων	Ψυχιατρική Α	Ψυχιατρική Β





**1<sup>ος</sup> ΟΡΟΦΟΣ**

- 08 Τμήμα Προώρων - Εντατ. Παρακολούθηση Νεογνών
- 09 Μαιευτικά Χειρουργεία
- 10 Μονάδα Εντατ. Παρακολούθησης &  
Μονάδα Εντατ. Παρακολούθησης Καρδιοπαθών
- 20 Γενικά Χειρουργεία - Ανάνημη

**ΙΣΟΓΕΙΟ**

- E1 Κυρία Είσοδος
- E2 Είσοδος Εξωτερικών Ιατρείων
- 11 Εξωτερικά Ιατρεία
- 18 Ακτινοδιαγνωστικό - Μαγνητικός Τομογράφος -  
Αιμοδυναμικό
- 16 Πυρηνική Ιατρική
- 17 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
- 15 Ακτινοθεραπεία
- 19 Διαγνωστικά Εργαστήρια  
(Βιοχημικό - Μικροβιολογικό - Αιματολογικό -  
Παθολογοανατομικό - Κυτταρολογικό κλπ)
- 33 Εστιατόριο - Καφετέρια

**ΥΠΟΓΕΙΟ Α**

- E3 Είσοδος Φοιτητών
- E4 Είσοδος Εξ. Ιατρείων Παιδιατρικής
- E5 Είσοδος Προσωπικού
- E6 Είσοδος Φυσικοθεραπευτηρίου
- E7 Είσοδος Εκτάκτων Περιστατικών
- E9 Είσοδος Νεκροτομείου
- E11 Είσοδος Τροφοδοσίας
- 11α Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιατρικής
- 27 Διοίκηση
- 13 Φυσικοθεραπευτήριο
- 25 Αιμοδοσία
- 12 Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών
- 15α Γραμμικός Επιταχυντής - Ακτινοθεραπεία
- 23 Φαρμακείο
- 14 Νεκροτομείο

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό Δημοσίων επενδύσεων

β) Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξέταστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών

γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία και

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις κ.λπ (βλ. Παράρτημα 1).

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ) απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

α) Ιατρική

β) Νοσηλευτική

γ) Διοικητική.

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Συμβουλίου Διοίκησης (Σ.Δ.) του νοσοκομείου.

Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από κλινικά και εργαστηριακά τμήματα και μονάδες του Ε.Σ.Υ. καθώς και από Πανεπιστημιακές Κλινικές, εργαστήρια και Μονάδες και διαρθρώνεται στους τομείς: Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό, Εργαστηριακό και Κοινωνικής Ιατρικής (βλ. Παράρτημα 2).

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε επτά (7) τομείς, που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα (βλ. Παράρτημα 2).

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Υποδιευθύνσεις:

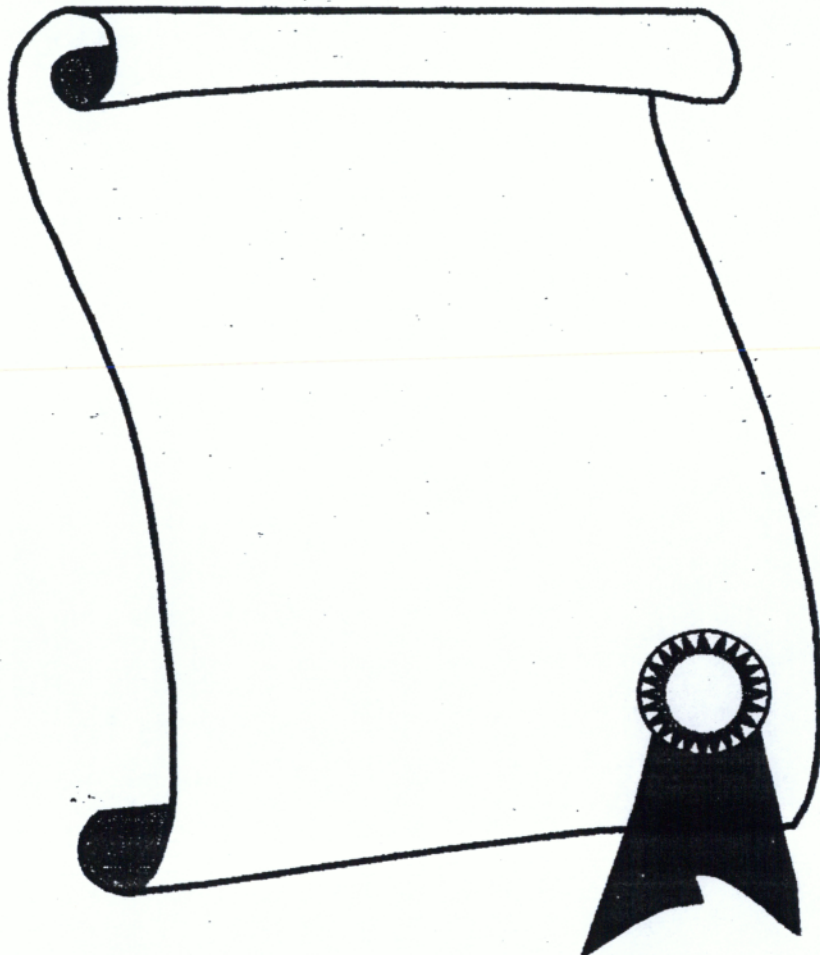
α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού

β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού

γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού.

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία (Βλ. Παράρτημα 2).

# ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

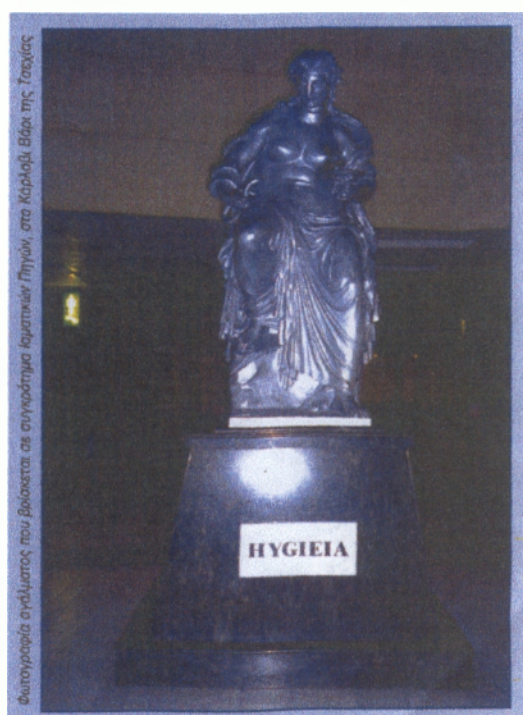
### ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

#### 2.1. Ποιότητα και Ικανοποίηση

##### 2.1.1 Ποιότητα Υγείας

Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ιστορικής του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας.

Έτσι λοιπόν, ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) είναι: «Υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. 1997)<sup>6</sup>.



Τι είναι όμως η ποιότητα;

Κατά καιρούς εγκεκριμένοι επιστήμονες προσπάθησαν να προσδιορίσουν τον ορισμό της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Άλλωστε ο ορισμός της είναι το πρώτο βήμα για τη μέτρηση της ύπαρξής της (Ράγια 1994)<sup>7</sup>. Έτσι, θεωρούν ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι:

✿ Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.

✿ Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της οικογένειά του) κατά τρόπο που ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα, όσο και το κόστος των υπηρεσιών.

✿ Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση. (Σιγάλας 1999)<sup>8</sup>.

Όμως πώς διασφαλίζεται η ποιότητα;

Η εφαρμογή του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να λάβει υπόψη του τα επικοινωνιακά δεδομένα της ομάδας των ανθρώπων που θα το εφαρμόσουν, ούτως ώστε να υπάρχει «ατμόσφαιρα» εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Η δημιουργία ενός προτύπου (model) είναι σημαντική αλλά περιλαμβάνει μόνο ένα μέρος της διαδικασίας. Η παρακίνηση όλων για δράση, η δημιουργία σταθερών που θα καθοριστούν και περιοδικά θα ελέγχονται, η ολοκλήρωση μέσα από τη διαδικασία (process) παροχής των υπηρεσιών υγείας και όχι η επιβολή πάνω στην υπάρχουσα δομή (structure), η

κατανόηση του ρόλου του καθενός από τους συμμετέχοντες είναι θέματα εξίσου σπουδαία.

Ο Wilson (1987) στο νοσοκομειακό του «μοντέλο» προτείνει συγκεκριμένα βήματα-στόχους για κάθε ομάδα του προσωπικού μέσα από μια μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών που πρέπει να καθοριστούν από:

Βήμα 1-συμφωνία και τοποθέτηση αποστολής και στόχων

Βήμα 2-συζήτηση με το προσωπικό-συμφωνία για το 1

Βήμα 3-δημόσια συμφωνημένοι στόχοι

Βήμα 4-ανακεφαλαίωση του τρόπου δράσης από τις επιμέρους ομάδες

Βήμα 5-απόφαση του θέματος που τίθεται από τις επιμέρους ομάδες

Βήμα 6-συμφωνία στην παρακολούθηση, τις μεθόδους και τη διάρκεια

Βήμα 7-έναρξη διαδικασίας

Ο σκοπός της εφαρμογής του παραπάνω σχεδίου είναι:

- Αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών που συμμετέχουν
- Ενθάρρυνση του πελάτη-ασθενή να μοιραστεί τις αποφάσεις
- Επίδραση σε άλλους χώρους που συνεργάζονται
- Αποδεκτά επαγγελματικά πρότυπα και στόχοι για να συνεισφέρουν όλοι
- Ενθάρρυνση όλου του προσωπικού στην έκφραση πρωτοβουλιών και στη στόχευση παροχής υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών
- Αναγνώριση/ανάπτυξη της διαδικασίας

Η εφαρμογή και ο έλεγχος (monitoring) ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει τους ακόλουθους 4 στόχους:

- Κλινικά «standards» (ποσοτικά και ποιοτικά)
- Καλό περιβάλλον (υπευθυνότητα)

- Ικανοποίηση ασθενών (ανταπόκριση)
- Ανάπτυξη του προσωπικού (ανάγκες)

Οι ασθενείς κυρίως ζητούν από τους επαγγελματίες υγείας:

- ☛ Να τους πληροφορούν επαρκώς
- ☛ Να μην τους δημιουργούν μεγαλύτερες προσδοκίες από όσα μπορούν να κάνουν για αυτούς

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υπηρετούν τις παρακάτω αρχές:

- Να κατανοούν το σκοπό εξέτασης-θεραπείας και την προσπάθεια επίτευξής της προς όφελος των ασθενών
- Να επιλέγουν μέθοδο, η οποία να αρμόζει στις ανάγκες του συγκεκριμένου πελάτη-ασθενή (Πολύζος 1995)<sup>9</sup>

Όμως τα προβλήματα που υπάρχουν στον τομέα υγείας οδηγούν το σύστημα σε υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζουν το σύστημα υγείας με έντονη δυσπιστία και δυσαρέσκεια. Σε μια πρόσφατη έρευνα, βρέθηκε ότι οι Έλληνες είναι οι περισσότερο δυσαρεστημένοι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται και που τις κρίνουν ανεπαρκείς, εκφράζοντας ταυτόχρονα το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από αυτές (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. 1997)<sup>10</sup>.

Υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών;

Γενικά η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιότητας (Μουμτζόγλου 1997)<sup>11</sup>. Άλλοι μελετητές δεν εξισώνουν την ικανοποίηση του ασθενή με την ποιότητα φροντίδας, προτείνοντας ότι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης μπορεί να είναι ενδεικτικά από «διαφορετικές πλευρές στην ποιότητα φροντίδας παρά διαφορετικά ποσά ικανοποίησης με το ίδιο πράγμα». Στη φροντίδα υγείας όπως σε κάθε εξυπηρέτηση εργασίας, ο έλεγχος ποιότητας είναι σημαντικό εξάρ-

τημα. Η ικανοποίηση του ασθενή παρά τις δυσκολίες μέτρησης είναι ένα άριστο μέτρο για την ικανότητα καθιέρωσης της παράδοσης υπηρεσίας ποιότητας. Ως μέρος των ικανοτήτων της βελτίωσής της, οι μελετητές μετρούν την ικανοποίηση ασθενών σε ποικίλες έγκυρες διαστάσεις, και ύστερα προσπαθούν να αναγνωρίσουν πια στοιχεία της παροχής υγείας είναι κλειδί στα αποφασιστικά ολικά επίπεδα της αντίληψης ικανοποίησης των ασθενών με τη φροντίδα. Εν κατακλείδι, διαφαίνεται καθαρά πως οι όροι ποιότητα-ικανοποίηση συσχετίζονται άμεσα ολοκληρώνοντας μάλιστα με τις αλληλεπιδράσεις τους, ο ένας τον άλλον. Επομένως για να είναι ο ασθενής ικανοποιημένος θα πρέπει να υπάρχει και η απαραίτητη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ποιος όμως ορίζει την ποιότητα, οι ασθενείς ή οι επαγγελματίες υγείας;

Το ερώτημα αυτό είναι πολύ δύσκολο να απαντηθεί διότι θεωρητικά αλλά και πρακτικά συμβάλλουν και τα δυο μέλη στον ορισμό της ποιότητας. Επειδή όμως ο όρος αυτός έχει αποδειχθεί πως είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ικανοποίηση του ασθενή τότε θα επιλεγθεί ως προσδιοριστής της ποιότητας ο ασθενής, ο οποίος ζητά:

- Φροντίδα για την επαναφορά σε αποδεκτό επίπεδο υγείας
- Επικοινωνία, πληροφόρηση για την αντιμετώπιση του προβλήματός του
- Ένδειξη ενδιαφέροντος για την επίλυση των υφισταμένων προβλημάτων

Στις τρεις αυτές γενικές κατηγορίες αναγκών του, που προσπαθεί να καλύψει ο ασθενής μέσα στη νοσηλευτική μονάδα, έχει τη δυνατότητα να βαθμολογεί υποκειμενικά το επίπεδο της ικανοποίησης που αποδέχεται. Αντίστοιχα, για να υπάρξει ανταπόκριση στις απαιτήσεις του ασθενή από πλευράς της νοσηλευτικής μονάδας, απαιτείται:



- Ύπαρξη επαρκούς και επιστημονικά εκπαιδευμένου προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού)
- Ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού Βιοϊατρικής τεχνολογίας η οποία είναι απαραίτητη για την ειδίκευση της νοσηλευτικής μονάδας.
- Ύπαρξη κατάλληλου ξενοδοχειακού εξοπλισμού-διατροφής
- Υψηλό επίπεδο καθαριότητας
- Διασφάλιση υψηλού επιπέδου επικοινωνίας

Εκείνο που είναι βέβαιο εξ' αρχής είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο η νοσηλευτική μονάδα αξιολογεί τους προαναφερθέντες παράγοντες από σειρά σπουδαιότητας, μπορεί να είναι διαφορετικός από τον τρόπο που ικανοποιείται ο ασθενής, στοιχείο που πρέπει να αναγνωρισθεί και να αντιμετωπιστεί από τη διοίκηση (Μπινιώρης 1995)<sup>12</sup>.

### 2.1.2 Ποιοτικό Νοσοκομείο

Οι προσδοκίες της σύγχρονης κοινωνικής οργάνωσης, οι απαιτήσεις των καταναλωτών «για καλύτερες υπηρεσίες», το πλαίσιο οδηγιών και χρηματοδοτήσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επέβαλαν στην αγορά υγείας μια νέα πελατοκεντρική αντίληψη, που εκφράζεται πλέον σε θεσμικό, νομικό επίπεδο.

Η βελτίωση, ωστόσο, της ανταγωνιστικότητας του Δημόσιου Τομέα Υγείας θα εξαρτηθεί, εν πολλοίς, από την αποτελεσματικότητα του «εμβόλιου ποιότητας» που επιχειρείται στα Νοσοκομεία, αλλά κυρίως από τις εξελίξεις σε δομικά συστατικά «του περιβάλλοντος υγείας», όπως π.χ. το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο εκσυγχρονισμός του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, που προμηθεύεται μεγάλο όγκο υπηρεσιών υγείας, σε χαμηλές τιμές κ.λ.π.

Όσοι από τους Managers είχαν την πρόθεση να εφαρμόσουν σταδιακά στα Δημόσια Νοσοκομεία, συστήματα Διοίκησης Ολικής Ποιότη-

τας (Total Quality Management) σύντομα διαπιστώσανε ότι πρόκειται για έναν τεχνοκρατικό βολонταρισμό. Υπολογίζεται ότι η εφαρμογή συστήματος Ολικής Ποιότητας στη χώρα μας θα μπορεί να έχει ολοκληρωμένη απόδοση στον ιδιωτικό τομέα σε 4-10 χρόνια και στο δημόσιο τομέα σε 12-20 χρόνια.

Οι συνθήκες επέβαλαν μια σημαντική περίοδο εφαρμογής Management by Objectives (MBO) με τη συνδρομή του Customer Relationship Management (CRM), εφόσον ενδιαφέρει να αποκτήσουν ταυτόχρονα μια αυξημένη γνώση της πελατειακής βάσης. Οι τεχνικές Διοίκησης άλλωστε που βελτιώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, είτε αφορούν στην ανάλυση του ανταγωνισμού ή των στατιστικό έλεγχο δεικτών ποιότητας, είτε αφορούν μελέτες ποιότητας/κόστους ή οριοθέτηση όταν πρόκειται για βελτίωση διαδικασιών παραγωγής, θα βοηθούν άμεσα πάντα την υπόθεση «ποιοτικό Νοσοκομείο», αποδίδοντας καθημερινά αποτελέσματα.

Η απόσταση όμως που μας χωρίζει από το ποιοτικό Νοσοκομείο, είναι η απόσταση που χωρίζει «το υψηλό κόστος, χαμηλής ποιότητας» που βρέθηκε, με «το χαμηλό κόστος υψηλής ποιότητας» των παρεχομένων υπηρεσιών που πρέπει να επιδιωχθεί.

Πρόκειται για μια διαδρομή που πρέπει να διανύσουν τέσσερις «δρομείς αντοχής», που πρέπει ωστόσο να τερματίσουν ταυτόχρονα, δηλαδή να είναι νικητές και οι τέσσερις:

- Οι Καταναλωτές υπηρεσιών υγείας
- Οι διοικήσεις των Νοσοκομείων
- Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας
- Οι προμηθευτές των Μονάδων Υγείας

Μ' άλλα λόγια ο αγώνας για την ποιότητα, χρειάζεται έμφαση στον πελάτη, εμμονή στην τεχνολογία (που θα μετασχηματίζει το σύστημα, από έντασης εργασίας, σε έντασης κεφαλαίου), έμφαση στο Man-

agement, συλλογικές συνειδήσεις εργαζομένων, υψηλού αισθήματος ευθύνης και απόδοσης, νέα συμπεριφορά των ασθενών που θα γνωρίζουν τις υποχρεώσεις τους και θα απαιτούν τα δικαιώματά τους, συνεργασία με τον προμηθευτή για καλύτερα προϊόντα και υπηρεσίες. Δηλαδή μια νέα κουλτούρα ποιότητας, που οδηγεί σε ικανοποιημένους ασθενείς, ευχαριστημένους εργαζόμενους και ένα δημόσιο Νοσοκομείο, σύγχρονο, ανταγωνιστικό, παραγωγικό, ελκυστικό.

Στην πραγματικότητα πρόκειται για μια κουλτούρα ποιότητας, που θα διαχέεται σ' όλο το σύστημα και θα συμβάλλει σε μια νέα ποιότητα του τρόπου ζωής, δικαιώνοντας όσους υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, είναι πρωτίστως πολιτισμικό θέμα.

Σήμερα ως ποιότητα έχει κατανοηθεί, η ικανοποίηση των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας, συγκεκριμένων πελατών, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ή οτιδήποτε ανταποκρίνεται ή ξεπερνάει τις προσδοκίες του καταναλωτή-ασθενή ή η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που προκύπτουν, σε μια διαδικασία περίθαλψης.

Από την παραπάνω ενδεικτική μόνο αναφορά σε ορισμούς ποιότητας, προκύπτει η εννοιολογική ταύτιση του Ποιοτικού Νοσοκομείου με την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών-ασθενών του. Αυτό σημαίνει ότι η ποιότητα δεν είναι κάτι αφηρημένο, είναι καθημερινή εμπειρία.

Το Νοσοκομείο, ως μονάδα παραγωγής υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζοντας συστήματα ποιότητας, μετεξελίσσεται δυνητικά σε Ποιοτικό Νοσοκομείο και κρίνεται κυρίως σε δυο άξονες:

Στον θεραπευτικό-νοσηλευτικό

Στον ξενοδοχειακό-εξυπηρετήσεων

Ως πεδίο εφαρμογής δεικτών ποιότητας ο θεραπευτικός-νοσηλευτικός άξονας μπορεί να συγκεντρώσει μετρήσεις που αφορούν:

- Ταχύτητα άμεσης επέμβασης

- Αποτελεσματικότητα διάγνωσης
- Αποτελεσματικότητα θεραπείας
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Αριθμός, κατηγοριοποίηση εγχειρήσεων
- Απόρρητος ιατρικός φάκελος κ.α.

Ο ξενοδοχειακός και εξυπηρετήσεων άξονας, μπορεί να συγκεντρώνει μετρήσεις που αφορούν:

- Κτιριακή υποδομή
- Προσβασιμότητα-χώροι στάθμευσης
- Χρόνο εξυπηρέτησης
- Αξιοπρεπή μεταχείριση
- Ύπνο, ανάπαυση
- Χώρος αναψυχής, περιβάλλον
- Υγιεινή σώματος
- Ποιότητα τροφών, σερβίρισμα γευμάτων κ.α.

Δείκτες ποιότητας σε μικρο-επίπεδο Νοσοκομείου, που μπορούν ωστόσο να επιδιώξουν την παρακολούθηση και αξιολόγηση δεδομένων και αποτελεσμάτων εκφράζοντας την θέση της καμπύλης παραγωγής ενός Νοσοκομείου, μεταξύ των άλλων μπορεί να είναι:

1. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη
2. Αναλογία κλινών ανά γιατρό
3. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη
4. Αναλογία παραϊατρικού προσωπικού ανά κλίνη
5. Αναλογία νοσηλευτών ανά γιατρό
6. Κόστη διάφορα
7. Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή και ανά κλίνη
8. Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή
9. Κόστος περιστατικών ανά κατηγορία νόσου
10. Κόστος ιατρικής πράξης

11. Λίστες αναμονής ανά κατηγορία νόσου
12. Ποσοστό περιστατικών που διακομίστηκαν σε άλλα νοσοκομεία
13. Ποσοστό περιστατικών που δεν έγιναν δεκτά για εισαγωγή
14. Συνολικές ημέρες νοσηλείας (σύνολο ή ανά κλινική)
15. Αριθμός εισαγωγών-νοσηλευομένων
16. Μέση διάρκεια νοσηλείας
17. Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών (πληρότητα)
18. Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευομένων
19. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης
20. Εισαγωγές-νοσηλευθέντες, ανά απασχολούμενο προσωπικό
21. Διάρκεια νοσηλευτικών παροχών ανά ασθενή (ημερήσια, ετήσια κ.λ.π.)
22. Αριθμός ειδικών εξετάσεων ή επεμβάσεων, ανά ασθενή και ανά κλινική.

Πολλοί από τους παραπάνω δείκτες παρακολουθούνται σήμερα στα νοσοκομεία, καταδεικνύοντας στην πράξη ότι η ποιότητα αποκτά και ποσοτική έννοια. Δηλαδή η ποιότητα είναι μετρήσιμη και ως τέτοια βελτιώνεται, εξελίσσεται. Άλλωστε αν ενδεχομένως έλλειπαν οι διαδικασίες της ποσοτικής μεθοδολογίας, οι θεωρίες των «γκουρού» των μοντέλων ποιότητας (Deming, Juran, κ.λ.π.), θα ήταν μόνο λόγια αλλά τα Ελληνικά νοσοκομεία χρειάζονται δουλειά, γνώσεις και ένα αποκεντρωμένο Σύστημα Ανάπτυξης.

Π.χ. η ιδέα του Juran «για τον εσωτερικό πελάτη», μπορεί να δώσει ένα πνεύμα συμμετοχής και παρακίνησης των εργαζομένων σε ένα Νοσοκομείο, άμεσα.

Με δυο λόγια διατυπώνει, ότι εκτός του γνωστού «εξωτερικού πελάτη» που πρέπει να ικανοποιηθεί, υπάρχει και ο «εσωτερικός πελάτης» στον οποίο μεταβάλλεται κάθε εργαζόμενος (σ' ένα Νοσοκομείο), απευ-



θυνόμενος στο συνάδελφό του για την ολοκλήρωση μέρους της εργασίας του, που πρέπει αμέσως να εξυπηρετηθεί με τον καλύτερο τρόπο. Όλοι οι «εσωτερικοί πελάτες» εργάζονται για την ικανοποίηση των «εξωτερικών πελατών», κάνοντας αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη την εργασία τους συνολικά.

Αν οι δείκτες ποιότητας, αποτελούν συνθετικό τμήμα της υγειονομικής πολιτικής ποιότητας, τα πρότυπα (standards) αποτελούν τον ακριβή προσδιορισμό του επιπέδου ενός δείκτη.

Σε μια Πυραμίδα Ποιότητας λοιπόν, τη βάση της καταλαμβάνει η τυποποίηση με την οποία πετυχαίνουμε να περιγράψουμε τα πρότυπα, χρησιμοποιώντας αντικειμενικά αποδεκτές μεθόδους. Αυτό μπορεί να γίνει από έναν Οργανισμό Υγείας που θα ορίσει καθορισμένα και συμφωνημένα πρότυπα θεσπίζοντας π.χ. τα εθνικά πρότυπα ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Πάνω από τη βάση, υπάρχει η πιστοποίηση/έλεγχος, που διενεργείται από έναν φορέα πιστοποίησης που βεβαιώνει ή όχι το βαθμό συμμόρφωσης, προς τις απαιτήσεις των συμφωνηθέντων προτύπων.

Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας υπάρχει η διαπίστευση (π.χ το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης) που ελέγχει και βεβαιώνει μέσω καθορισμένων διαδικασιών ότι ένα νομικό ή φυσικό πρόσωπο ασκεί ως διαπιστευόμενος φορέας συγκεκριμένο έργο, με αμεροληψία και επάρκεια.

Σημειώνουμε ότι η διαπίστευση στην Ελλάδα είναι προαιρετική και οι διαπιστευμένοι φορείς σχετική με την υγεία, ελάχιστοι.

Οι απαιτήσεις μιας διαρκούς πολιτικής ποιότητας σαν δομικό συστατικό του Συστήματος Υγείας, που θέλει να μεταρρυθμιστεί, υπερβαίνουν τη σημερινή δυναμική του.

Όταν ένα σύστημα βρίσκει χιλιάδες τρόπους για να κάνει «βήματα σημειωτόν» η πρόταση των οικονομολόγων Belasco και Stayr στο «Πέ-



ταγμα του βουβάλου»: αλλάξτε τα συστήματα για να αλλάξουν οι άνθρωποι, δείχνει τον μονόδρομο των επιλογών μας.

Αν επιλέξουμε την πολιτική της ήπιας ποιότητας « που δεν κοιτάει ρολόι», που δεν μαζεύει τα κόστη, που δεν ελέγχει της απώλειες, που δεν περιμένει αποδόσεις, που δεν απαιτεί αποτελεσματικότητα, που δεν στοχεύει μόνιμα στην ικανοποίηση των ασθενών, που δεν μετεξελλίσει το σύστημα σε ανταγωνιστικό, έχει χαθεί το παιχνίδι (Αθανασούλης 2003)<sup>13</sup>.

## 2.2 Βιβλιογραφικά ευρήματα

Οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών λειτουργούν σαν ένα σημαντικό και χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας και την εξασφάλιση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στη σημερινή κοινωνική πραγματικότητα η οποία δίνει προτεραιότητα στη γνώση, τη συμμετοχή και τις ανάγκες των ασθενών για ιατρική φροντίδα.

Καθώς τα νοσοκομεία έχουν αναλάβει τα τελευταία χρόνια πολλές και διαφορετικές αρμοδιότητες και λειτουργούν με ένα πολύπλοκο σύστημα οργάνωσης, είναι φανερό ότι έρευνες που αφορούν τις απόψεις του χρήστη-ασθενή από τη νοσοκομειακή του εμπειρία θα έχουν να προσφέρουν πολλά στη βελτίωση του συστήματος λειτουργίας των νοσοκομείων.

Οι έρευνες που παρουσιάζονται παρακάτω επικεντρώνονται στο να διερευνήσουν τις στάσεις των καταναλωτών υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία που μελετώνται (Κυριόπουλος και συνεργάτες 1993)<sup>14</sup>.

## ΠΡΩΤΗ ΕΡΕΥΝΑ

<b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:</b>	Κυριόπουλος Γ. & Συνεργάτες, 1993
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο. Επιλογή νοικοκυριών με απλή τυχαία δειγματοληψία από 15 Δήμους της Αθήνας.
<b>ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	175 νοικοκυριά από περιοχές-Δήμους της Αθήνας.
<b>ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:</b>	467 άτομα (221 γυναίκες & 246 άντρες) ηλικίας άνω των 15 ετών.
<b>ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτενάς Ε., Γεωργιούση Ε. (1993): Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα: 35-60.

Η έρευνα του Κυριόπουλου και των συνεργατών του (1993)<sup>14</sup> για την ικανοποίηση των ασθενών, αφορούσε 467 άτομα - μέλη- 175 νοικοκυριών από 15 περιοχές - δήμους της Αθήνας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ανώνυμο, κλειστό ερωτηματολόγιο και περιελάμβανε 40 κλειστές ερωτήσεις και 1 ανοιχτή (για το πρόσθετο ποσό στα έξοδα νοσηλείας).

Στόχος αυτής της έρευνας ήταν να μελετήσει την στάση των καταναλωτών υγείας ως προς:

α) τη νοσοκομειακή περίθαλψη (προσωπικό, συνθήκες διαμονής, ευκολίες, συμπεριφορές, υποδομή)

β) ως προς το κόστος νοσηλείας (έξοδα, πρόσθετη αμοιβή)

γ) ως προς την επιστημονική κατάρτιση και την συμπεριφορά των ελλήνων γιατρών και

δ) να αναδείξει τις προτάσεις τους για την βελτίωση του συστήματος περίθαλψης.

Τα συμπεράσματα από την έρευνα είναι τα εξής:

1. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υγείας είναι σχετικά υψηλός για τις ιατρικές (72%), νοσηλευτικές (61,1%) και θεραπευτικές υπηρεσίες και μέτριος ως χαμηλός για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες των νοσοκομείων.
2. Στο κόστος νοσηλείας περιέχεται και ένα πρόσθετο ποσό που πληρώνουν οι χρήστες, κυρίως στον χειρουργικό τομέα.
3. Οι περισσότεροι χρήστες πιστεύουν ότι τις δαπάνες νοσηλείας πρέπει να τις πληρώνει το κράτος και οι Κοινωνικοασφαλιστικοί φορείς.

### **ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΡΕΥΝΑ**

**ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:** Νιάκας Δ., Γναρδέλλης Χ., (2000)

**ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Παραδιδόταν κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο ένα ερωτηματολόγιο και επιστρεφόταν μέσω του ταχυδρομείου.

**ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας.

**ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:**300 άτομα.

**ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Ιατρική 2000, 77(5): 464-470.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (Ε.Α.Π.) και συγκεκριμένα από τους Νιάκα Δ. και Γναρδέλλη Χ. (2000)<sup>15</sup>. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες σε ένα γενικό περιφερειακό νοσοκομείο της Αθήνας.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο και το μέγεθος του δείγματος ήταν 300 άτομα. Το ερωτηματολόγιο παραδιδόταν κατά την έξοδο των ασθενών και επιστρεφόταν, απ' όσους το επιθυμούσαν, συμπληρωμένο μέσω ταχυδρομείου.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι ότι υπάρχει υψηλή ικανοποίηση ασθενών για τις ιατρικές (95%) και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και σαφώς μικρότερη ικανοποίηση για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες (55%). Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στο βαθμό ικανοποίησης παρατηρούνται ως προς δύο μεταβλητές, την ηλικία και τον τόπο διαμονής. Τα νεότερα άτομα, με ηλικία κάτω των 45 ετών και οι κάτοικοι του λεκανοπεδίου παρουσιάζονται με τα μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με τους ηλικιωμένους και τους διαμένοντες εκτός της περιοχής Αττικής.

### **ΤΡΙΤΗ ΕΡΕΥΝΑ**

<b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:</b>	Κτενάς Ε., Πανταζή Μ., Νάνος Π., Κυριόπουλος Γ. (1994).
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων
<b>ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καρδίτσας.
<b>ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:</b>	318 άτομα (153 γυναίκες & 165 άνδρες)
<b>ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Περ.Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 1995:45-48.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Κτενά και συνεργάτες (1994)<sup>16</sup> στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καρδίτσας κατά την περίοδο Απριλίου - Μαΐου 1994. Η έρευνα διεξήχθη με ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων και το μέγεθος του δείγματος ήταν 318 άτομα (153 γυναίκες και 165 άνδρες).

Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθούν οι απόψεις των καταναλωτών υγείας ως προς:

- Τη νοσοκομειακή περίθαλψη (προσωπικό, συμπεριφορές, υποδομή, συνθήκες διαμονής)
- Το κόστος νοσηλείας (έξοδα, πιθανή πρόσθετη αμοιβή).

- Τους έλληνες γιατρούς και γενικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Την καταγραφή πιθανών προτάσεων για βελτίωση του συστήματος περίθαλψης.

Συνοπτικά τα συμπεράσματα της έρευνας είναι:

- α) Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υγείας είναι υψηλός και για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες (80,5%) και για τις ιατρικές (82,4%).
- β) Υψηλός ο βαθμός ικανοποίησης για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες.
- γ) Για τη βελτίωση του συστήματος περίθαλψης προτείνουν (οι ασθενείς) την πλήρη κάλυψη των δαπανών από το κράτος και τον Ασφαλιστικό Οργανισμό, σε ποσοστό 26,2%
- δ) Στο κόστος νοσηλείας εισέρχεται και η πληρωμή κάποιου πρόσθετου ποσού (7,2%), στο οποίο πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και πιθανή περαιτέρω διερεύνηση, το οποίο φάνηκε να συσχετίζεται:
  - ι) με το φύλο και πληρώνεται συχνότερα κατά τη νοσηλεία των γυναικών.
  - ii) με τον χειρουργικό τομέα
  - iii) και με τα επείγοντα περιστατικά
- ε) Η γενική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα διαφοροποιείται μόνο ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη των νοσηλευομένων.

#### ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΡΕΥΝΑ

**ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:**

Δρ. Β. Παπανικολάου, Δρ. Ι. Σιγάλας  
(1995).



<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ερωτηματολόγιο και συνέντευξη σε εξερχόμενους ασθενείς.
<b>ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ.
<b>ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:</b>	531 άτομα (Π.Γ.Ν. Αθηνών) και 300 άτομα (ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης).
<b>ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Επιθεώρηση Υγείας, 56, Ιούλιος-Αύγουστος 1995, 248-256.

Η έρευνα του Παπανικολάου και Σιγάλα (1993)<sup>17</sup> πραγματοποιήθηκε στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, όπου το δείγμα της έρευνας ήταν 531 άτομα, και στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, όπου το αντίστοιχο δείγμα ήταν 300 άτομα. Η έρευνα έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου και με τη μέθοδο της συνέντευξης σε ασθενείς που έπαιρναν εξιτήριο. Η διάρκεια παραμονής των ασθενών στα δύο νοσοκομεία ήταν τουλάχιστον δύο ημέρες.

Σκοπός της έρευνας ήταν η περιγραφή ενός βασικού μοντέλου διανομής νοσοκομειακής φροντίδας, η καταγραφή των απόψεων των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών, οι οποίες μπορούν να "οδηγήσουν" στον σχεδιασμό βελτιώσεων, ο προσδιορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στην Ικανοποίηση ή Δυσaréσκείά τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και ο εντοπισμός των τομέων που χρειάζονται βελτίωση, όσον αφορά: τη νοσοκομειακή περίθαλψη Ιατρικού, Νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, την ποιότητα, αποτελεσματικότητα της περίθαλψης, το φυσικό περιβάλλον, τη διαθεσιμότητα, το κόστος της φροντίδας, την καταγραφή απόψεων-προτάσεων των ασθενών για τη φροντίδα που έλαβαν, καθώς και για τη βελτίωση του συστήματος Υγείας στη χώ-

ρα μας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιτρέπουν τη συναγωγή των εξής συμπερασμάτων:

α) Υψηλός βαθμός ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα (4.37).

β) Υψηλός βαθμός ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα (4.16).

γ) Μέτριος βαθμός ικανοποίησης για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες (άνεση, φωτισμός, επίπλωση, καθαριότητα, ωράριο επισκεπτηρίου) με ποσοστό 3.47.

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγινε με την πεντάβαθμη κλίμακα.

#### ΠΕΜΠΤΗ ΕΡΕΥΝΑ

<b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:</b>	Γιαννούτσος Χ., Πανουσόπουλος Η., Καραθάνος Β., Δημολιάτης Γ. (1990).
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ανώνυμα Ερωτηματολόγια 25 ερωτήσεων.
<b>ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα».
<b>ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:</b>	60 ασθενείς (28 άντρες και 32 γυναίκες) ηλικίας 15-82 ετών.
<b>ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Επιθεώρηση Υγείας, 47, Μάρτιος-Απρίλιος 1993, 111-114.

Η έρευνα του Γιαννούτσου και των συνεργατών του (1990)<sup>18</sup> πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα». Η έρευνα διεξήχθη με ανώνυμα ερωτηματολόγια 25 ερωτήσεων (κλειστών και ανοικτών), σε δείγμα 60 ασθενών ηλικίας 15-82 ετών, από τους οποίους οι 28 ήταν άντρες και οι 32 γυναίκες.

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών για τη λειτουργία, την οργάνωση και την ποιότητα της ιατρικής

περίθαλψης που προσφέρει το Νοσοκομείο «Γ. Χατζηκώστα».

Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν:

- ι) Υψηλή ικανοποίηση από το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό.
- ιι) Χαμηλή ικανοποίηση από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες.
- ιιι) Ικανοποίηση των ασθενών από την οργάνωση και λειτουργία του Νοσοκομείου.

## **ΕΚΤΗ ΕΡΕΥΝΑ**

<b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:</b>	Γ.Κυριόπουλος, Ε.Γεωργούση, Α. Γεννηματά, Ν. Μώκου, Μ. Σωμαράκη. (1990).
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ανώνυμο και κλειστό ερωτηματολόγιο.
<b>ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ελληνικά δημόσια νοσηλευτήρια.
<b>ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:</b>	17 δημόσια νοσηλευτήρια με δείγμα 583 ασθενείς.
<b>ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ιατρικό Βήμα, 13, Οκτώβριος 1990: 19-27.

Η έρευνα του Γ. Κυριόπουλου και των συνεργατών του (1990)<sup>19</sup> αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από 17 ελληνικά δημόσια νοσηλευτήρια. Αυτή η έρευνα βασίστηκε σε ανώνυμο και κλειστό ερωτηματολόγιο με 24 ερωτήσεις σε διάφορες παραμέτρους της νοσοκομειακής λειτουργίας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, θεραπευτική αγωγή, πληροφόρηση, ατμόσφαιρα και οργάνωση του θαλάμου, καθαριότητα, τροφή, χώροι υγιεινής, τηλέφωνα κ.τ.λ.) με δείγμα 583 ασθενείς.

Τα κύρια ευρήματα είναι τα ακόλουθα:

1. Υψηλό επίπεδο του δείκτη ικανοποίησης (πολύ ικανοποιημένοι και ικανοποιημένοι): για τις συνολικές υπηρεσίες (0,77), τους γιατρούς (0,83), τις νοσηλεύτριες (0,80) και τη θεραπευτική αγωγή

(0,83).

2. Χαμηλό επίπεδο του δείκτη ικανοποίησης: για την κατάσταση του θαλάμου (0,59), τους χώρους υγιεινής (0,52), την τροφή (0,65), την τηλεφωνική επικοινωνία (0,43) και για το περιβάλλον και την ατμόσφαιρα (0,51) του θαλάμου νοσηλείας.
3. Σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης για διάφορες παραμέτρους μεταξύ των περιοχών της χώρας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Επαρχία).

#### **ΕΒΔΟΜΗ ΕΡΕΥΝΑ**

<b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:</b>	Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ (Ένωση Καταναλωτών και Ποιότητας Ζωής) (1999).
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ερωτηματολόγιο
<b>ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Πολίτες από όλη την Ελλάδα.
<b>ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:</b>	59 νοσοκομεία
<b>ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ιατρικός Τύπος, Ιανουάριος 1999:4-7

Στην έρευνα της Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ (Ένωση Καταναλωτών και Ποιότητας Ζωής) (1999)<sup>20</sup> εξετάστηκαν 59 νοσοκομεία της επικράτειας. Η έρευνα διεξήχθη με ερωτηματολόγιο και αφορούσε προβλήματα σχετικά με την εσωτερική οργάνωση των νοσοκομείων, την προθυμία του προσωπικού και την καθαριότητα.

Τα ευρήματα αυτής της σημαντικής έρευνας ήταν τα εξής:

- α) Το 50% των ερωτώμενων θεωρούν την καθαριότητα κακή, καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασης σε κάποιο νοσοκομείο.
- β) Η δυνατότητα επικοινωνίας με το προσωπικό του νοσοκομείου είναι δυσχερής.
- γ) Θεωρήθηκαν ανύπαρκτες οι συνθήκες φύλαξης στα εξεταζόμενα νοσοκομεία, καθώς και ανύπαρκτος ο έλεγχός τους.

## ΟΓΔΩΗ ΕΡΕΥΝΑ

- ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:** Μ. Παπαδημητρίου και συνεργάτες (1996).
- ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Ερωτηματολόγιο - μέθοδος συνέντευξης - κλειστού τύπου ερωτήσεις.
- ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Τρία νοσοκομεία του Νομού Αχαΐας, τρία του Νομού Θεσσαλονίκης και τρία του Νομού Πέλλας.
- ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:** 334 ασθενείς.
- ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Νοσηλευτική, 1998, (3): 251-268.

Η έρευνα του Παπαδημητρίου Μ. και των συνεργατών του (1996)<sup>21</sup> πραγματοποιήθηκε σε τρία νοσοκομεία του Ν. Αχαΐας, σε τρία Νοσοκομεία του Νομού Θεσσαλονίκης και σε τρία Νοσοκομεία του Νομού Πέλλας. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 334 ασθενείς. Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε με κλειστού τύπου ερωτήσεις και η συμπλήρωσή του έγινε με τη μέθοδο της συνέντευξης. Σκοπός της έρευνας ήταν να μετρηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα εξής:

1. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών (82,5%) πιστεύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φέρει μαζί του τα προσωπικά του προβλήματα, με συνέπεια να επηρεάζεται μερικές φορές αρνητικά η συμπεριφορά του προς τους ασθενείς.
2. Ποσοστό 90,9% των ασθενών πιστεύει ότι με το φιλοδώρημα μπορούν να εξασφαλίσουν προσεγμένη και εξατομικευμένη φροντίδα, ενώ το 93% των ασθενών θεωρεί τη χειρονομία αυτή ως απαράδεκτη και εμπίπτει στα όρια της εκμετάλλευσης.
3. Ποσοστό 33,6% των ασθενών αποδίδει την κακή ποιότητα νοση-



λευτικής φροντίδας στις χαμηλές αποδοχές του νοσηλευτικού προσωπικού.

4. Οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα σε ποσοστό 61,3%.

## **ΕΝΑΤΗ ΕΡΕΥΝΑ**

<b>ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:</b>	Σ. Δρίτσα, Γ. Χατζηγεωργίου, Α. Φωτιάδου, Σ. Γούλας, Δ. Χαλκιαδάκη, Ε. Δήμα, Α. Ακάσογλου, Κ. Κεχαγιόγλου (1994).
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Ανώνυμο ερωτηματολόγιο
<b>ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» του Ε.Ε.Σ. (Παθολογικός και Χειρουργικός Τομέας).
<b>ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:</b>	300 ασθενείς (156 άρρενες & 144 θήλειες), μέσης ηλικίας 68,3 χρόνων.
<b>ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:</b>	Επιθεώρηση Υγείας, 27, Μάρτιος - Απρίλιος 1994: 123-127.

Η σημαντική έρευνα του Σ. Δρίτσα και των συνεργατών του (1994)<sup>22</sup> πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» του Ε.Ε.Σ. (Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού) και συγκεκριμένα στον Παθολογικό και Χειρουργικό Τομέα του Νοσοκομείου.

Η έρευνα διεξήχθη με ανώνυμα ερωτηματολόγια σε δείγμα 300 ασθενών από τους οποίους 156 ήταν άντρες και 144 γυναίκες.

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να μετρηθεί κυρίως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο, από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ήταν:

1) Η εξυπηρέτηση και η συμπεριφορά του Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Διοικητικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ήταν

καλή στο 94,3%, 91,7%, 92,3% αντίστοιχα.

2. Το 48% των ασθενών ζήτησαν απεριόριστο επισκεπτήριο.

3) Το 81,3% χαρακτήρισαν καλό το φαγητό.

4) Τις συνθήκες καθαριότητας τις χαρακτήρισαν καλές το 82,3% των ασθενών.

5) Μόνο το 19,7% γνώριζαν την ύπαρξη Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Νοσοκομείο.

6) Το 38,3% θα επιθυμούσε να νοσηλευτεί στο εξωτερικό.

### **ΔΕΚΑΤΗ ΕΡΕΥΝΑ**

**ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:** Ινστιτούτο Πολιτικών, Οικονομικών και Κοινωνικών ερευνών (Γ. Υφαντόπουλος) και Κέντρο Έρευνας και Προαγωγής Υγείας της Interamerican ( Ε. Χατζηανδρέου).

**ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

**ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Ιατρικός Τύπος, αριθμός φύλλου 228, Ιούλιος 2000:7.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Πολιτικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Ερευνών (2000)<sup>23</sup>, υπό την εποπτεία του καθηγητή κ. Γιάννη Υφαντόπουλου και σε συνεργασία με το Κέντρο Ερευνών και Προαγωγής Υγείας της Interamerican, που διευθύνει η γιατρός κ. Εύη Χατζηανδρέου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας:

1. Στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας καταφεύγουν οι περισσότεροι ασθενείς όταν τους προκύπτει ένα σοβαρό, έκτακτο ή χρόνιο, πρόβλημα υγείας. Ωστόσο επιλέγουν τους ιδιώτες γιατρούς για μικροαρρώστιες ή μικρές ενοχλήσεις.
2. Το 12% του συνόλου των ερωτηθέντων είχε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο (τρεις στους τέσσερις) ή ιδιωτική κλινική (ένας στους τέσ-

σεις) τα τελευταία δύο χρόνια.

3. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στις ιδιωτικές κλινικές ήταν 3,5 μέρες, ενώ στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 9 μέρες. Η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί στις διαφορές χρηματοδότησης των ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων, στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας από τα δημόσια νοσοκομεία, αλλά και σε νοσηλεία περιστατικών με μεγαλύτερη βαρύτητα. Εντούτοις είναι ένα μικρό δείγμα της σπατάλης πόρων και κλινών που γίνεται στα δημόσια νοσοκομεία.
4. Τον ιδιωτικό τομέα προτιμούν τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και σχετικά υψηλότερο εισόδημα.
5. Το 70% των ερωτηθέντων δεν έχουν κάνει προληπτικές εξετάσεις τους τελευταίους 12 μήνες.
6. Σε ό,τι αφορά εκείνους που έκαναν εξετάσεις, ποσοστό 26%, ένας στους δύο το έκανε με δική του πρωτοβουλία, ένας στους τρεις στο πλαίσιο τακτικού ελέγχου και μόνο ένας στους οκτώ ύστερα από προτροπή γιατρού.
7. Το 43% δήλωσε ότι καπνίζει συστηματικά κάθε μέρα, με μέση ημερήσια κατανάλωση τα 25 τσιγάρα την ημέρα. Η υψηλότερη κατανάλωση (29 τσιγάρα την ημέρα) συναντάται στις ηλικίες 46-65 ετών, οπότε φτάνει το 41,5%.
8. Μόνο το 30% -δηλαδή ένας στους τρεις- απάντησε ότι γυμνάζεται, ενώ το 70% δεν γυμνάζεται καθόλου. Αλλά και απ' αυτούς που απάντησαν ότι γυμνάζονται, το 26% δήλωσε ότι γυμνάζεται μόνο μία φορά την εβδομάδα, το 46% δύο φορές την εβδομάδα και μόνο το 28% απ' αυτούς γυμναζόταν δύο-τρεις φορές την εβδομάδα ή και καθημερινά.
9. Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένας καλός γιατρός είναι:
  - ✓ Να έχει κάνει καλές σπουδές (35,4%).

- ✓ Να κάνει σωστή διάγνωση ( 29,7%)
- ✓ Να είναι φιλικός (29,2%)
- ✓ Να είναι τίμιος (17,5%)
- ✓ Να είναι ανθρώπινος (16,4%)
- ✓ Να είναι προσιτός (8,2%)
- ✓ Να έχει προηγούμενη εμπειρία
- ✓ Να διαθέτει χρόνο
- ✓ Να δίνει τη σωστή θεραπεία.

### ΕΝΔΕΚΑΤΗ ΕΡΕΥΝΑ

**ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ:** Ευρωβαρόμετρο και London School of Economics (2001)

**ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Ερωτηματολόγιο.

**ΠΗΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:** Ιατρικός Τύπος, αριθμός φύλλου 236, Μάρτιος 2001:1

Το Ευρωβαρόμετρο σε συνεργασία με το London School of Economics(2001)<sup>24</sup> πραγματοποίησαν μια ευρωπαϊκή έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν από τον καθηγητή Δημόσιας Υγείας στο London School of Economics Ηλία Μόσιαλο κατά τη διάρκεια εκδήλωσης για τον ένα χρόνο λειτουργίας του Α' Περιφερειακού Συστήματος Υγείας Αττικής.

Τα ευρήματα των ερευνών ήταν:

- 1) Ποσοστό 27,9% των ελλήνων δηλώνουν απογοητευμένοι από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). αντίθετα, το 3% θεωρεί ότι οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα δεν χρειάζονται καμιά αλλαγή.
- 2) Οι έλληνες ανησυχούν για τη λειτουργία του Υγειονομικού Συστήματος της χώρας σε ποσοστό 13,2%, έναντι του 9,6% του ευρωπαϊκού μέσου όρου.
- 3) Τέσσερις στους δέκα Έλληνες υποστηρίζουν ότι θα πρέπει το σύ-

στημα υγείας να είναι η πρώτη προτεραιότητα της κυβέρνησης για χρηματοδότηση, όταν ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 3 στους 10.

- 4) Το 48,2% των ελλήνων διαφωνούν με την άποψη ότι οι νέοι θα πρέπει να τυγχάνουν καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης από τους ηλικιωμένους, ενώ με την άποψη αυτή διαφωνούν το 72,6% των ευρωπαίων.
- 5) Έξι στους δέκα Έλληνες πιστεύουν ότι η κυβέρνηση έχει τη δυνατότητα να δαπανά χρήματα για τις τελευταίες εξελίξεις στη βιοϊατρική τεχνολογία και τα νεότερα φαρμακευτικά σχήματα, σε αντίθεση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, καθώς μόνο το 45,8% των Ευρωπαίων είναι σύμφωνοι με αυτό.

Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν πιο πάνω, τα ευρήματα της έρευνας της Ένωσης Καταναλωτών και Ποιότητας Ζωής (Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ.) (1999) και του London School of Economics (2001) έδειξαν ότι δεν υπάρχει ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα ο Παπαδημητρίου (1996) παρατήρησε τη δυσανεμία από την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, πάνω στο οποίο περιορίστηκε η έρευνα.

Αντίθετα, τα ευρήματα των Κτενά (1994), Δρίτσα (1994), Παπανικολάου (1993), Κυριόπουλου (1990, 1993), Νιάκα (2000), Γιαννούτσου (1990) και Υφαντόπουλου (2000), έδειξαν ότι υπάρχει ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα νοσοκομεία. Ειδικότερα οι Κτενάς (1994) και Δρίτσας (1994) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει υψηλή ικανοποίηση από όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι Κυριόπουλος (1990, 1993), Νιάκας (2000), Γιαννούτσος (1990) και Παπανικολάου (1995) έδειξαν ότι υπάρχει υψηλή ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και χαμηλή ικανοποίηση από την ξενοδο-



χειακή υποδομή. Τέλος, ο Υφαντόπουλος (2000) παρατήρησε μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες.

### 2.3 Θεωρητικές Προσεγγίσεις

Στην προσπάθεια των ερευνητών να συγκεκριμενοποιήσουν την αφηρημένη, αλλά πλούσια σε περιεχόμενο ιδέα της ικανοποίησης των ασθενών παρατηρείται, στα ευρήματα της βιβλιογραφικής διερεύνησης, μια ποικίλη καταγραφή εννοιών και ορισμών. Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρονοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχονται. Για να γίνει λοιπόν πιο κατανοητός ο όρος της ικανοποίησης καθώς και των στοιχείων που τον αποτελούν, θα πρέπει να αναφερθούν και να μελετηθούν κάποιοι επιπλέον παράγοντες οι οποίοι όμως συγκεκριμενοποιούνται στην προσωπικότητα του ατόμου.

Οι παράγοντες αυτοί θα αναπτυχθούν μέσω θεωρητικών μοντέλων τα οποία θα εμπλουτίσουν το εννοιολογικό περιεχόμενο της έρευνας και θα βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση της ιδέας της ικανοποίησης.

Τα θεωρητικά μοντέλα αυτά δίνουν έμφαση στην ιεράρχηση των αναγκών, μέσω της θεωρίας της υποκίνησης, καθώς και σε θεωρίες προσέγγισης της ψυχολογίας στο χώρο της υγείας.

Η κλασική θεωρία της υποκίνησης αναπτύχθηκε στις αρχές του 1900 από τον Maslow.

Δυο είναι οι βασικές θέσεις της θεωρίας της υποκίνησης του Maslow: Οι άνθρωποι είναι όντα με επιθυμίες και οι ανάγκες τους καθορίζονται από αυτά που ήδη έχουν. Η συμπεριφορά τους επηρεάζεται μόνο από τις ανάγκες τους εκείνες που δεν έχουν ικανοποιηθεί ακόμη.

Οι ανάγκες του ατόμου ιεραρχούνται ανάλογα με τη σημασία τους. Μόλις ικανοποιηθεί μια ανάγκη αναφαίνεται κάποια άλλη που επιζητεί ικανοποίηση.

Ο Maslow λοιπόν κατέταξε με ιεραρχική σειρά τις ανθρώπινες ανάγκες σε πέντε επίπεδα ως εξής:

**Φυσιολογικές:** δηλαδή βασικές ανάγκες για διαβίωση: τροφή, ενδυμασία, στέγη.

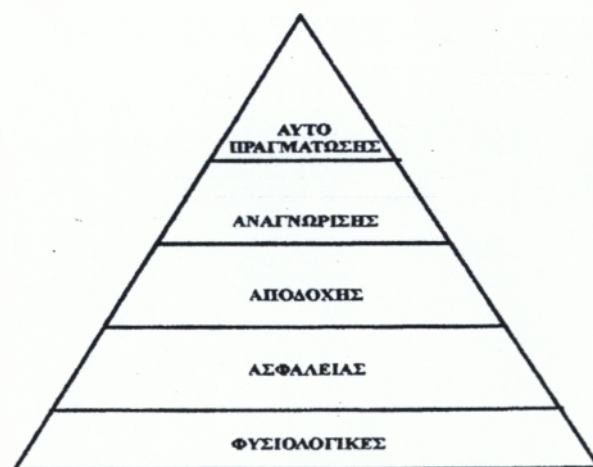
**Ασφάλειας:** δηλαδή ανάγκη σιγουριάς για μη μελλοντική ικανοποίηση των βασικών φυσιολογικών αναγκών.

**Κοινωνικές (ή αποδοχής):** δηλαδή ανάγκη να ανήκει και να γίνεται αποδεκτός από τις διάφορες κοινωνικές ομάδες.

**Εκτίμησης (ή αναγνώρισης):** δηλαδή η ανάγκη για αναγνώριση και σεβασμό από τους άλλους.

**Αυτοπραγμάτωσης:** δηλαδή η μεγιστοποίηση του δυναμικού που έχει αξίας για κάθε άνθρωπο, όποιο και αν είναι, και που οδηγεί στην αυτοδικαίωσή του.

Η ιεράρχηση των αναγκών ενός ανθρώπου κατά τον Maslow περιγράφεται στον πίνακα 1. Για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες ανωτέρου επιπέδου πρέπει προηγουμένως να ικανοποιηθούν οι κατώτερου επιπέδου ανάγκες.



Η πυραμίδα των αναγκών του Maslow

Κατά τον Maslow οι άνθρωποι τείνουν να ικανοποιήσουν πρώτα τις φυσιολογικές τους ανάγκες και αφού ικανοποιήσουν αρκετά τις ανάγκες αυτές, παρατηρείται ότι η συμπεριφορά τους προσανατολίζεται στην προσπάθεια για ικανοποίηση των αμέσως επόμενων αναγκών (δηλαδή ανάγκες ασφάλειας, κοινωνικές, κ.ο.κ.). Έτσι κατευθύνεται πάντα η ανθρώπινη συμπεριφορά από την κάλυψη αναγκών χαμηλού επιπέδου στην ικανοποίηση αναγκών υψηλότερου επιπέδου.

Παρατηρώντας λοιπόν την πυραμίδα του Maslow, διαφαίνεται η άμεση σύνδεσή της με τις ανάγκες υγείας του ατόμου αφού η υγεία καλύπτει όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχοκοινωνική του ευεξία (Καρανάσιος 1999)<sup>25</sup>.

Η επόμενη θεωρητική προσέγγιση έχει ως σκοπό να διερευνήσει το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση της αρρώστιας, στην εξέλιξή της και στη διατήρηση της υγείας.

Η μελέτη της ψυχολογίας των ασθενών στον τομέα αυτό είναι πολύ σημαντική γιατί ο κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και η προσωπικότητά του πολυδιάστατη με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο την κατάσταση της ασθένειάς του.

Ο ρόλος της ψυχολογίας του ασθενή στη διαμόρφωση της θετικής ή αρνητικής ικανοποίησής του από τον τομέα της υγείας θα καθορισθεί μέσω της διερεύνησης των δυο βασικών προσεγγίσεων που έχουν αναπτυχθεί σε θέματα υγείας και αρρώστιας.

Οι δυο βασικές προσεγγίσεις εντοπίζονται:

- 1) Στο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας.
- 2) Στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, που αποτελεί μια νέα προσέγγιση.

Η σχέση μεταξύ ψυχής και σώματος από τα πολύ παλιά χρόνια αποτελούσε ένα θέμα αντιπαράθεσης μεταξύ φυσιολόγων και φιλοσόφων. Ο Ιπποκράτης θεωρούσε ότι ο οργανισμός κάθε αρρώστου αντιδρά στη νόσο διαφορετικά και επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο ζωής του ατόμου.

Σύμφωνα με το Γάλλο φιλόσοφο Καρτέσιο, η ψυχή αποτελούσε μια ξεχωριστή οντότητα, παράλληλη με το σώμα, αλλά ανίκανη να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες.

Το σύγχρονο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στηρίζεται, ως ένα βαθμό, σε αυτό τον κλασικό δυϊσμό του Καρτέσιου, ο οποίος θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα ως «μηχανή» που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Όταν αυτή η «οργανική μηχανή» δε λειτουργεί φυσιολογικά τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο και ο ρόλος του προσωπικού υγείας περιορίζεται στην επιδιόρθωση της δυσλειτουργίας ενός τμήματός της.

Από την εποχή του Καρτέσιου, η προσοχή της ιατρικής επιστήμης στράφηκε αποκλειστικά στη μελέτη των οργάνων και λειτουργιών του σώματος υπό το πρίσμα της κυτταρικής και μοριακής βιολογίας. Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα ο γνωστός για τις έρευνές του, Louis Pasteur, ανακάλυψε και απομόνωσε μικρόβια που αποτελούσαν την αιτία μεταδοτικών ασθενειών. Ανέπτυξε τη «μικροβιακή θεωρία» των παθήσεων και υποστήριξε ότι κάθε αρρώστια οφείλεται στη δράση συγκεκριμένων μικροοργανισμών. Η άποψη ότι η μια πάθηση οφείλεται σε ένα κυρίως παράγοντα ήταν απόλυτα ευθυγραμμισμένη με την καρτεσιανή λογική. Ο εντοπισμός αυτού του παράγοντα θα συνέβαλλε στη διάγνωση της βλάβης ή της δυσλειτουργίας σε οργανικό επίπεδο. Σύμφωνα λοιπόν με το γραμμικό τρόπο σκέψης που διακρίνει το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας, «κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, πάθηση) έχει μια συγκεκριμένη αιτία». Αρκεί να βρεθεί η αιτία για να εξηγηθεί οποιοδήποτε οργανικό φαινόμενο. Η αδυναμία ό-

μως του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να παρακολουθήσει τις διαρκώς αυξανόμενες γνώσεις της επιστήμης οδήγησε στην αναγκαιότητα ανάπτυξης ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα η προσοχή και το ενδιαφέρον κάθε «ειδικού» να στραφεί αποκλειστικά στη μη φυσιολογική λειτουργία ενός συστήματος ή ενός οργάνου, χωρίς να ασχολείται με τον ασθενή στο σύνολό του. Όσο αυξάνεται η ευθύνη του ειδικού απέναντι στον άρρωστο για την ορθή εκτέλεση της αποστολής του στον εξειδικευμένο και ταυτόχρονα περιορισμένο τομέα των γνώσεών του, τόσο μειώνεται και η υποχρέωσή του προς το συνολικό πρόβλημα που δημιουργεί μια οποιαδήποτε νοσηρή κατάσταση σε μια συγκεκριμένη ανθρώπινη ύπαρξη.

Ένα άλλο πρόβλημα που προέκυψε από την πρόοδο της τεχνολογίας αφορά την ποιότητα ζωής που μερικές φορές τα τεχνητά μέσα δεν παρέχουν. Όταν, για παράδειγμα, σώζεται η ζωή ενός ανθρώπου που απειλείται από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, αλλά στη συνέχεια ο ασθενής καλείται να μάθει να ζει με μια βαριά σωματική ή πνευματική αναπηρία, ή όταν η ζωή του παρατείνεται με τεχνητά μέσα και παραμένει «ζωντανός», αλλά σε κωματώδη κατάσταση για αρκετές ημέρες, εβδομάδες ή μήνες, τότε οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι τραυματικές για ολόκληρη την οικογένεια, το δε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται αντιμέτωπο με νέα ηθικά διλήμματα και προσωπικούς προβληματισμούς.

Καθένα από τα προαναφερθέντα σημεία φέρνει, όσους εργάζονται στα πλαίσια του βιοϊατρικού μοντέλου αντιμέτωπους με νέους προβληματισμούς και τους αναγκάζει να αναθεωρήσουν την ιδεολογική της προσέγγιση στα θέματα υγείας. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας δεν μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της αρρώστιας, του πόνου, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας τους, ακόμα και σε περιπτώσεις που η πρόγνωση είναι βαριά. Επιπλέον η απο-



κατάσταση της οργανικής δυσλειτουργίας δεν ισοδυναμεί πάντοτε με την αποκατάσταση της υγείας, καθώς παραγνωρίζονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στην επανεμφάνιση μιας νέας οργανικής ή ψυχικής διαταραχής.

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ορισμένοι ψυχίατροι και ψυχολόγοι επιδίωξαν να εντάξουν τις ψυχολογικές γνώσεις στην προσέγγισή τους σε θέματα υγείας και ασθένειας. Το 1911 η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση διοργάνωσε ένα συμπόσιο με θέμα «Η θέση της Ψυχολογίας στην Ιατρική Εκπαίδευση». Οι διακεκριμένοι ψυχολόγοι και γιατροί που έλαβαν μέρος συμφώνησαν στην αναγκαιότητα διδασκαλίας μαθημάτων ψυχολογίας-που πρέπει να προηγούνται των μαθημάτων ψυχιατρικής και νευρολογίας-στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών στην ιατρική. Από τότε άρχισε σιγά-σιγά να αναπτύσσεται ενδιαφέρον για την κατανόηση της συμμετοχής των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη διαταραχών της υγείας. Το ενδιαφέρον αυτό συνέβαλε προοδευτικά στην διαμόρφωση μιας νέας θεώρησης της υγείας και της αρρώστιας που υποστηρίζεται από το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Το μοντέλο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως τις δυο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δε θεωρείται ως γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο με τη σειρά του διαρκώς μεταβάλλεται. Με λίγα λόγια, η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Ποια είναι η στάση όμως που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον άρρωστο; Τους αντιμετωπίζουν σύμφωνα με το βιοϊατρικό ή το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας; Και εν κατακλείδι ποιος είναι ο πιο σωστός τρόπος προσέγγισής τους;

Η σχέση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με το άρρωστο εξαρτάται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την αρρώστια ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνεται και τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό. Στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι γνώσεις των ειδικών είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον άρρωστο, αποκτώντας με αυτό τον τρόπο βαθύτερη γνώση της ψυχικής κατάστασης, ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή τη γνώση εποικοδομητικά.

Όσο για τον άρρωστο, αυτός παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Δεν φέρει ευθύνη για την αρρώστια του ούτε συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευτεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση. Πολλοί ασθενείς υιοθετούν την αντίληψη ότι το πρόβλημά τους είναι οργανικό και εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Υποτάσσονται στο βιοϊατρικό μοντέλο, γιατί φοβούνται την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους και γιατί αρνούνται να τροποποιήσουν τις συνήθειες και τη συμπεριφορά που βλάπτει την υγεία τους.

Έτσι λοιπόν, εναποθέτουν την ευθύνη στους «ειδικούς» τους οποίους και καθιστούν αποκλειστικά υπεύθυνους για την θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας τους.

Αντίθετα στα πλαίσια της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάζει την υγεία. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει, ο ασθενής μπορεί να μάθει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό στρες, να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες (κάπνισμα, υπερβολική χρήση οινοπνεύματος, κ.λ.π.) και παράλληλα να υιοθετεί νέες συμπεριφορές (σωστή διατροφή, άσκηση, ύπνος, κ.λ.π.) που προωθούν και διατηρούν την υγεία του.

Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, η σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας δεν χαρακτηρίζεται από την επιβολή μιας άκαμπτης ιεραρχίας, αλλά διακρίνεται από διάθεση ουσιαστικής συνεργασίας. Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στη βαθύτερη κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλαν στην ανάπτυξη της αρρώστιας και επηρεάζουν την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου. Η θεραπευτική παρέμβαση γίνεται σε πολλά επίπεδα από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, που απευθύνεται τόσο στον άρρωστο, όσο και στο άμεσο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζεται η ασθένεια. Η ασθένεια που το προσωπικό υγείας διαμορφώνει με τον άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα είναι αμφίδρομη.

Επομένως, η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας έχει άμεσες επιπτώσεις στην όλη πορεία της ασθένειας. Όλα αυτά γιατί ο άρρωστος δεν εκφράζεται μονολεκτικά αλλά και μέσω των συμπτωμάτων του. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας που τον φροντίζουν εκφράζουν πολλές φορές με τη συμπεριφορά τους

κάτι διαφορετικό από εκείνο που μεταφέρουν με τα λόγια. Είναι λοιπόν σημαντικό να κατέχουν τις απαραίτητες ψυχολογικές γνώσεις που θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν αποτελεσματικότερα τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωρίζουν τις ικανότητες αλλά και τα όριά τους, και να παραμένουν ανοιχτοί σε μια διεργασία αυτογνωσίας που τους βοηθά να συνειδητοποιήσουν πως επηρεάζονται από την ασθένεια, τον πόνο, την αναπηρία, το θάνατο και άλλες εμπειρίες που βιώνουν στα πλαίσια του χώρου της υγείας.

Μελετώντας λοιπόν όλα τα παραπάνω διαφαίνεται καθαρά πως οι γνώσεις που παρέχει η επιστήμη της ψυχολογίας συμπληρώνουν τις γνώσεις που παρέχουν οι υπόλοιπες επιστήμες της υγείας. Απαιτείται λοιπόν η συνεργασία των επιστημών αυτών, ώστε να επιτευχθεί πλήρης αντιμετώπιση της ασθένειας του αρρώστου, βλέποντάς τον ως ολότητα (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος 1999)<sup>26</sup>.

## 2.4 Η Υπόθεση της Έρευνας

Παρατηρείται στα ευρήματα της βιβλιογραφίας ότι οι προσπάθειες να μελετηθούν σχεδόν όλες οι διαστάσεις που αναφέρονται στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών είναι πολλές. Αναμφίβολα, ο ασθενής που εισάγεται στο νοσοκομείο έχει να αντιμετωπίσει έναν πολύπλοκο οργανισμό με ποικιλία στόχων και καλά διαμορφωμένο σύστημα ρόλων και διαδικασίες που εξισορροπούν τις διαφορετικές αρμοδιότητες με τον μεγάλο αριθμό ατόμων και κατηγοριών προσωπικού, με αποτέλεσμα η σύγκρουση του ασθενή με το σύστημα αυτό να είναι αναπόφευκτη (Κυριόπουλος και συνεργάτες 1993)<sup>14</sup>.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, υποθέ-



τουμε ότι δεν υπάρχει ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο εξεταζόμενο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Και αυτό διότι οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών είναι πολλοί. Καταρχήν, πολλοί ασθενείς επηρεάζονται αρνητικά, καθώς βλέπουν ότι με το φιλοδώρημα μπορούν να εξασφαλίσουν πιο προσεγμένη και εξατομικευμένη φροντίδα. Ακόμη ορισμένες φορές η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς είναι άσχημη, αφού το πρώτο φέρει συχνά τα προσωπικά του προβλήματα (Παπαδημητρίου 1996)<sup>21</sup>.

Πολλοί ασθενείς έχουν παράπονα για την ξενοδοχειακή υποδομή. Παραπονιούνται για το θέμα του φαγητού, όχι μόνο για την ποιότητα, αλλά και για την ποσότητα των προσφερόμενων γευμάτων. Όσο για την κατάσταση των κοινόχρηστων χώρων, υποστηρίζουν πως χρειάζεται περισσότερη καθαριότητα.

Η γενικότερη εμφάνιση ορισμένων χώρων δημιουργεί μία εικόνα που ελάχιστα θυμίζει περιβάλλον θεραπείας. Δεν αρκεί μόνο η συμπαράσταση του γιατρού για να αισθανθεί ευχάριστα και άνετα ο ασθενής. Πρέπει επίσης ο χώρος που βρίσκεται ο άρρωστος να του δημιουργεί ψυχική ευεξία και ασφάλεια. (Γιαννούτσος, 1990)<sup>18</sup>.

Παρατηρήθηκε επίσης, μικρή ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά την κατάρτιση και την συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, οι ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού, θεωρήθηκαν τυπικά ευγενικές, ψυχρές και του νοσηλευτικού προσωπικού κυρίως ουδέτερες και αδιάφορες. Θεωρήθηκε ότι ο Έλληνας γιατρός αποσκοπεί ταυτόχρονα στην επιστημονική προσωπική του άνοδο, στην κοινωνική καταξίωση και στον πλούτο. Ως προς την ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου (τηλέφωνα, τηλεόραση, χώροι αναμονής), η ικανοποίηση των χρηστών ήταν μέτρια ως κακή.



Τέλος, οι χρήστες-ασθενείς θεώρησαν την παραμονή τους στο νοσοκομείο ικανοποιητική έως αδιάφορη (Κυριόπουλος και συν. 1993)<sup>14</sup>.

## 2.5 Οι μεταβλητές της Έρευνας.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας για την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου, με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε με βάση τις πληροφορίες που έδωσε η βιβλιογραφία στους τομείς εκείνους που αφορούν την ποιότητα φροντίδας και που παίζουν ρόλο στην ικανοποίηση του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει έξι ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει έναν μικρό αριθμό γενικών ερωτήσεων, ενώ οι άλλες ενότητες περιέχουν ερωτήσεις που αφορούν τις ξενοδοχειακές, διοικητικές, νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει αριθμό έξι ερωτήσεων, η δεύτερη επτά ερωτήσεων, η τρίτη τριών ερωτήσεων. Η τέταρτη και η πέμπτη ενότητα περιέχουν από τέσσερις ερωτήσεις η κάθε μία, και τέλος η έκτη ενότητα περιέχει πέντε ερωτήσεις.

Παρακάτω αναλύεται η δομή κάθε ενότητας.

Το ερωτηματολόγιο, στην πρώτη ενότητά του, αναφέρεται στα γενικά στοιχεία της προσωποτυπίας, δηλαδή στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους (των ερωτώμενων ασθενών), στο ταμείο που είναι ασφαλισμένοι, καθώς και στον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Η επιλογή των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα) έγινε, διότι η ικανοποίηση των ασθενών διαφέρει μεταξύ της ηλικίας, του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου και του επαγγέλματος. Πιο συγκε-

κριμένα, ο προσδιοριστικός παράγοντας φύλο, επιλέχθηκε για τον μεγαλύτερο έλεγχο του αντιπροσωπευτικού δείγματος και για περισσότερη ακρίβεια των δεδομένων-πληροφοριών.

Ο προσδιοριστικός παράγοντας ηλικία, επιλέχθηκε, διότι έχει παρατηρηθεί ότι τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται ιατρική φροντίδα και συμπαράσταση. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι τα άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας παραπονούνται για την κακή ποιότητα φαγητού. (Δρίτσας 1994)<sup>22</sup>.

Ο παράγοντας εκπαίδευση είναι επίσης σημαντικός, καθώς τα άτομα με κάποιο υψηλό επίπεδο μόρφωσης ικανοποιούνται λιγότερο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Το επάγγελμα κρίθηκε αναγκαίο να συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο, διότι άτομα με υψηλό εισόδημα έχουν περισσότερες απαιτήσεις από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, σε σχέση με άτομα με χαμηλό επίπεδο εισοδήματος.

Είναι αξιοσημείωτο, ότι το ταμείο ασφάλειας, αποτελεί μία ακόμη σημαντική πτυχή του ερωτηματολογίου, γιατί μας δείχνει την ασφαλιστική κάλυψη του κάθε χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, σημαντικό παράγοντα αποτελεί ο τρόπος εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, ανάλογα με τη βαρύτητα της ασθένειάς του.

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου, και πιο συγκεκριμένα, από τη γενική καθαριότητα, τη διατροφή, την ησυχία, τους χώρους υγιεινής, την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, το χώρο αναμονής των επισκεπτών καθώς και τις ώρες επισκεπτηρίου. Η επιλογή των παραπάνω ερωτήσεων έγινε για να διασαφηνιστούν οι ψυχολογικές διαστάσεις των νοσηλευθέντων ασθενών. Οι ερωτήσεις αυτές είναι σημαντικές, καθώς αφορούν τις

περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες ζουν οι νοσηλευθέντες ασθενείς και έχουν σχέση με αυτούς.

Η τρίτη ενότητα αφορά το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες και ειδικότερα από την εξυπηρέτηση, την ενημέρωση και την ευκολία στις διαδικασίες.

Οι ασθενείς δεν έρχονται σε επαφή μόνο με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ούτε και εξαρτώνται μόνο από αυτό. Στη σχέση τους με το νοσοκομείο παρεμβαίνει σημαντικά και το διοικητικό προσωπικό, που φροντίζει για την εξυπηρέτηση των ασθενών πάνω σε θέματα γραφειοκρατικά και διαδικαστικά.

Η τέταρτη και η πέμπτη ενότητα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες υγείας, αντίστοιχα, και πιο συγκεκριμένα από τις επιστημονικές τους γνώσεις, την επιδεξιότητά τους, την συμπεριφορά τους και την οργάνωσή τους. Η επιλογή των παραπάνω παραγόντων έγινε, διότι έτσι υπάρχει εμπιστοσύνη του ασθενή προς το προσωπικό, η οποία μπορεί να παρακάμψει το φόβο και το άγχος της άγνωστης για τον ασθενή νόσου. Αναμφίβολα, η σχέση αυτή πρέπει να προάγει την εχεμύθεια και τις υψηλές προσδοκίες του ασθενή (Πολύζος, 1995)<sup>9</sup>.

Η έκτη ενότητα του ερωτηματολογίου, αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες, σχετικά με την πορεία της νόσου, τη διατροφή και τη λήψη των απαραίτητων φαρμάκων, καθώς και τον τρόπο ζωής που θα ακολουθήσει ο ασθενής μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Η επιλογή αυτών των ερωτήσεων έγινε γιατί η σχέση γιατρού-ασθενή θα πρέπει να ανταποκρίνεται κοινωνικά σε καθορισμένους κανόνες και αξίες. Επίσης, η ακριβής και πλήρης επικοινωνία μεταξύ του θεράποντα ιατρού και του ασθενή είναι απαραίτητη, προκειμένου να επιτευχθεί η παροχή της καλύτε-

ρης δυνατής ιατρικής φροντίδας. (Παπανικολάου, Σιγάλας 1993)<sup>17</sup>.

Τέλος, κρίθηκε αναγκαίο να συμπεριληφθεί η ερώτηση για το πώς κρίνουν οι ασθενείς τις συνολικές συνθήκες παραμονής τους στο νοσοκομείο. Σκοπός μας είναι να συλλέξουμε τις γνώμες των ασθενών για την συνολική εικόνα που έχουν για το νοσοκομείο. Είναι σημαντική η άποψη των ασθενών, γιατί οι προσδοκίες τους στον τομέα της φροντίδας υγείας, αυξάνουν συνεχώς, όχι μόνο για την πληρότητα της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και για την ποιότητά τους (Μπινιώρης 1995)<sup>12</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο Σχεδιασμός Έρευνας αποτελεί τη δεύτερη φάση της ερευνητικής διεργασίας και στοχεύει στην παρουσίαση του γενικότερου τρόπου διεξαγωγής της έρευνας. Περιλαμβάνει τρία κύρια βήματα:

1. Οριοθέτηση πληθυσμού- Κριτήρια επιλογής δείγματος.
2. Μέθοδος δειγματοληψίας- Μέγεθος δείγματος και
3. Μέτρηση μεταβλητών.

#### **3.1. Οριοθέτηση πληθυσμού έρευνας- Κριτήρια επιλογής δείγματος**

Σε αυτό το σημείο, εύλογη θα ήταν η εννοιολογική οριοθέτηση των όρων πληθυσμός και δείγμα, ώστε να αποφευχθεί η λανθασμένη ερμηνεία τους.

Με τον όρο πληθυσμός εννοούμε ένα σύνολο ατόμων ή αντικειμένων ή οποιωνδήποτε άλλων οντοτήτων για τα οποία ενδιαφερόμαστε να βγάλουμε συμπεράσματα σε σχέση με κάποιες ιδιότητες που αφορούν τα στοιχεία του.

Ο πληθυσμός πρέπει να είναι καλά ορισμένος, να περιγράφεται δηλαδή με κάποιες ιδιότητες των στοιχείων που τον αποτελούν, έτσι ώστε να μπορεί οποιαδήποτε ν' αποφανθεί μονοσήμαντα αν κάποιο στοιχείο είναι μέλος του (ικανοποιεί τις ιδιότητες) ή όχι (δεν ικανοποιεί τις ιδιότητες). Έτσι για παράδειγμα οι μαθητές της πρώτης τάξης δημοτικού, τ' αγόρια 15-20 ετών κ.λ.π. είναι πληθυσμός.

Η λέξη δείγμα παραπέμπει γενικά σε δύο διαφορετικές έννοιες. Δείγμα είναι το υποσύνολο των υποκειμένων που επιλέγονται από τον πληθυσμό για να χρησιμοποιηθούν στην ανάλυση, αλλά δείγμα είναι επίσης το σύνολο των παρατηρήσεων (τιμών) που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση. Η διπλή αυτή σημασία οδηγεί πολλές φορές σε συγχύσεις. Το



δείγμα των υποκειμένων, πρέπει να επιλεγεί από τον πληθυσμό με τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων που θα βγάλουμε, ενώ το δείγμα των τιμών είναι πλήρως καθορισμένο μετά την επιλογή του δείγματος των υποκειμένων. Τέλος, ένα δείγμα το οποίο αντικατοπτρίζει ακριβώς τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, ο οποίος πρώτα απ' όλα θα πρέπει να οριστεί με σαφήνεια, ονομάζεται αντιπροσωπευτικό δείγμα και έχουμε το δικαίωμα να προσπαθήσουμε ν' αποφανθούμε, πως όσα παρατηρήσουμε σ' αυτό, ισχύουν και σ' ολόκληρο τον πληθυσμό (Γούλα 2000)<sup>27</sup>.

Ο πληθυσμός της μελέτης αφορά την ομάδα των ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομεία του ελλαδικού χώρου κατά τη διάρκεια του έτους 2003. Ο προσβάσιμος πληθυσμός της μελέτης αφορά τα μέλη του πληθυσμού- στόχου (ασθενείς) που πληρούν τα κάτωθι κριτήρια οριοθέτησής του:

1. Νοσηλεία στο ΠΓΝΙ κατά τη διάρκεια ενός μήνα
2. Ηλικία άνω των 18 ετών
3. Νοσηλεία μόνο σε χειρουργικά τμήματα
4. Ελάχιστη διάρκεια νοσηλείας 1 ημέρα και στάδιο εξιτηρίου

Τα προαναφερθέντα κριτήρια οδήγησαν στη διαμόρφωση του δείγματος του πληθυσμού. Έτσι λοιπόν για λόγους πρακτικής από το δείγμα αποκλείστηκαν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στα άλλα τμήματα του Νοσοκομείου. Παράλληλα, αποκλείστηκαν ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών, λόγω του ότι η νοσηλεία του παιδιού-εφήβου στο νοσοκομείο αποτελεί μια ψυχοτραυματική εμπειρία, για το ίδιο το παιδί και την οικογένειά του, και είναι πιθανό να επηρεάσει τη λογική του κρίση. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την περιορισμένη ωριμότητα, λόγω του νεαρού της ηλικίας ενδέχεται να οδηγήσει στη λήψη μη αντικειμενικών πληροφοριών. Με βάση λοιπόν, το κριτήριο της ηλικίας αποκλείονται οι ανήλικοι ασθενείς.

Κλείνοντας πρέπει να αναφέρουμε ότι αποτελεί προϋπόθεση για τους ασθενείς που θα λάβουν μέρος στην έρευνα: 1) να βρίσκονται στο στάδιο του εξιτηρίου ώστε να είναι αποδεσμευμένοι από διάφορες ψυχολογικές πιέσεις που πιθανόν να δέχονταν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της έρευνας, λόγω της άμεσης εξάρτησής τους από αυτό και 2) να έχουν ελάχιστη διάρκεια παραμονής μια ημέρα, ώστε να είναι εφικτή η διαμόρφωση μιας σχετικής εικόνας για το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Το δείγμα του πληθυσμού της μελέτης προέρχεται από τον ανωτέρω προσβάσιμο πληθυσμό, από τη «δεξαμενή» του οποίου επιλέγονται τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα. Επομένως τα κριτήρια οριοθέτησης αποτελούν και τα κριτήρια επιλογής του δείγματος. Δεδομένου όμως ότι η έρευνα λαμβάνει χώρα στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα το δείγμα του πληθυσμού που έχει οριστεί στο ΠΓΝΙ, οι απαντήσεις της εφικτότητας ως προς την ομοιογένεια των ατόμων που συνθέτουν την έρευνα επιβάλλουν την προσθήκη ενός ακόμα κριτηρίου επιλογής δείγματος, της γνώσης της ελληνικής γλώσσας (ομιλία- γραφή- ανάγνωση). Η επιλογή του κριτηρίου αυτού οφείλεται στο γεγονός ότι οι ερωτήσεις, στις οποίες θα κλιθεί ο ασθενής να απαντήσει, θα είναι στα ελληνικά.

### **3.2. Μέθοδος Δειγματοληψίας – Μέγεθος Δείγματος**

Με τον όρο δειγματοληψία εννοούμε την άντληση πληροφοριών από περιορισμένο αριθμό μονάδων του πληθυσμού που επιδιώκεται να ερευνηθεί (δείγμα). Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής μέθοδοι δειγματοληψίας: α) απλή τυχαία δειγματοληψία: σ' αυτή τη μέθοδο το δείγμα (άτομα, περιπτώσεις) που δεν επιλέχθηκαν είχαν την ίδια πιθανότητα να επιλέγουν με αυτά που επιλέχθηκαν. Δηλαδή κάθε άτομο του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα για επιλογή, β) κατά στρώματα δειγματοληψία: Η διαστρωμάτωση είναι η διαδικασία διαχωρισμού του πληθυσμού σε

υποομάδες ή στρώματα ώστε να γίνουν ξεχωριστές επιλογές για το καθένα. Οι λόγοι χρησιμοποίησης αυτού του είδους είναι:

A) Η ταχύτητα: Η απογραφή ενός πολύ μεγάλου πληθυσμού απαιτεί πολύ χρόνο. Αν κάποια στοιχεία επείγει να γίνουν γνωστά η δειγματοληπτική μέθοδος αποτελεί τη μόνη λύση.

B) Το ευρύτερο πεδίο έρευνας: Ακριβώς επειδή απευθύνεται σε λιγότερα άτομο, υπάρχει η δυνατότητα να συγκεντρωθούν πληροφορίες για πολύ περισσότερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού.

Γ) Η ακρίβεια: Όσο και αν φαίνεται περίεργο είναι δυνατό με μια δειγματοληπτική έρευνα να έχουμε πιο ακριβή αποτελέσματα.

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων της έρευνας από το δείγμα στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης. Κατά συνέπεια, η μέθοδος δειγματοληψίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, προκειμένου να καταστεί δυνατή η επέκταση των ευρημάτων της έρευνας από τη μικρή ομάδα του δείγματος στη μεγάλη ομάδα του πληθυσμού-στόχου (Φίλιας 1995)<sup>28</sup>.

Όπως έχουμε προαναφέρει, ο πληθυσμός της έρευνας αφορά την ομάδα των ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομεία του ελλαδικού χώρου κατά της διάρκεια του έτους 2002. Τον προσβάσιμο πληθυσμό αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο ΠΓΝΙ κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους. Ο αριθμός των ασθενών αυτών ήταν 1734 άτομα το μήνα.

Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας θα ακολουθηθεί η απλή τυχαία δειγματοληψία, η οποία πρόκειται να στηριχθεί σε ερωτηματολόγιο 29 ερωτήσεων, ανοιχτού και κλειστού τύπου.

Οι ερωτήσεις θα αφορούν αφενός την προσπάθεια ανίχνευσης της προσωποτυπίας των ασθενών, τη μέτρηση της ικανοποίησής τους από τις ιατρονοσηλευτικές, διοικητικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες, καθώς και τις συνθήκες παραμονής τους στο νοσοκομείο.

Το δείγμα της έρευνας αυτής θα είναι οι εξερχόμενοι ασθενείς του ΠΓΝΙ κατά τη χρονική περίοδο από 15/3/2003 έως 15/5/2003. Ειδικότερα, το δείγμα της έρευνας πρόκειται να αποτελέσουν 80 εξερχόμενοι ασθενείς από το ΠΓΝΙ.

### 3.3. Μέτρηση Μεταβλητών

Τα στοιχεία του πληθυσμού, που αναφέρονται ως υποκείμενα, έχουν διάφορα χαρακτηριστικά (ιδιότητες) για κάποια από τα οποία ενδιαφερόμαστε να μελετήσουμε. Τα χαρακτηριστικά αυτά, τα οποία πιθανότατα μεταβάλλονται από υποκείμενο σε υποκείμενο (ή και στο ίδιο υποκείμενο αν μετρηθεί πολλές φορές), αναφέρονται με τον όρο μεταβλητή.

Για να γίνει μια οργάνωση συλλογής και επεξεργασίας δεδομένων, το πρώτο που προσδιορίζεται είναι οι μεταβλητές της σχετικής μελέτης. Ως μεταβλητή, όπως έχουμε προαναφέρει, θα θεωρήσουμε κάποιο χαρακτηριστικό ενός πληθυσμού ή υποσύνολό του, το οποίο μπορεί να προσδιοριστεί ή να μετρηθεί βάσει κάποιας κλίμακας μέτρησης.

Έτσι λοιπόν, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που αποσκοπούν στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές με κλίμακα 3 πιθανών απαντήσεων:

- 1) Καλή
- 2) Μέτρια
- 3) Κακή

Στις ανοιχτές ερωτήσεις, θα γίνει μια κατηγοριοποίηση των απαντήσεων, σε ομοειδείς κατηγορίες. Έτσι θα επιτευχθεί η μετατροπή των ανοιχτών ερωτήσεων σε κλειστές ώστε να είναι μετρήσιμα τα αποτελέσματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΥΛΛΟΓΗ- ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

#### 4.1. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων, των πληροφοριών δηλαδή που συλλέχθηκαν από τα υποκείμενα που συμμετείχαν στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς. Ως μέσο συλλογής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο είναι μια υψηλά δομημένη τεχνική συλλογής πληροφοριών, όπου το δείγμα της έρευνας ρωτάται το ίδιο σύνολο ερωτήσεων. Προσφέρει έναν γρήγορο, φθηνό και εύκολο τρόπο συλλογής δεδομένων, αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή στο σχεδιασμό του.

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι το ερωτηματολόγιο, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα 3, περιέχει είκοσι επτά (27) κλειστές και δυο (2) ανοιχτές ερωτήσεις. Οι κλειστές ερωτήσεις έχουν προκαθορισμένες εναλλακτικές απαντήσεις, η πλειοψηφία των οποίων επιτρέπει σύνθετες εκφράσεις γνώμης ή πολλαπλά επίπεδα εναλλακτικών απαντήσεων από τον ερωτώμενο. Στις ανοικτές ερωτήσεις, οι απαντήσεις διατυπώνονται γραπτά από τους ίδιους τους ερωτώμενους και στη συνέχεια επεξεργάζονται. Αντίθετα με τις ανοικτές, οι κλειστές ερωτήσεις παρέχουν τη δυνατότητα της εύκολης και γρήγορης απάντησης. Η ανάλυσή τους είναι περισσότερο αντικειμενική, καθώς στην επεξεργασία ανοικτών ερωτήσεων υπεισέρχεται η υποκειμενική εκτίμηση του αναλυτή. Επίσης, το ερωτηματολόγιο έχει μικρό μέγεθος για να μη κουράζεται ο ερωτώμενος και περιέχει μια λογική σειρά ερωτήσεων, που το περιεχόμενο τους είναι ανάλογο με τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας. Ακόμη, το ερωτηματολόγιο δεν περιέχει ερωτήσεις που ίσως κάνουν τον ερωτώμενο



να ντραπεί, καθώς και διπλές ερωτήσεις που ρωτούν δυο πράγματα ταυτόχρονα και ίσως μπερδέψουν τον ερωτώμενο.

Πολλές είναι οι τεχνικές που μπορεί να ακολουθήσει ο ερευνητής για τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, όπως η προσωπική συνέντευξη, η τηλεφωνική συνέντευξη καθώς και ερωτηματολόγια με ταχυδρομική αποστολή. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε κύρια με προσωπική συνέντευξη, εκτός από τέσσερα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς με το λεγόμενο τρόπο «χαρτί και μολύβι» (αυτοσυμπλήρωση). Η τεχνική της προσωπικής συνέντευξης επιλέχθηκε γιατί είναι η πιο αποτελεσματική από τις άλλες, καθώς το ποσοστό ανταπόκρισης του δείγματος είναι υψηλό. Ακόμη, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να εξηγεί στους ερωτώμενους δύσκολες, πολύπλοκες και ευαίσθητες ερωτήσεις, όπως και να ζητά περισσότερες πληροφορίες από το δείγμα, σχετικά με τις απαντήσεις τους. Η παρακίνηση των ατόμων για συμμετοχή στο ερωτηματολόγιο είναι ικανοποιητική καθώς και η δυνατότητα ελέγχου αξιοπιστίας είναι μεγάλη.

Ας αναφερθεί εδώ, ότι η μέθοδος της ταχυδρομικής αποστολής των ερωτηματολογίων δεν είναι ικανοποιητική, γιατί ο αριθμός των απαντήσεων είναι τις περισσότερες φορές μη αξιόπιστος και το ποσοστό ανταπόκρισης είναι χαμηλό. Επίσης, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων με την τηλεφωνική συνέντευξη απαιτεί μεγάλο χρόνο και η ικανότητα του ερευνητή να επικοινωνήσει με τον ερωτώμενο σε τυχόν επεξηγήσεις θα πρέπει να είναι μεγάλη.

Αναντίρρητα, η τεχνική της προσωπικής συνέντευξης παρουσιάζει και πολλά μειονεκτήματα. Το κόστος αυτής της μεθόδου είναι αρκετά υψηλό και απαιτούμενος χρόνος ολοκλήρωσης της έρευνας με αυτή τη μέθοδο είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τις υπόλοιπες. Επιπλέον, η επιτυχής συλλογή δεδομένων εξαρτάται από τις προσωπικές δεξιότητες και ικανότητες του ερευνητή. Ακόμη, πολλοί ασθενείς είναι σε δεινή θέση

και εξαρτημένοι από τους θεράποντες ιατρούς, με αποτέλεσμα να μην απαντούν με μεγάλο βαθμό ελευθερίας. Ταυτόχρονα, ο φόβος τους για την εξέλιξη της ασθένειάς τους, οδηγεί στο να εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης για το έργο και τη συμπεριφορά των θεραπειών τους, γεγονός που δημιουργεί στρεβλώσεις στην αμεροληψία των αποτελεσμάτων (Νιάκας 2000)<sup>15</sup>.

#### 4.2. Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στη διάρκεια της περιόδου 15/3/2003 έως 15/5/2003, κατά την οποία τα ερωτηματολόγια δόθηκαν προς συμπλήρωση στα υποκείμενα του δείγματος. Όταν το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε, ακολουθήθηκε η παρακάτω ξεχωριστή διαδικασία, προκειμένου η πρόσβασή μας στο νοσοκομείο να είναι αναγνωρίσιμη και αποδεκτή.

Αρχικά απευθυνθήκαμε στον Προϊστάμενο του Τμήματος Προσωπικού. Κατόπιν, ο ίδιος μας παρέπεμψε στο πρωτόκολλο από το οποίο μας δόθηκε αριθμός πρωτοκόλλου, ύστερα από δική μας αίτηση. Έπειτα εξηγήσαμε στον Διοικητή τους στόχους, τους σκοπούς και το χρόνο διεξαγωγής της έρευνάς μας. Στη συνέχεια, ο Διοικητής έλαβε το ερωτηματολόγιο της έρευνας και αφού το ενέκρινε, εξασφαλίσαμε από αυτόν έγκριση. Ύστερα, απευθυνθήκαμε στη Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, η οποία με τη σειρά της και με την έγκρισή της, πληροφόρησε την Προϊσταμένη του Χειρουργικού τομέα για τη διεξαγωγή της έρευνας. Αμέσως μετά, ήρθαμε σε επαφή με την Προϊσταμένη του τομέα και αφού έγιναν οι κατάλληλες συστάσεις, ζητήθηκε από αυτή να εντοπίσει ασθενείς με βάση τον Ιατρικό και Νοσηλευτικό φάκελο. Στην Προϊσταμένη δόθηκαν προφορικά εκτός από τους σκοπούς της μελέτης, και τα κριτήρια επιλογής του δείγματος, ώστε να επιλεγθούν οι κατάλληλοι ασθενείς. Ακολούθως, προσεγγίσαμε τον

σθενείς. Ακολούθως, προσεγγίσαμε τον άρρωστο, εξηγήσαμε σ' αυτόν τους σκοπούς της έρευνας και του ζητήσαμε να συμμετάσχει σε αυτήν. Μετά την απόκτηση συναίνεσης από τον ασθενή, ακολουθήσαμε τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο χρειαζόταν 10' περίπου λεπτά για να συμπληρωθεί.

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί, ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και στη συμπλήρωσή τους είχαμε πρόσβαση μόνο εμείς και κανείς άλλος.

#### **4.3. Έλεγχος Ορθότητας- Πληρότητας Δεδομένων**

Μετά το στάδιο της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων που αφορούσαν τη μελέτη του Χειρουργικού τομέα του ΠΓΝΙ έγινε έλεγχος των δεδομένων που καταγράφηκαν.

Ο έλεγχος αυτός αφορούσε την εξακρίβωση της ορθότητας καθώς και της πληρότητας των δεδομένων προκειμένου να καταστεί έγκυρη η περαιτέρω επεξεργασία τους.

Ο έλεγχος της ορθότητας αποσκοπούσε στην ανεύρεση τυχών λαθών κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ενώ παράλληλα ο έλεγχος της πληρότητας είχε σαν σκοπό την ανεύρεση ερωτήσεων με ελλιπή δεδομένα, δηλαδή ερωτήσεων οι οποίες δεν είχαν απαντηθεί από όλους τους ερωτώμενους.

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά την ορθότητα, στα 80 ερωτηματολόγια που ελέγχθηκαν διαπιστώθηκε ότι ήταν όλα ορθά συμπληρωμένα, δηλαδή δεν παρουσίασαν π.χ. διπλή καταγραφή απαντήσεων.

Τελειώνοντας την αναφορά στον έλεγχο της ορθότητας, αξίζει να σημειωθεί ότι λάθη ορθότητας δεν υπήρξαν και αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ως επί το πλείστον μέσω της συνέντευξης και όχι από τους ίδιους τους ασθενείς.

Όσον αφορά τον έλεγχο της πληρότητας, στα 80 ερωτηματολόγια που ελέγχθηκαν, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής:

Η ενότητα Α, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1-6 του ερωτηματολογίου, η ενότητα Β, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 7-13 και η ενότητα Γ, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 14-16, παρουσίασαν 100% πληρότητα.

Στην ενότητα Δ (ερωτήσεις 17-20), οι ερωτήσεις 7-19 παρουσίασαν 100% πληρότητα και η ερώτηση 20 παρουσίασε 98,75% πληρότητα (79 απαντήσεις).

Η ενότητα Ε (ερωτήσεις 21-24) παρουσίασε 100% πληρότητα.

Η ενότητα ΣΤ (ερωτήσεις 25-28) παρουσίασε 100% πληρότητα στις ερωτήσεις 25-27 και 97,50% στην ερώτηση 28 (78 απαντήσεις).

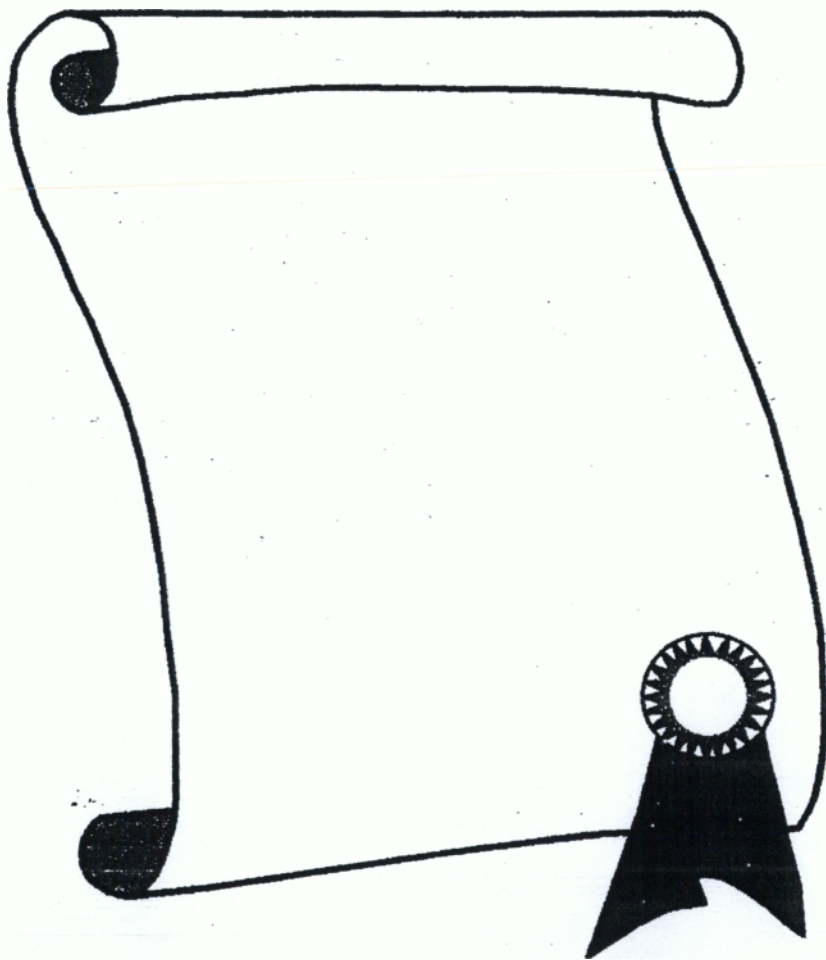
Η ενότητα Ζ, που περιλαμβάνει την ερώτηση 29, παρουσίασε 100% πληρότητα.

#### **4.4. Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων**

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και μετά από στατιστική επεξεργασία όλων των μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση τα ποσοστά ανά κλίμακα απαντήσεων.

Η επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων έγινε από το πρόγραμμα Excel 2000, το οποίο λειτουργεί σε περιβάλλον Windows.

# ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

### 5.1. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Δεδομένων.

Παρακάτω, παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων, σύμφωνα με τις ενότητες του ερωτηματολογίου.

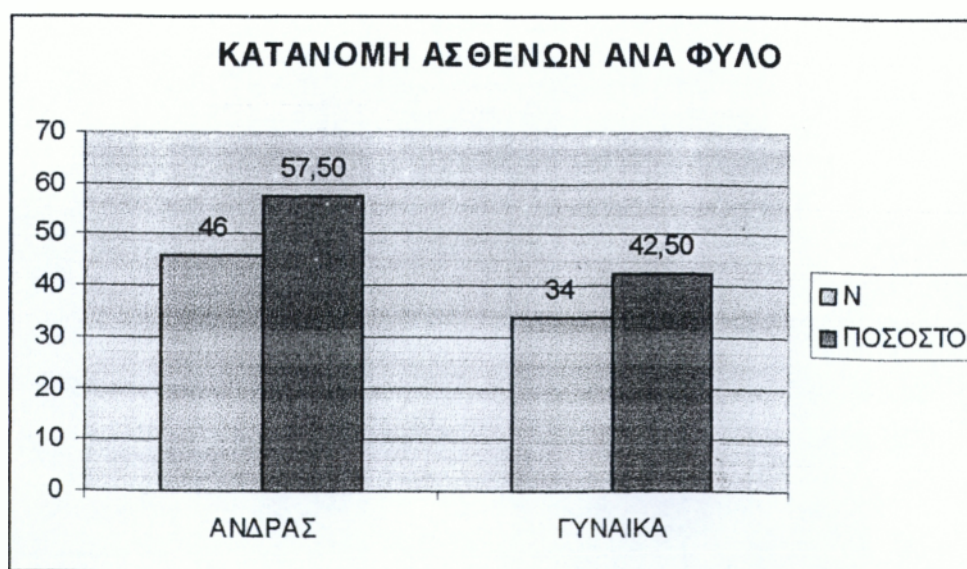
#### 5.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών στο Π.Γ.Ν.Ι.

##### 1. Κατανομή ασθενών ανά φύλο.

Πίνακας 1

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N (αριθμός ασθενών)	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	46	57,50
ΓΥΝΑΙΚΑ	34	42,50
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1, σε δείγμα 80 ερωτηθέντων ασθενών οι 46 (57,50%) ήταν άνδρες και οι 34 (42,50%) γυναίκες. Δηλαδή, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το αποτελούν άνδρες.

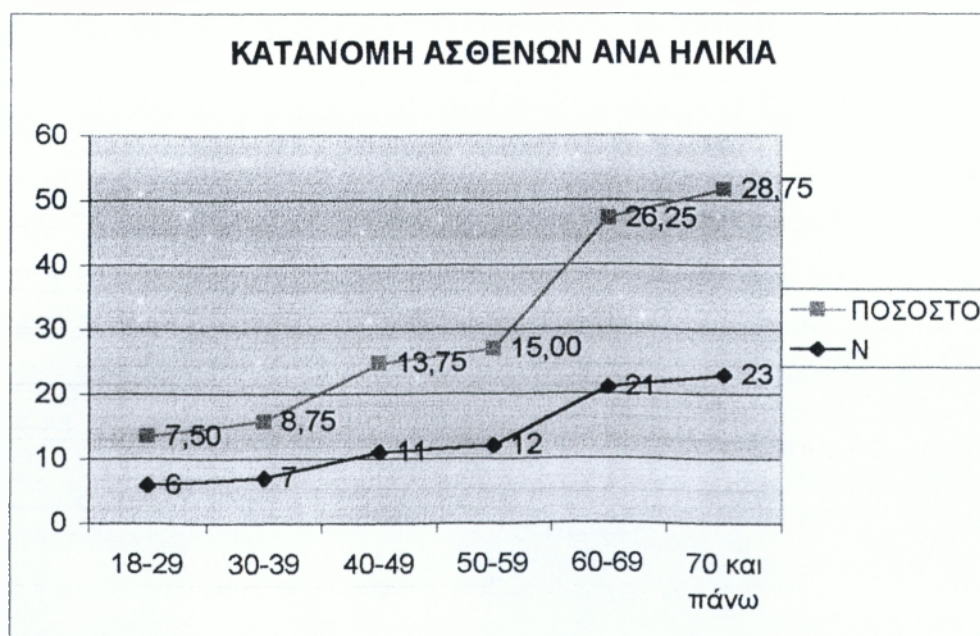


## 2. Κατανομή ασθενών ανά ηλικία.

Πίνακας 2.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
18-29	6	7,50
30-39	7	8,75
40-49	11	13,75
50-59	12	15,00
60-69	21	26,25
70 και άνω	23	28,75
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, το μεγαλύτερο ποσοστό (28,75%) των νοσηλευθέντων ασθενών στο Π.Γ.Ν.Ι ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 70 και άνω. Έπονται οι ηλικίες 60-69 με ποσοστό 26,25%, οι ηλικίες 50-59 με ποσοστό 15,00% και οι ηλικίες 40-49 με ποσοστό 13,75%. Μικρό ποσοστό, 8,75% και 7,50%, αποτελούν οι ηλικιακές ομάδες 30-39 και 18-29, αντίστοιχα.

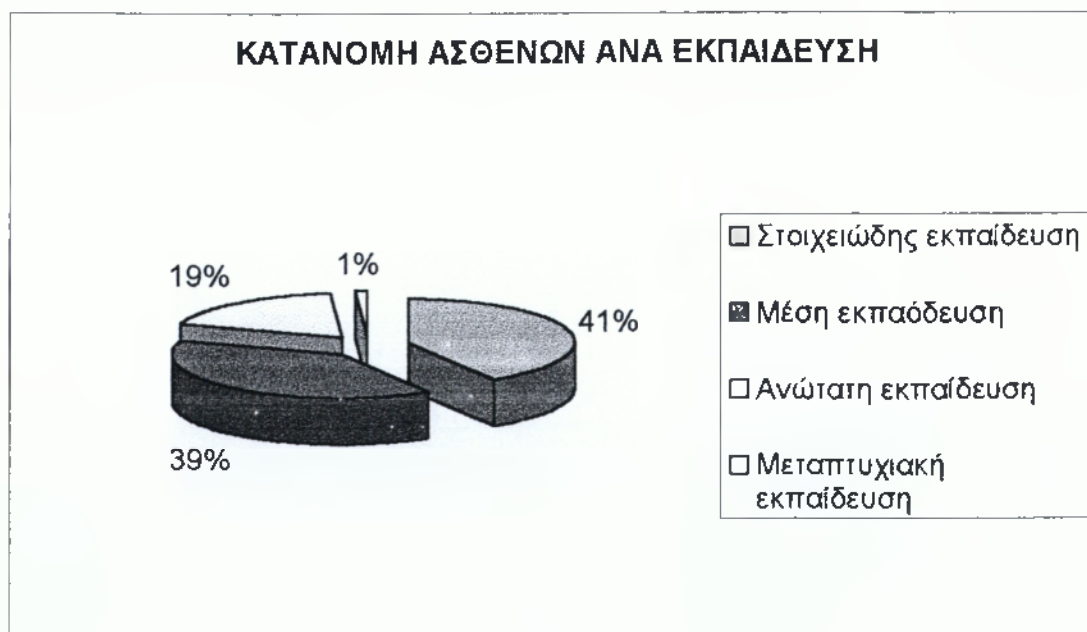


### 3. Κατανομή ασθενών ανά εκπαίδευση.

Πίνακας 3.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
Στοιχειώδης εκπαίδευση	33	41,25
Μέση εκπαίδευση	31	38,75
Ανώτατη εκπαίδευση	15	18,75
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Ο Πίνακας 3 δείχνει ότι το 41,25% των ασθενών του δείγματος έχει στοιχειώδη εκπαίδευση και το 38,75% έχει τελειώσει τη μέση εκπαίδευση. Την ανώτατη εκπαίδευση έχει τελειώσει το 18,75% και την μεταπτυχιακή εκπαίδευση μόλις το 1,25%.

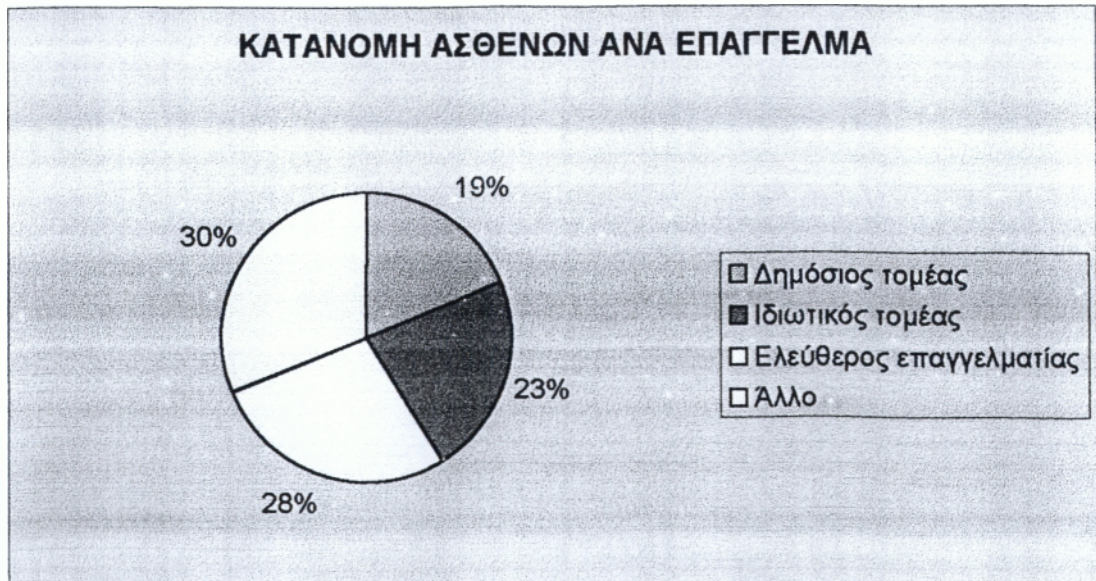


#### 4. Κατανομή ασθενών ανά επάγγελμα.

Πίνακας 4.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δημόσιος τομέας	15	18,75
Ιδιωτικός τομέας	18	22,50
Ελεύθερος επαγγελματίας	22	27,50
Άλλο	25	31,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως διαπιστώνεται από τον Πίνακα 4, ποσοστό 18,75% των ασθενών ανήκει στον Δημόσιο τομέα, στον Ιδιωτικό τομέα ανήκει το 22,50% των ασθενών και στους ελεύθερους επαγγελματίες ανήκει το 27,50%. Το μεγαλύτερο ποσοστό (31,25%) ανήκει σε ασθενείς που δεν κατατάσσονται στις πιο πάνω κατηγορίες.



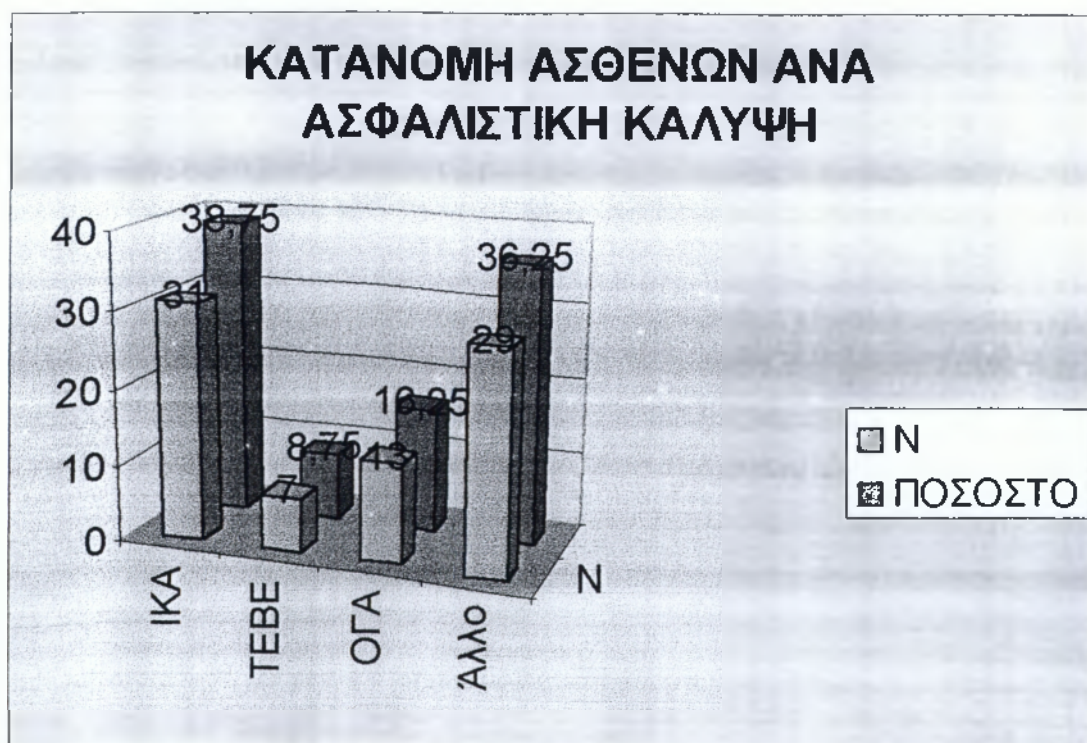


## 5. Κατανομή ασθενών ανά ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 5.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΚΑ	31	38,75
ΤΕΒΕ	7	8,75
ΟΓΑ	13	16,25
Άλλο	29	36,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 5, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (38,75%) ανήκει στο ΙΚΑ. Μεγάλο ποσοστό του δείγματος (16,25%) ανήκει στον ΟΓΑ. Στο ΤΕΒΕ ανήκει το 8,75% του δείγματος. Το 36,25% των ασθενών είτε ανήκει σε άλλα ταμεία, είτε δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη.



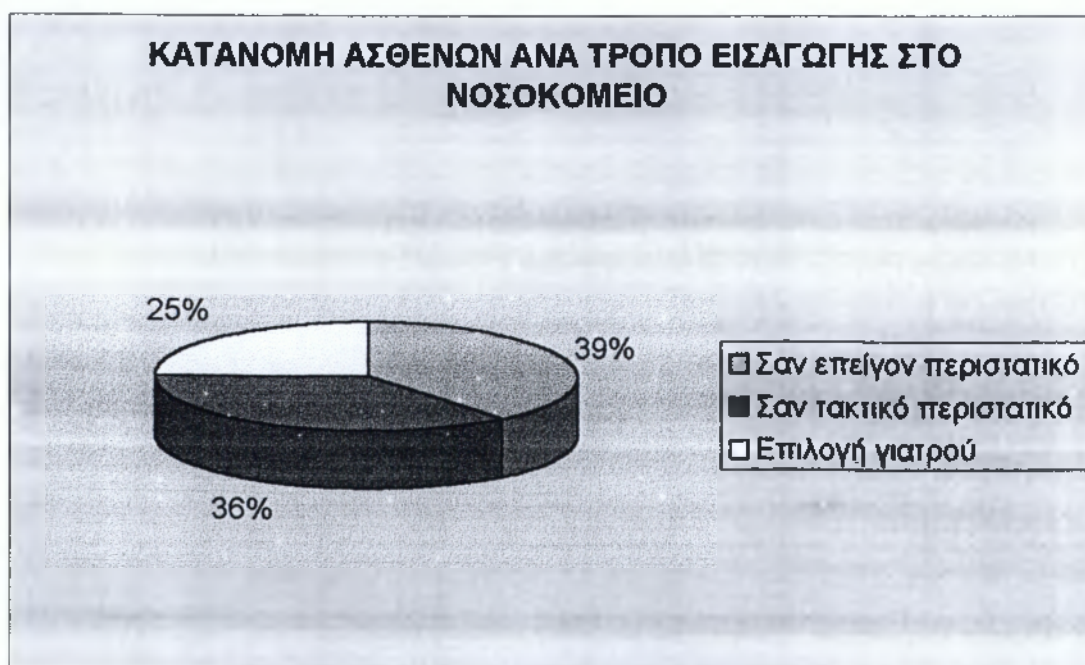


## 6. Κατανομή ασθενών ανά τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Πίνακας 6.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σαν επείγον περιστατικό	31	38,75
Σαν τακτικό περιστατικό	29	36,25
Επιλογή γιατρού	20	25,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Η εισαγωγή του μεγαλύτερου ποσοστού ασθενών (38,75%) έγινε σαν επείγον περιστατικό, ενώ το μικρότερο ποσοστό (25,00%) έγινε με επιλογή γιατρού. Ακόμη, ένα μεγάλο ποσοστό (36,25%) εισήχθη σαν τακτικό περιστατικό.



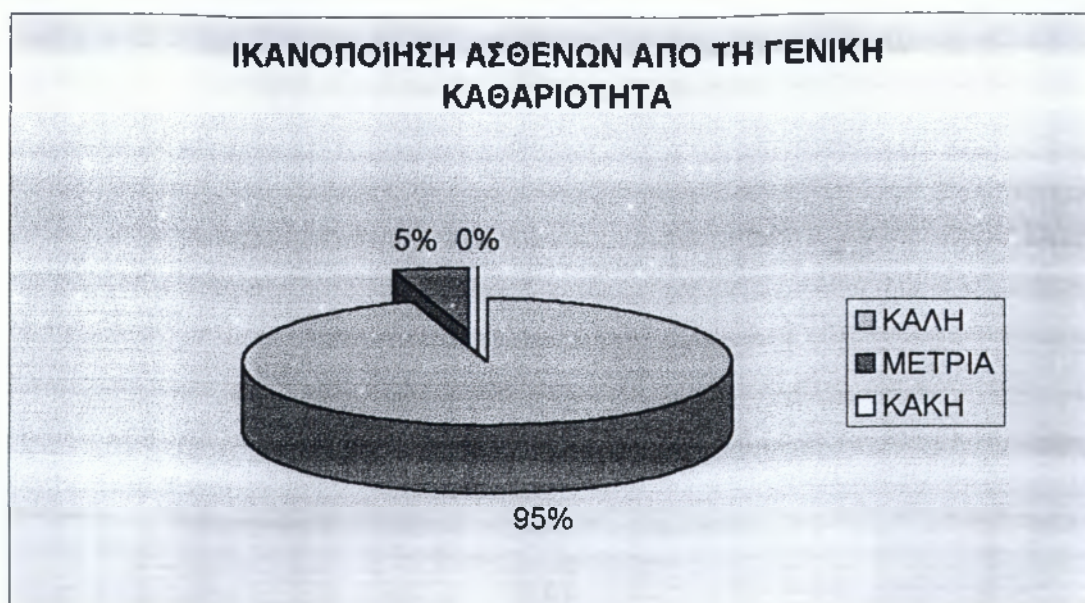
### 5.1.2. Ικανοποίηση ασθενών από τις Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες στο Π.Γ.Ν.Ι.

#### 7. Ικανοποίηση ασθενών από τη γενική καθαριότητα.

Πίνακας 7.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	76	95,00
ΜΕΤΡΙΑ	4	5,00
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως διαπιστώνεται από τον Πίνακα 7, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (95,00%) υπήρξε ικανοποιημένο από τη γενική καθαριότητα. Το 5,00% τη θεώρησε μέτρια και κανένας (0,00%) δεν υπήρξε μη ικανοποιημένος.

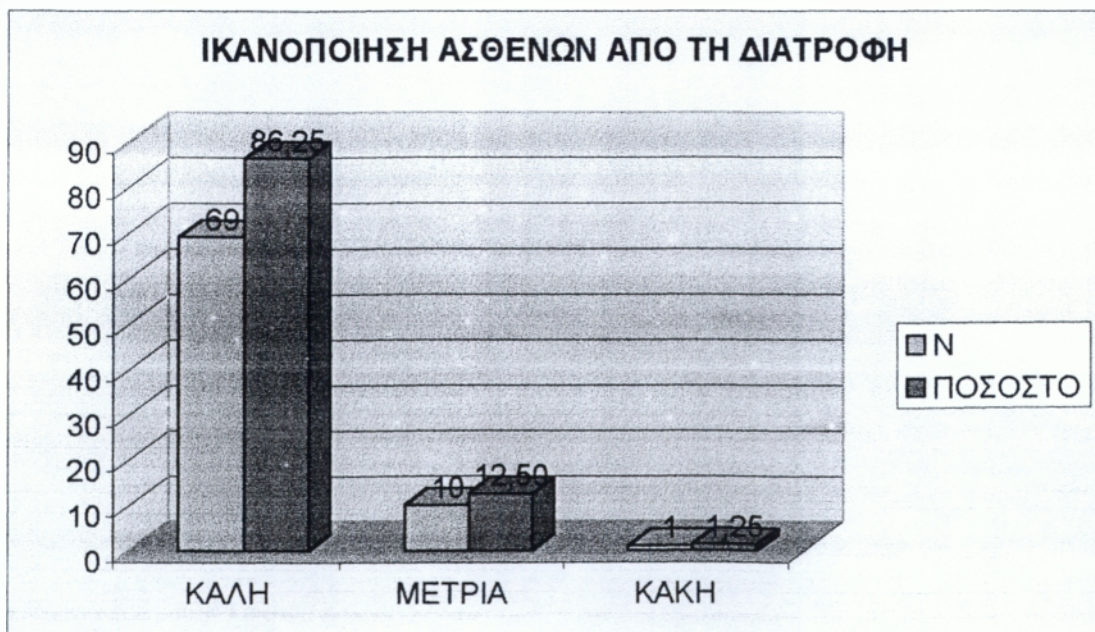


## 8. Ικανοποίηση ασθενών από τη διατροφή.

Πίνακας 8.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	69	86,25
ΜΕΤΡΙΑ	10	12,50
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Από τον Πίνακα 8 φαίνεται ότι το 86,25% του δείγματος ήταν ικανοποιημένο από την ποιότητα της διατροφής. Το 12,50% τη χαρακτήρισε μέτρια και το 1,25% κακή.



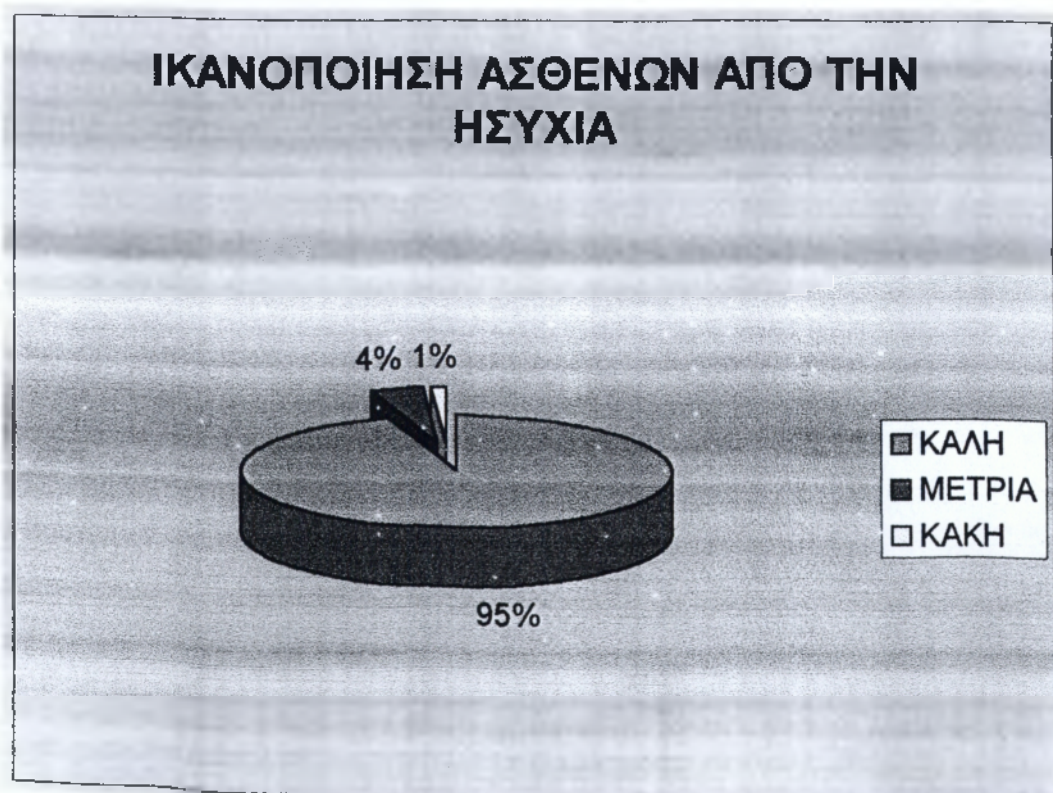


## 9. Ικανοποίηση ασθενών από την ησυχία.

Πίνακας 9.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	76	95,00
ΜΕΤΡΙΑ	3	3,75
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως μας δείχνει ο Πίνακας 9, το 95,00% του δείγματος ήταν ικανοποιημένο από την ησυχία, το 3,75% ήταν μέτρια ικανοποιημένο και το 1,25% όχι.

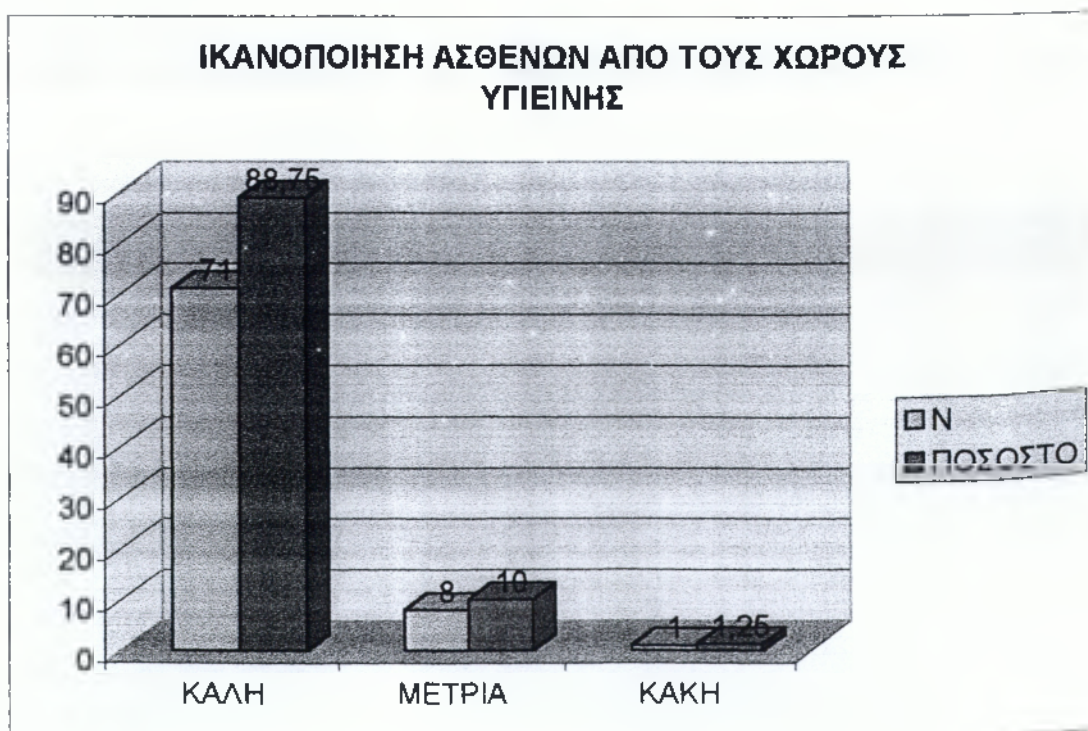


## 10. Ικανοποίηση ασθενών από τους χώρους υγιεινής.

Πίνακας 10.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	71	88,75
ΜΕΤΡΙΑ	8	10,00
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 10, το 88,75% του δείγματος, εξέφρασε ικανοποίηση από τις συνθήκες στους χώρους υγιεινής. Το 10,00% εξέφρασε μέτρια ικανοποίηση και το 1,27% χαμηλή ικανοποίηση.



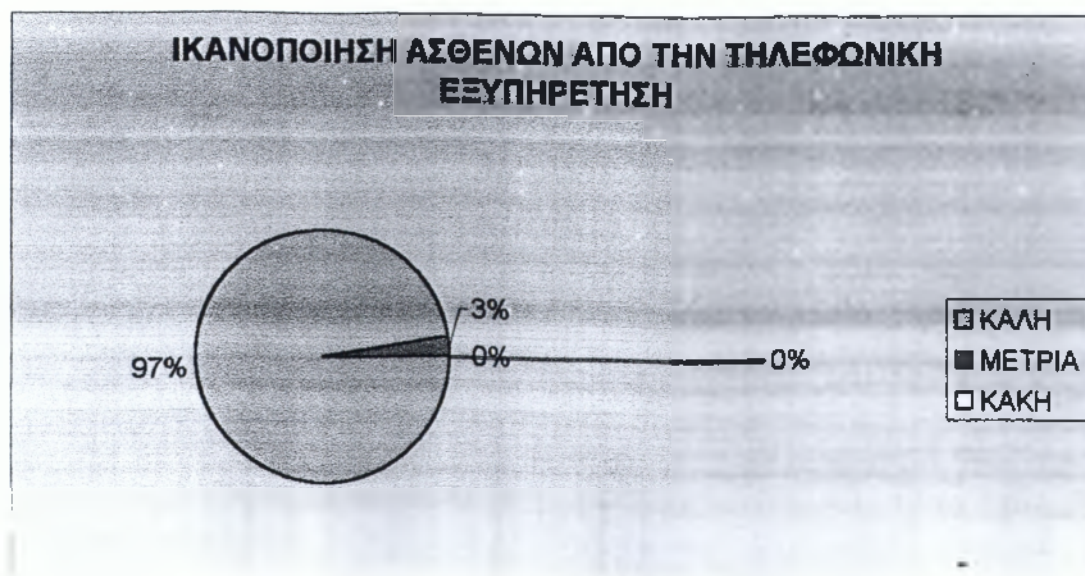


## 11. Ικανοποίηση ασθενών από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση.

Πίνακας 11.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,50
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,50
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Το δείγμα, στο μεγαλύτερο ποσοστό του (97,50%), ήταν ικανοποιημένο από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, ενώ ένα 2,50% δήλωσε μέτρια ικανοποιημένο και κανένας ασθενής (0,00%) δεν δήλωσε δυσαρεστημένος από αυτή την υπηρεσία.

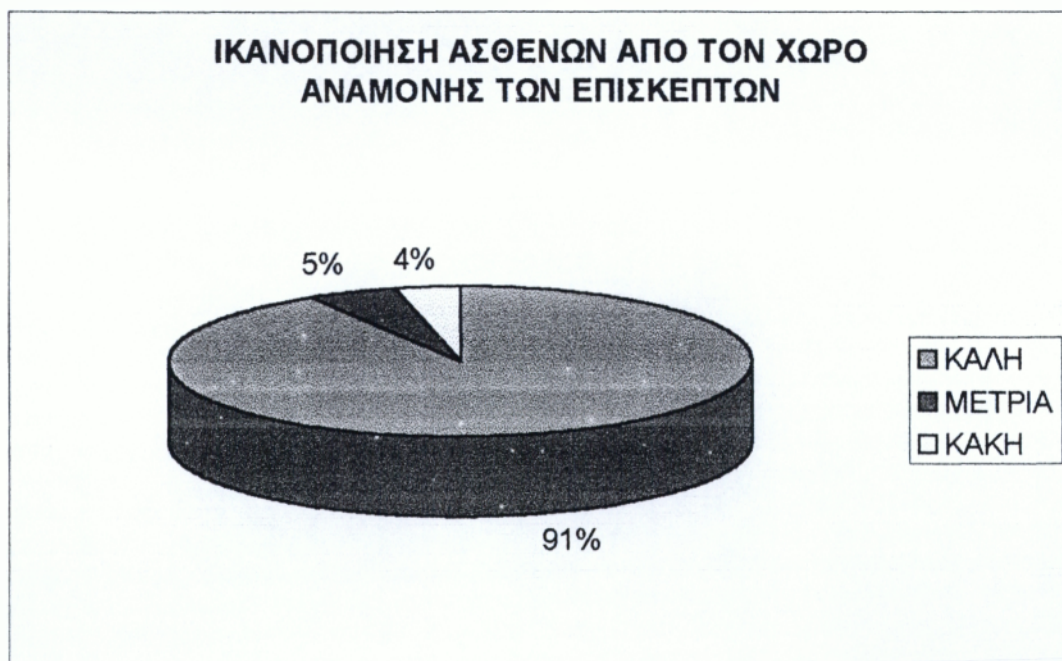


## 12. Ικανοποίηση ασθενών από τον χώρο αναμονής των επισκεπτών.

Πίνακας 12.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	73	91,25
ΜΕΤΡΙΑ	4	5,00
ΚΑΚΗ	3	3,75
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως παρατηρείτε, ο χώρος αναμονής των επισκεπτών για το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (91,25%) ήταν ικανοποιητικός. Ποσοστό 5,00% του δείγματος ήταν μέτρια ικανοποιημένο και ένα ποσοστό 3,75% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο.

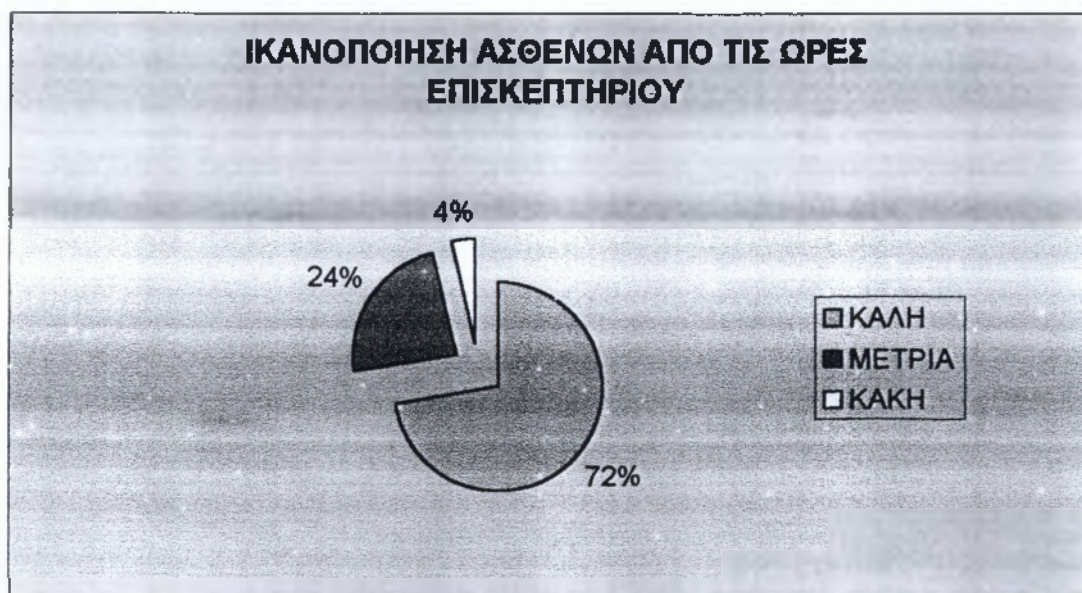


### 13. Ικανοποίηση ασθενών από τις ώρες επισκεπτηρίου.

Πίνακας 13.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	58	72,50
ΜΕΤΡΙΑ	19	23,75
ΚΑΚΗ	3	3,75
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 13, το 72,50% των ασθενών ήταν ικανοποιημένο από τις ώρες επισκεπτηρίου, το 23,75% ήταν μέτρια ικανοποιημένο και το 3,75% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο.





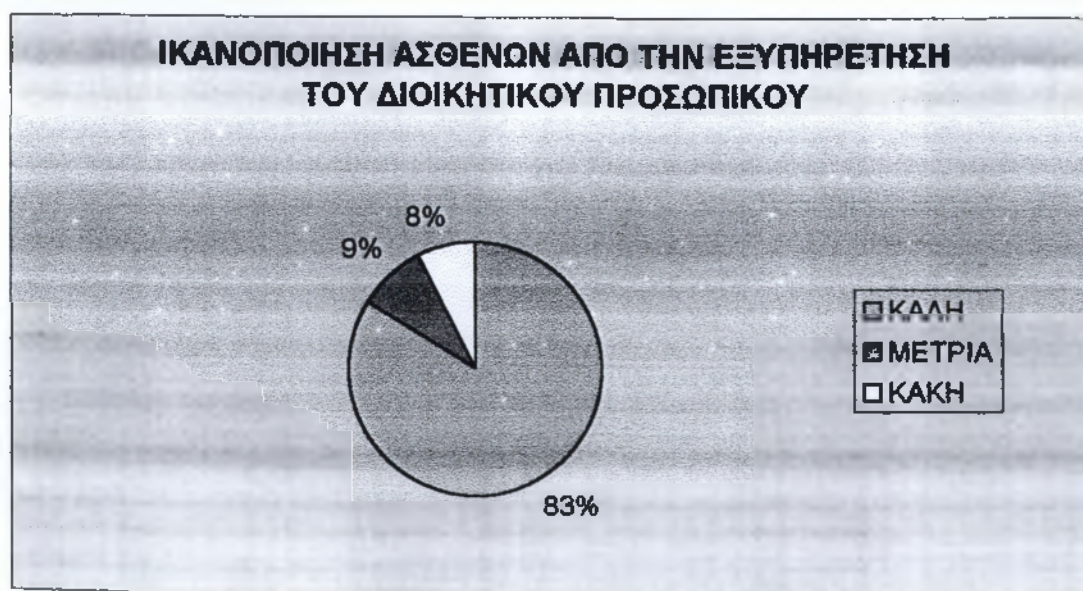
### 5.1.3. Ικανοποίηση ασθενών από το Διοικητικό Προσωπικό.

#### 14. Ικανοποίηση ασθενών από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού.

Πίνακας 14.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	67	83,75
ΜΕΤΡΙΑ	7	8,75
ΚΑΚΗ	6	7,50
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως μας δείχνει ο Πίνακας 14, το 83,75% των ασθενών ήταν ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Το 8,75% ήταν μέτρια ικανοποιημένο και το 7,50% ήταν δυσαρεστημένο.

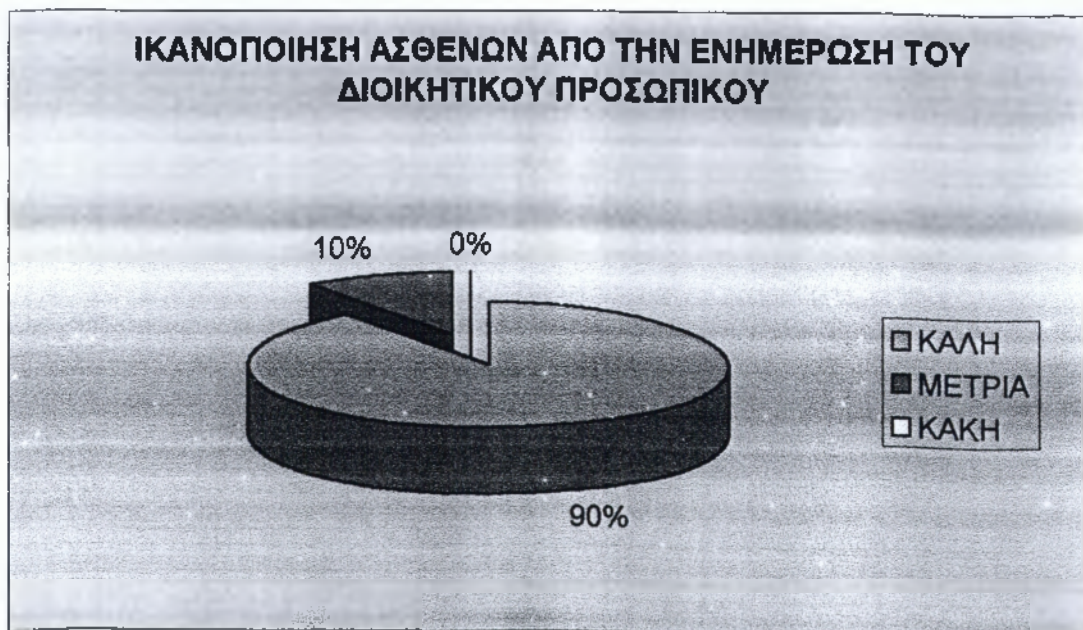


**15. Ικανοποίηση ασθενών από την ενημέρωση του διοικητικού προσωπικού.**

**Πίνακας 15.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	72	90,00
ΜΕΤΡΙΑ	8	10,00
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 15, το μεγαλύτερο ποσοστό (90,00%) εξέφρασε ικανοποίηση από την ενημέρωση του διοικητικού προσωπικού, ενώ το υπόλοιπο δείγμα (10,00%) εξέφρασε μέτρια ικανοποίηση.



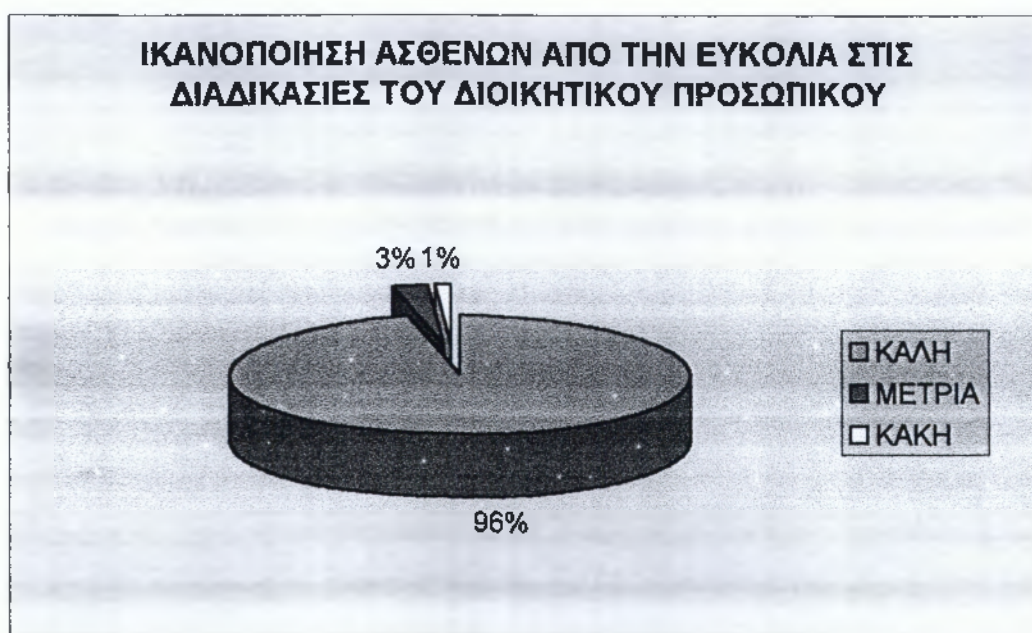


### 16. Ικανοποίηση ασθενών από την ευκολία στις διαδικασίες του διοικητικού προσωπικού.

Πίνακας 16.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	96,25
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,50
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 16, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (96,25%) υπήρξε ικανοποιημένο από την ευκολία στις διαδικασίες του διοικητικού προσωπικού. Ένα ποσοστό 2,50% υπήρξε μέτρια ικανοποιημένο και το μικρότερο ποσοστό (1,25%) δεν υπήρξε ικανοποιημένο.



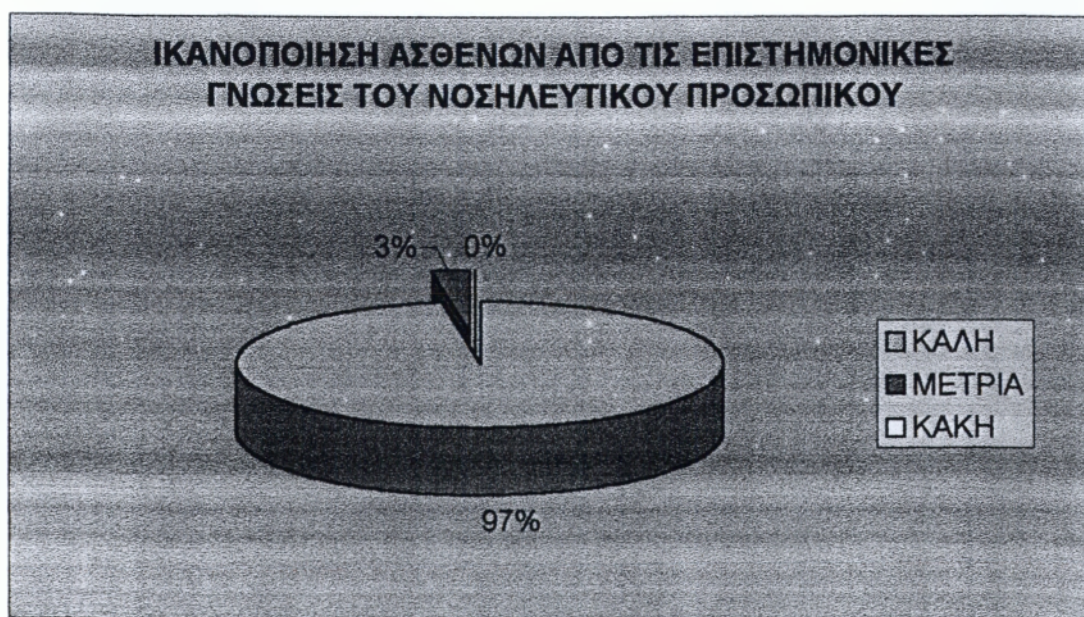
#### 5.1.4. Ικανοποίηση ασθενών από το Νοσηλευτικό Προσωπικό.

#### 17. Ικανοποίηση ασθενών από τις επιστημονικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 17.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,50
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,50
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως αποδεικνύεται από τον Πίνακα 17, το 97,50% των ερωτηθέντων ασθενών ήταν ικανοποιημένο από τις επιστημονικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και το υπόλοιπο 2,50% ήταν μέτρια ικανοποιημένο.

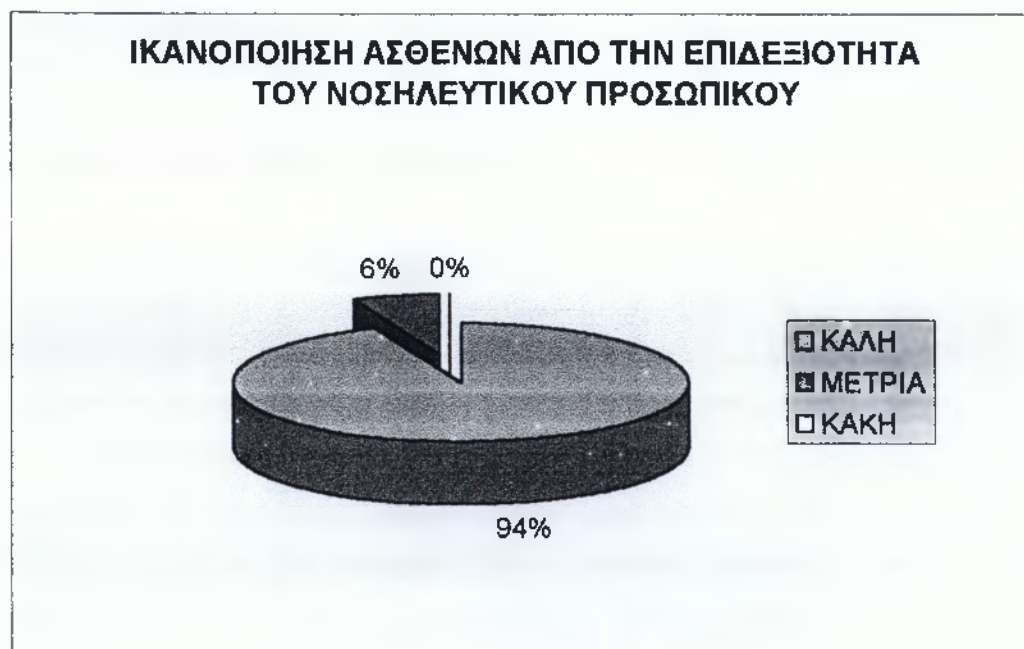


**18. Ικανοποίηση ασθενών από την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού.**

Πίνακας 18.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	75	93,75
ΜΕΤΡΙΑ	5	6,25
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Ο Πίνακας 18 μας δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (93,75%) υπήρξε ικανοποιημένο από την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, ένα ποσοστό 6,25% υπήρξε μέτρια ικανοποιημένο και κανένας ασθενής δεν υπήρξε δυσαρεστημένος.



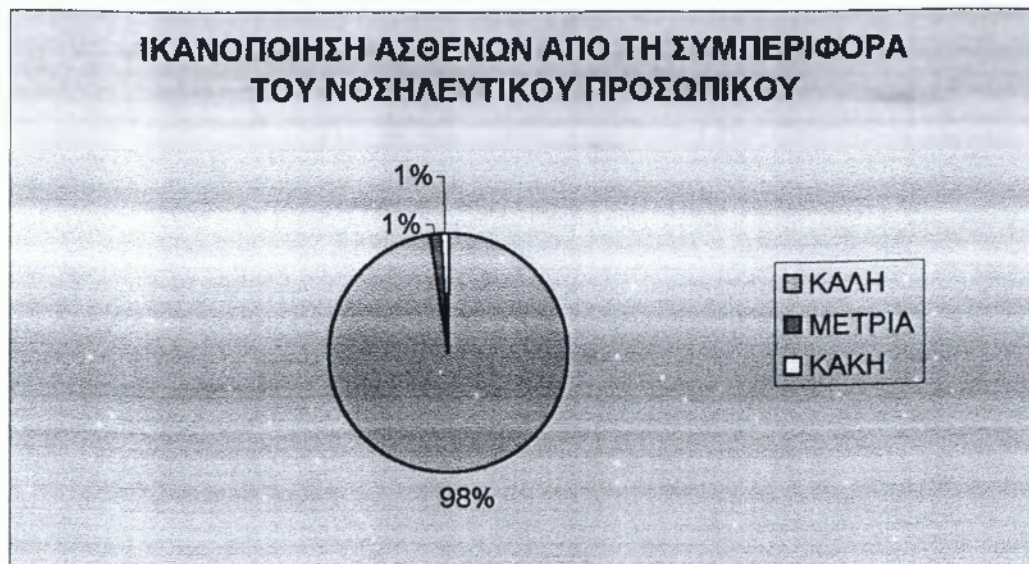


**19. Ικανοποίηση ασθενών από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.**

**Πίνακας 19.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,50
ΜΕΤΡΙΑ	1	1,25
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 19, το δείγμα στο μεγαλύτερο ποσοστό του (97,50%) ήταν ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. Το 1,25% του δείγματος ήταν μέτρια ικανοποιημένο και το υπόλοιπο 1,25% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο.



**20. Ικανοποίηση ασθενών από την οργάνωση του νοσηλευτικού προσωπικού.**

Πίνακας 20.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	97,47
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,53
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	79	100,00

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 20, η οργάνωση του ιατρικού προσωπικού ικανοποίησε το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (97,47%). Το υπόλοιπο ποσοστό του δείγματος (2,53%) ικανοποιήθηκε μέτρια.





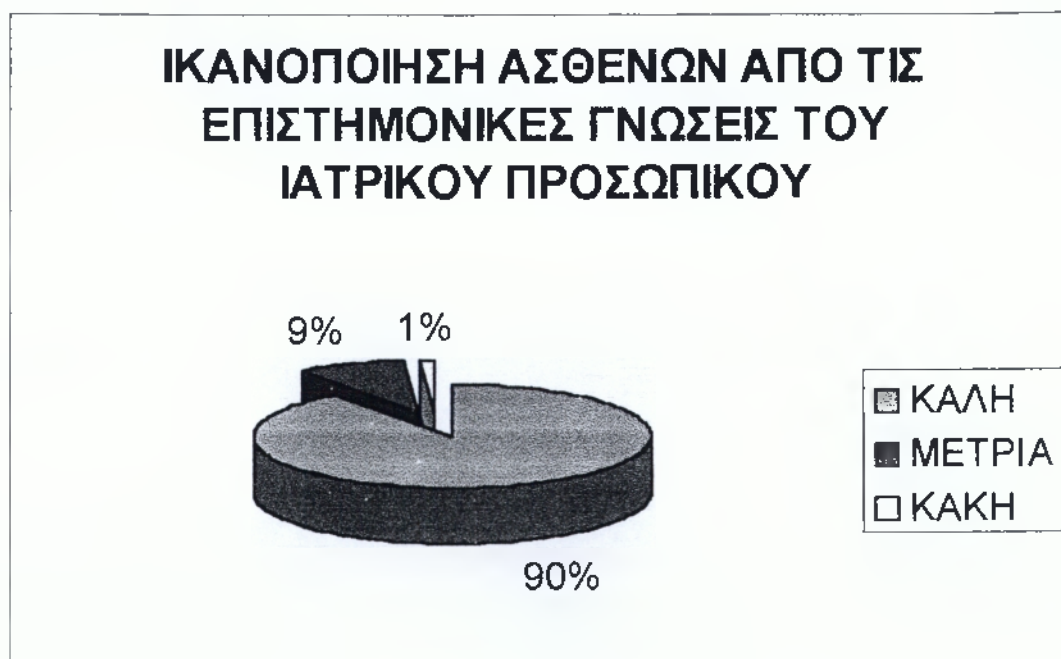
### 5.1.5. Ικανοποίηση ασθενών από το Ιατρικό Προσωπικό.

#### 21. Ικανοποίηση ασθενών από τις επιστημονικές γνώσεις του ιατρικού προσωπικού.

Πίνακας 21.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	72	90,00
ΜΕΤΡΙΑ	7	8,75
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 21, οι επιστημονικές γνώσεις του ιατρικού προσωπικού ικανοποίησαν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (90,00%), ικανοποίησαν μέτρια το 8,75% και δεν ικανοποίησαν καθόλου το 1,25% αυτού.

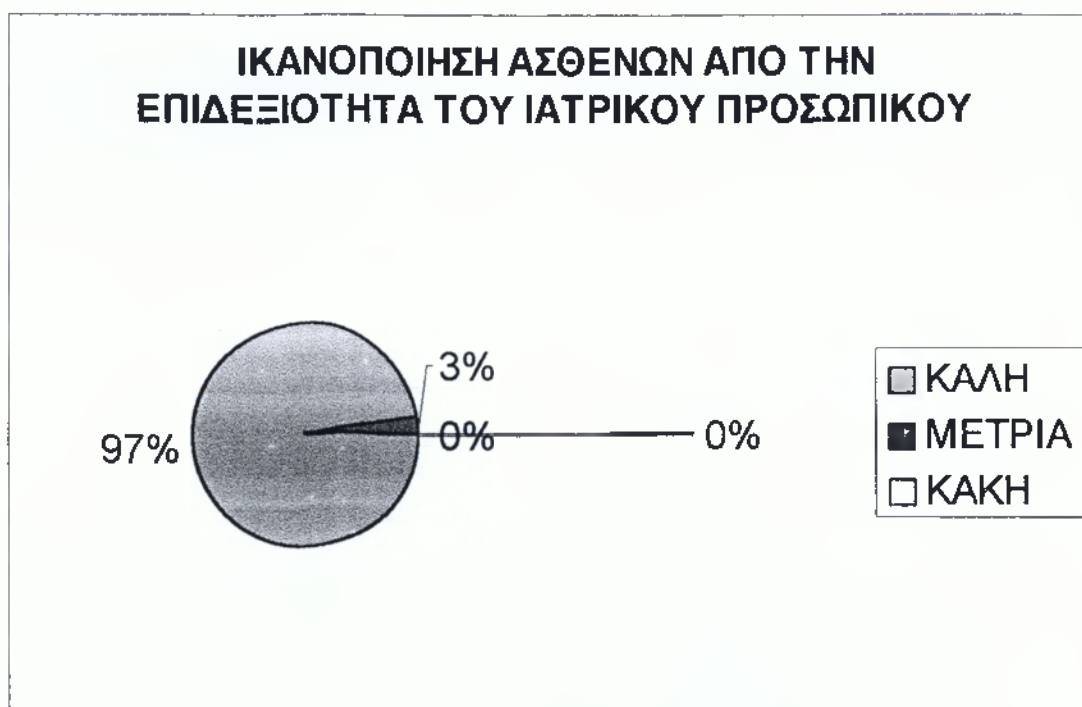


**22. Ικανοποίηση ασθενών από την επιδεξιότητα του ιατρικού προσωπικού.**

Πίνακας 22.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,50
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,50
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Η επιδεξιότητα του ιατρικού προσωπικού ικανοποίησε το 97,50% των ερωτηθέντων ασθενών και ικανοποίησε μέτρια το υπόλοιπο 2,50% αυτών.

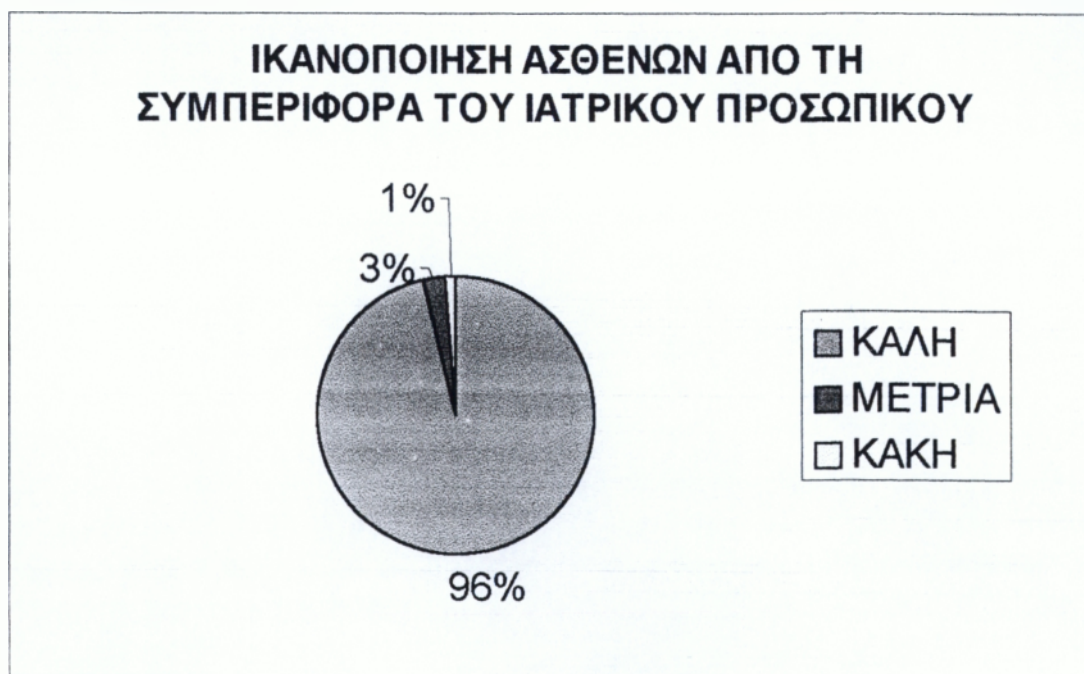


### 23. Ικανοποίηση ασθενών από τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού.

Πίνακας 23.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	96,25
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,50
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως δείχνει ο Πίνακας 23, το 96,25% του δείγματος ικανοποιήθηκε από τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, το 2,50% ικανοποιήθηκε μέτρια και το 1,25% καθόλου.

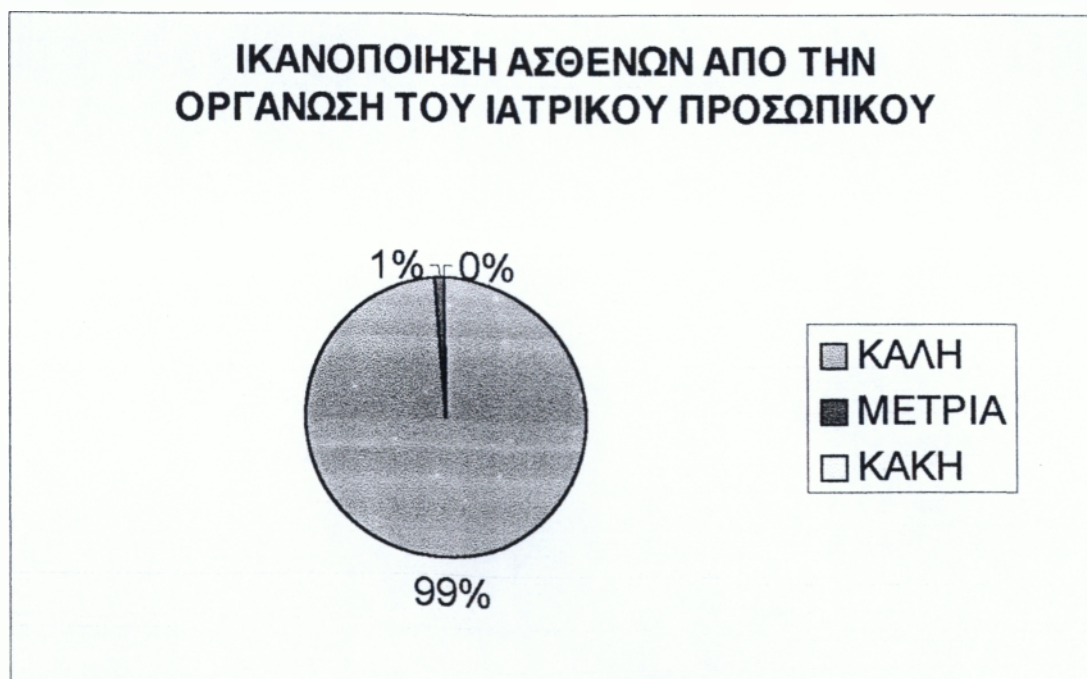


## 24. Ικανοποίηση ασθενών από την οργάνωση του ιατρικού προσωπικού.

Πίνακας 24.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	79	98,75
ΜΕΤΡΙΑ	1	1,25
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 24, η οργάνωση του ιατρικού προσωπικού ικανοποίησε το 98,75% των ασθενών και ικανοποίησε μέτρια το υπόλοιπο 1,25%.



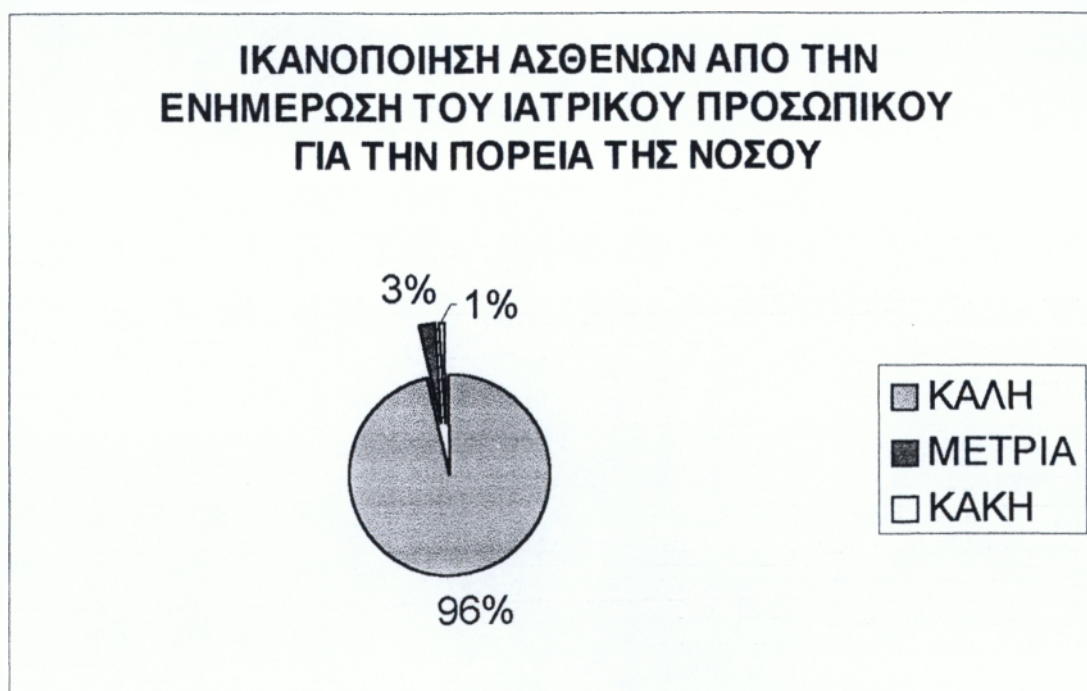
**5.1.6. Ικανοποίηση ασθενών από την ενημέρωση και τις οδηγίες του Ιατρικού Προσωπικού.**

**25. Ικανοποίηση ασθενών από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για την πορεία της νόσου.**

Πίνακας 25.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	96,25
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,50
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Η ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για την πορεία της νόσου φαίνεται ότι ικανοποίησε το 96,25% των ασθενών. Ικανοποίησε μέτρια το 2,50% αυτών και καθόλου το 1,25%.



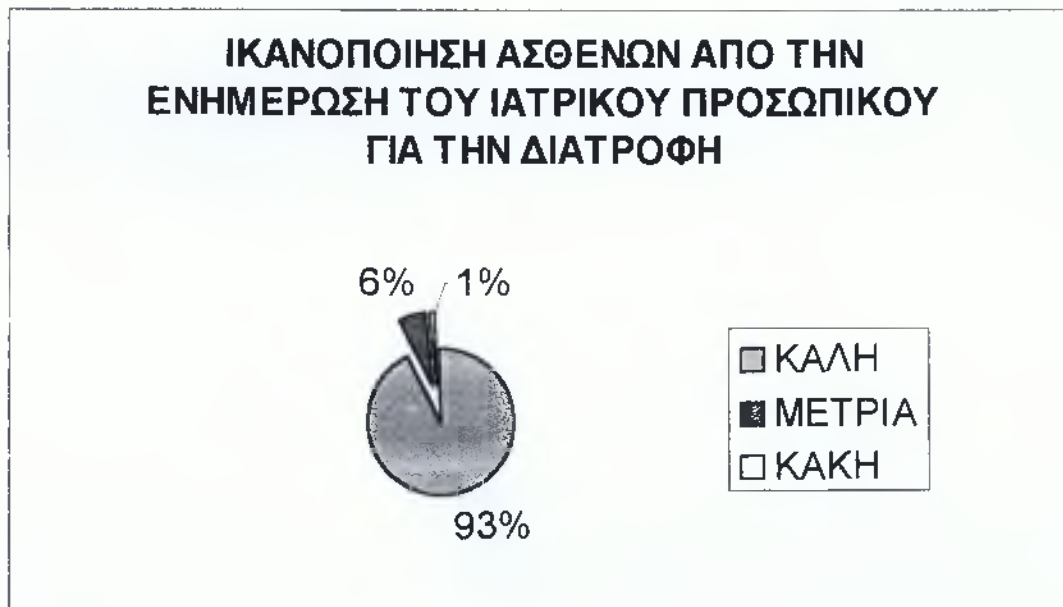


**26. Ικανοποίηση ασθενών από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για την διατροφή.**

**Πίνακας 26.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	74	92,50
ΜΕΤΡΙΑ	5	6,25
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (92,50%) ικανοποιήθηκε από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για την διατροφή του. Το 6,25% ικανοποιήθηκε μέτρια και το 1,25% δεν ικανοποιήθηκε καθόλου.

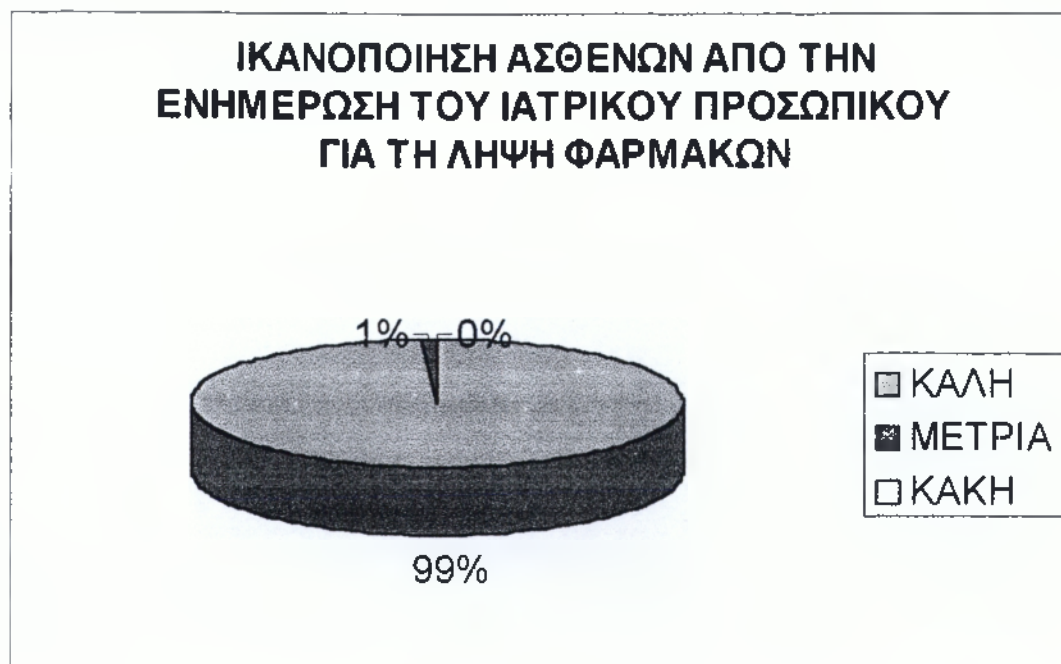


**27. Ικανοποίηση ασθενών από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για τη λήψη φαρμάκων.**

Πίνακας 27.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	79	98,75
ΜΕΤΡΙΑ	1	1,25
ΚΑΚΗ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως αποδεικνύεται από τον Πίνακα 27, το 98,75% των ασθενών υπήρξε ικανοποιημένο από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για τη λήψη φαρμάκων, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (1,25%) υπήρξε μέτρια ικανοποιημένο.



## 28. Ικανοποίηση ασθενών από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για το νέο τρόπο ζωής.

Πίνακας 28.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	69	88,46
ΜΕΤΡΙΑ	8	10,26
ΚΑΚΗ	1	1,28
ΣΥΝΟΛΟ	78	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 28, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (88,46%) υπήρξε ικανοποιημένο από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για το νέο τρόπο ζωής. Μέτρια ικανοποιημένο υπήρξε το 10,26% του δείγματος και καθόλου ικανοποιημένο το 1,28%.

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ



**5.1.7. Συνολικές συνθήκες παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο.**

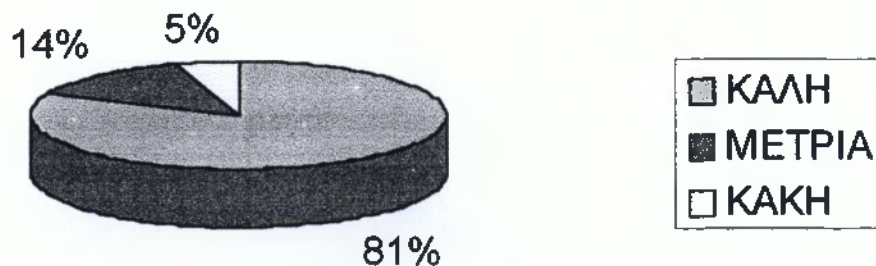
**29. Συνολική ικανοποίηση ασθενών από τις συνθήκες παραμονής τους στο νοσοκομείο.**

**Πίνακας 29.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	65	81,25
ΜΕΤΡΙΑ	11	13,75
ΚΑΚΗ	4	5,00
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,00

Όπως αποδεικνύεται από τον Πίνακα 29, το 81,25% του δείγματος υπήρξε ικανοποιημένο από τις γενικότερες συνθήκες παραμονής του στο νοσοκομείο. Το 13,75% υπήρξε μέτρια ικανοποιημένο και το 5,00% υπήρξε δυσαρεστημένο.

**ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ  
ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**



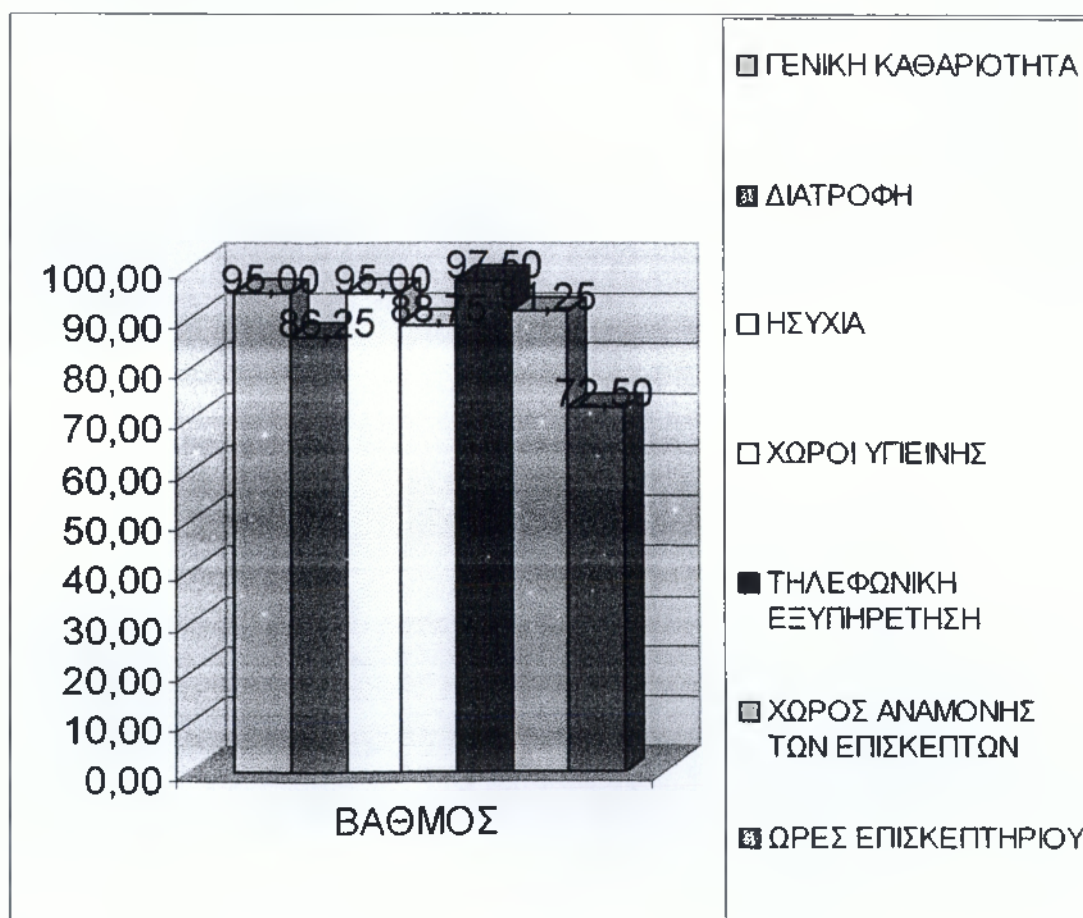
### 5.1.8. Δείκτες Συνολικής Ικανοποίησης.

α) Συνολική ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή φροντίδα.

Πίνακας 30.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	95,00
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	86,25
ΗΣΥΧΙΑ	95,00
ΧΩΡΟΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	88,75
ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	97,50
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ	91,25
ΩΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟΥ	72,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>89,46</b>

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 30, η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την ξενοδοχειακή φροντίδα ήταν 89,46%.



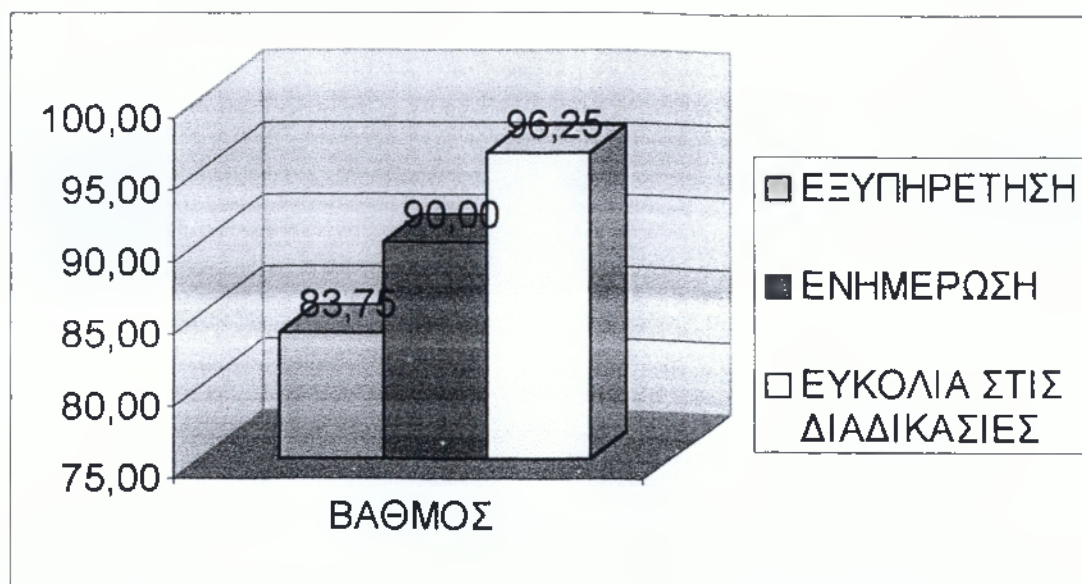


β) Συνολική ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό.

Πίνακας 31.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	83,75
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	90,00
ΕΥΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	96,25
ΣΥΝΟΛΟ	90,00

Όπως δείχνει ο Πίνακας 31, η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το διοικητικό προσωπικό ήταν 90,00%.

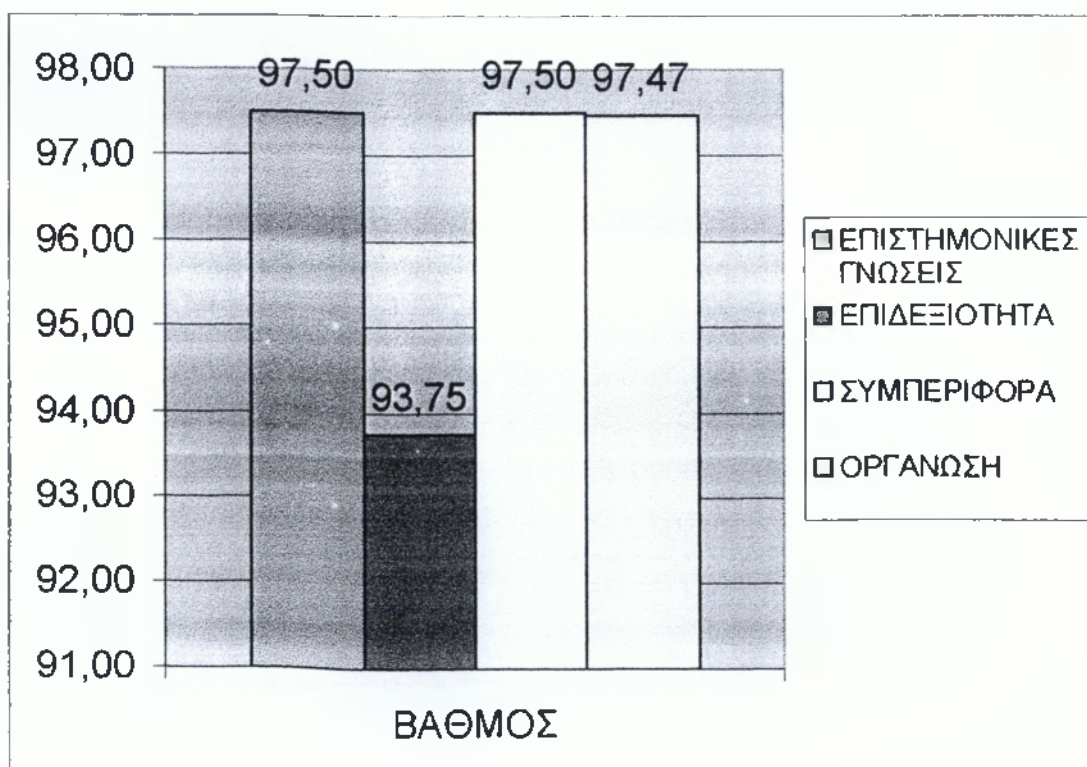


γ) Συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 32.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	97,50
ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	93,75
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	97,50
ΟΡΓΑΝΩΣΗ	97,47
ΣΥΝΟΛΟ	96,56

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 32, η συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 96,56%.

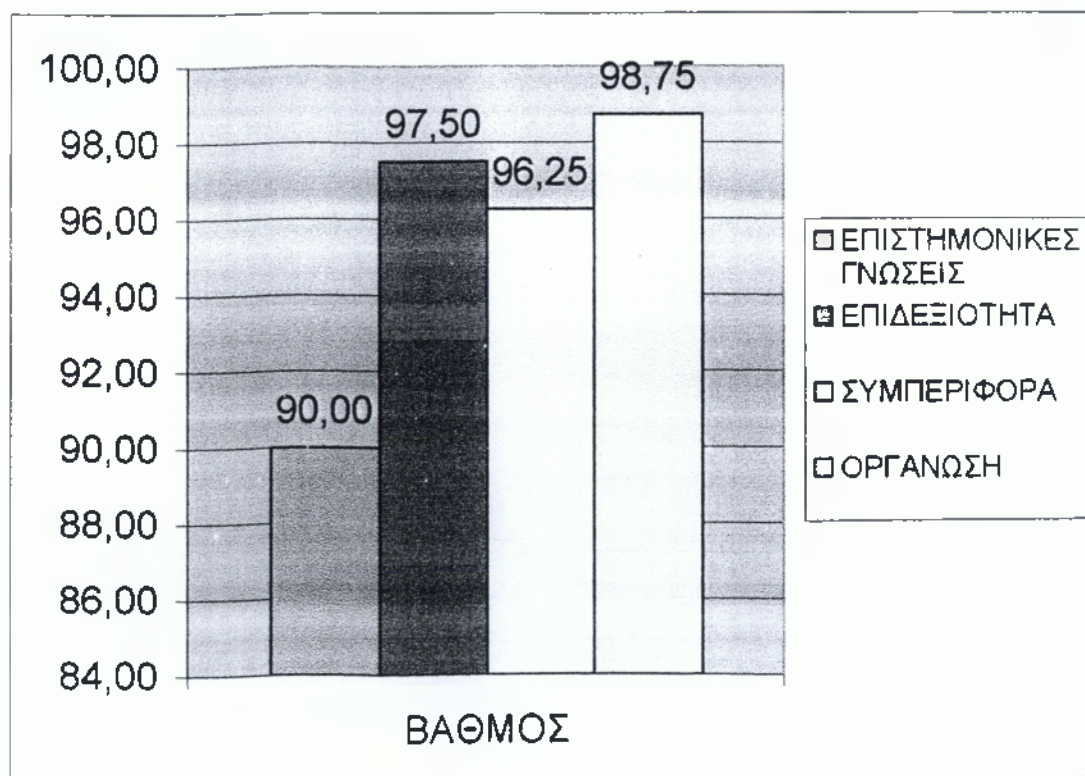


δ) Συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

Πίνακας 34.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	90,00
ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	97,50
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	96,25
ΟΡΓΑΝΩΣΗ	98,75
ΣΥΝΟΛΟ	95,63

Όπως δείχνει ο Πίνακας 34, η συνολική ικανοποίηση του δείγματος από το ιατρικό προσωπικό ήταν 95,63%.

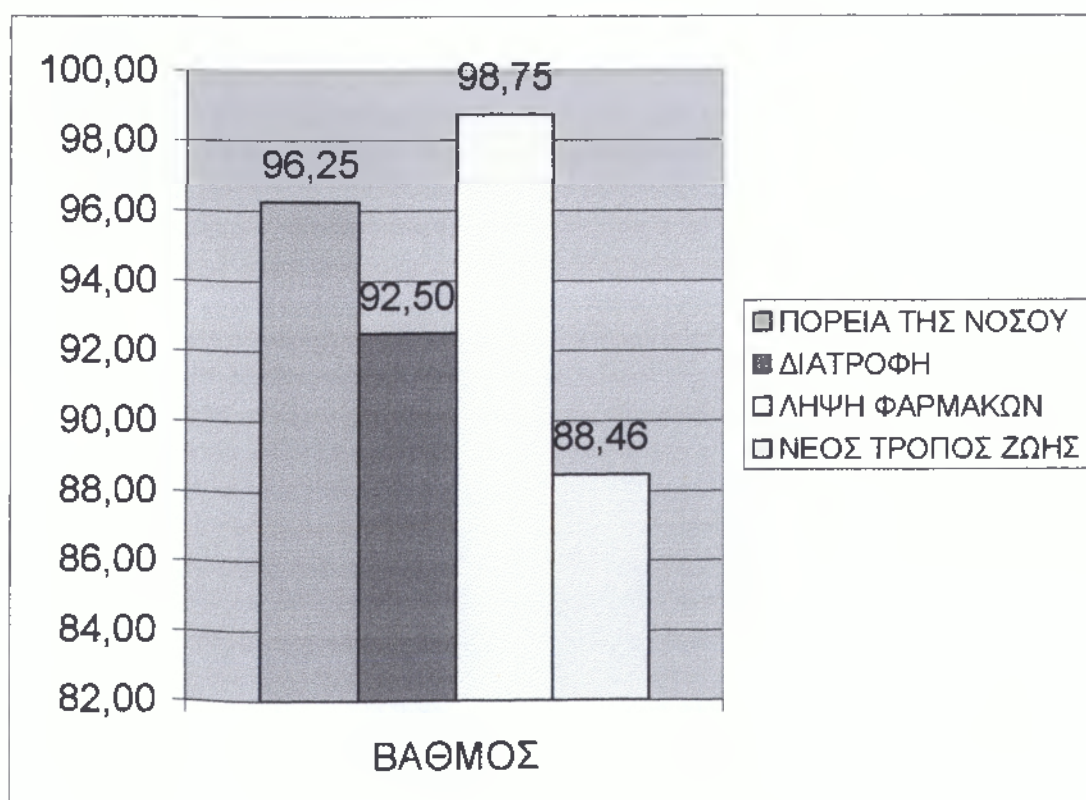


ε) Συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού.

Πίνακας 35.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	96,25
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	92,50
ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	98,75
ΝΕΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ	88,46
ΣΥΝΟΛΟ	93,99

Όπως δείχνει ο Πίνακας 35, η συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού ήταν το 93,99%.



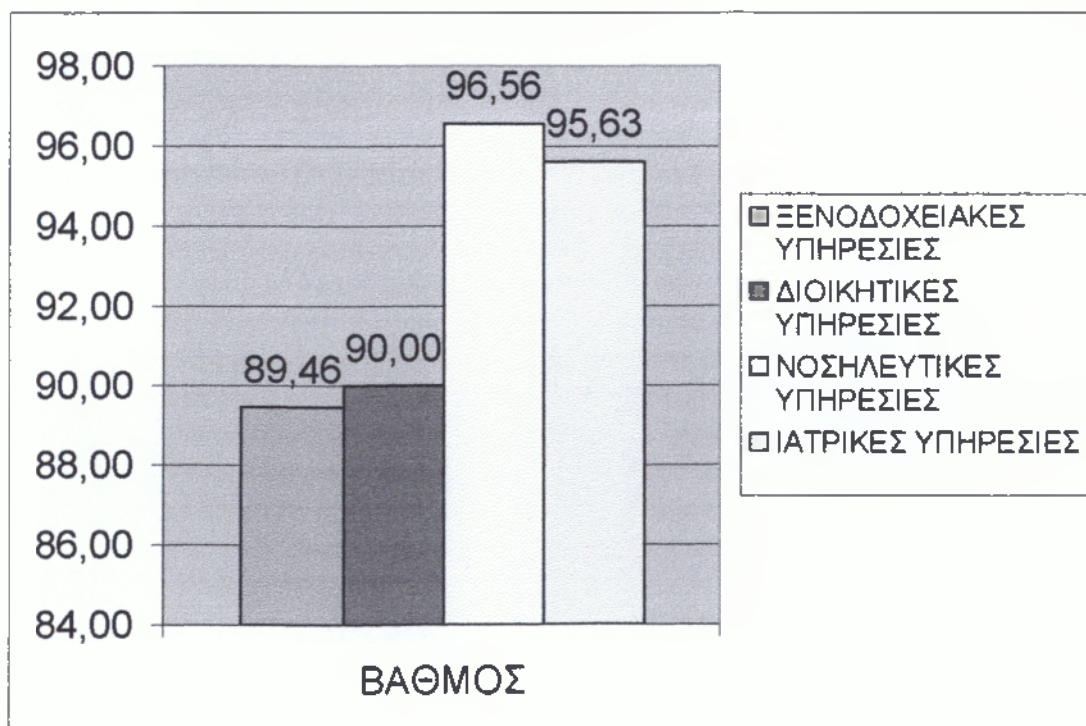


ζ) Ικανοποίηση ασθενών από τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου.

Πίνακας 36.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	89,46
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	90,00
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	96,56
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	95,63
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ	93,99
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	81,25
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>91,15</b>

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 36, το ποσοστό της ικανοποίησης των ασθενών από την συνολική εικόνα του νοσοκομείου ήταν 91,15%.





## 5.2. Συμπεράσματα – Συζήτηση.

Έπειτα από την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος προκύπτει ότι το 57,50% των νοσηλευθέντων ασθενών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων ήταν άνδρες και το 28,75% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 70 και άνω. Επίσης η εκπαίδευση του πλειοψηφούντος ποσοστού (41,25%) ήταν η στοιχειώδης. Το 27,50% των ασθενών ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και είναι αξιοσημείωτο εδώ να αναφερθεί ότι το 36,25% των ερωτηθέντων ασθενών, είτε δεν ανήκε στα ασφαλιστικά ταμεία ΙΚΑ, ΤΕΒΕ και ΟΓΑ, είτε δεν είχε ασφαλιστική κάλυψη. Τέλος ο τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο του 38,75% των ασθενών του δείγματος, έγινε σαν επείγον περιστατικό.

Για να μπορέσουμε να συζητήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, θεωρούμε ως ικανοποιημένους τους ασθενείς με βάση την τιμή της κλίμακας 3 (καλή) και υπολογίσαμε τον δείκτη ικανοποίησης για τις βασικότερες νοσοκομειακές λειτουργίες.

Όπως βλέπουμε (Πίνακας 36), η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων κυμαίνεται στο επίπεδο του 91,15%, ενώ 7,17% θεωρούν μέτριες τις υπηρεσίες και 1,68% κακές.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει να δει κανείς αναλυτικά το δείκτη συνολικής ικανοποίησης για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία ξεχωριστά.

Όσον αφορά την ξενοδοχειακή φροντίδα, η ικανοποίηση των ασθενών ήταν μεγάλη (89,46%). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης ικανοποίησης για τη γενική καθαριότητα του νοσοκομείου (95,00%), για την διατροφή (86,25%), την ησυχία (95,00%), τους χώρους υγιεινής (88,75%), την επικοινωνία με το εξωτερικό περιβάλλον μέσω τηλεφώνου (97,50%), καθώς και για την εξυπηρέτηση στους χώρους

υγιεινής των επισκεπτών (91,25%). Τον χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης συγκεντρώνουν οι ώρες επισκεπτηρίου (72,50%).

Ο δείκτης συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από το διοικητικό προσωπικό είναι αρκετά υψηλός (90,00%). Συγκεκριμένα οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όσον αφορά την ευκολία στις διαδικασίες (96,25%) και την ενημέρωση (90,00%), ενώ το χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης συγκεντρώνει η εξυπηρέτησή τους από το διοικητικό προσωπικό.

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό, σημειώθηκε στάση υψηλής ικανοποίησης (96,56%) των χρηστών υγείας, τόσο ως προς τις επιστημονικές γνώσεις (97,50%) και την επιδεξιότητα (93,75%) των νοσηλευτών, όσο και ως προς την άριστη συμπεριφορά (97,50%) και οργάνωση (97,47%) απέναντι στους νοσηλευθέντες ασθενείς.

Το σύνολο των ερωτηθέντων ασθενών εκφράζεται με υψηλό δείκτη ικανοποίησης και για το ιατρικό προσωπικό (95,63%). Ο βαθμός της συνολικής ικανοποίησης για τις επιστημονικές γνώσεις των ιατρών ήταν 90,00%, για την επιδεξιότητά τους 97,50%, για τη συμπεριφορά 96,25% και τέλος για την οργάνωσή τους ο βαθμός ήταν 98,75%.

Ο δείκτης συνολικής ικανοποίησης από την ενημέρωση και τις οδηγίες του ιατρικού προσωπικού προς τους νοσηλευθέντες ασθενείς τους ήταν 93,99%. Συγκεκριμένα, υψηλό δείκτη συγκεντρώνουν η ενημέρωση για την πορεία της νόσου (96,25%), για τη διατροφή (92,50%), για τη λήψη φαρμάκων (98,75%) και για το νέο τρόπο ζωής (88,46%).

Οι δείκτες αυτοί μειώνονται αρκετά όταν οι ασθενείς ρωτούνται για τις συνολικές συνθήκες παραμονής τους στο νοσοκομείο, όπου ο δείκτης κατεβαίνει στο 81,25%.

Παρά το σχετικά μικρό δείγμα, τολμούμε να παρουσιάσουμε τα εξής συμπεράσματα:

- ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υγείας είναι μέτριος έως υψηλός για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες
- ο βαθμός ικανοποίησης είναι πολύ υψηλός για το διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό
- η συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού, συγκεντρώνει υψηλό ποσοστό
- η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις συνθήκες παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν μέτριες έως υψηλές.

Βέβαια εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι αν και ο περιορισμένος αριθμός ασθενών που ερευνήθηκε, δεν μας επιτρέπει να κάνουμε γενικεύσεις, από τα αποτελέσματα που ανεγράφησαν αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο που οι ερωτήσεις που το πλαισιώναν, αφενός μεν μπορούσαν να καλύψουν τις σημαντικότερες διαστάσεις μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, αφετέρου δε έδιναν τη δυνατότητα για την πραγματοποίηση μιας περιγραφικής διερεύνησης των απόψεων των χρηστών και όχι την ανεύρεση των αιτιών εκείνων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την γνώμη τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων από τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τα νοσοκομεία, τόσο από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, όσο και από τις «ξενοδοχειακές» υπηρεσίες του ΠΓΝΙ.

Η μελέτη αυτή έγινε για να βοηθήσουμε στην κατανόηση των προβλημάτων των ασθενών, τόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό επίπεδο,

όσο και στην καλύτερη οργάνωση των ξενοδοχειακών και διοικητικών υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

Επίσης η έρευνα αποσκοπούσε να αναδείξει πλευρές των νοσοκομειακών υπηρεσιών που σχετίζονται με την ικανοποίηση ή μη των ασθενών σε όλα τα επίπεδα και να συμβάλει έτσι στην προσπάθεια αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας, με πληροφορίες που παρέχονται και παρακινούν τα διευθυντικά στελέχη για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σε αυτό το σημείο και αφού έχει διεκπεραιωθεί η απαραίτητη ενέργεια της συγγραφής των συμπερασμάτων, είναι το καταλληλότερο σημείο για να επιχειρηθεί η ανεύρεση της επαλήθευσης ή μη της ερευνητικής υπόθεσης, της οποίας το περιεχόμενο ανέφερε τη μη ύπαρξη ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι τα Ελληνικά Νοσοκομεία δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλει η σύγχρονη λειτουργία τους, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συνηγορούν, σε μεγάλο βαθμό, στο αντίθετο.

Συμπερασματικά λοιπόν, η ερευνητική μας υπόθεση δεν επαληθεύεται διότι ανευρέθησαν μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης σε όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, όπου αυτό μας δίνει ελπίδες να πιστεύουμε πως ίσως τελικά τα δημόσια νοσοκομεία να προσφέρουν ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, αν οι μελέτες αυτές επεκταθούν μπορεί να δημιουργηθεί μια δεξαμενή πληροφοριών, η οποία μπορεί να ενεργοποιήσει μηχανισμούς παρέμβασης για τη βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας με σκοπό την αναβάθμιση της ποιοτικής υγείας από τη μια, και να προάγει από την άλλη την εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στη χώρα μας.

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**





# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ  
6 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1988

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ  
875

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

- Τροποποίηση της με αριθμό Φ. 750/24/83/22.8.83 Υπουργικής Απόφασης για την Παροχή Υγειονομικής Περιθαλψής από το Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης και στους Συνταξιούχους του ΣΕ της ΠΑ και των Σωμάτων Ασφαλείας ως και τα Μέλη Οικογενείας τους ..... 1
- Τροποποίηση της Φ. 454.1/11.47835/29 Απρ. 88 Απόφασης του ΥΦΕΘΑ «Ανασυγκρότηση Πρωτοβάθμιας Επιτροπής Κρίσης Αγώνιστών Εθνικής Αντίστασης άρθρου 9 παρ. 3 Π.Δ. 379/83 όπως ισχύει σήμερα» ..... 2
- Εσωτερική διάρθρωση τμήματος Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων - Διεθνών Σχέσεων και Εμπορικής Πολιτικής της Διεύθυνσης Αγροτικής Πολιτικής και τεκμηρίωσης ..... 3
- Χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης στους άνεργους οικοδόμους των περιοχών ΑΜΑΛ, ΔΔΑΣ, ΣΑΒΑΛΙΩΝ, ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ, ΚΑΒΑΣΙΑΩΝ, ΑΝΔΡΕΒΙΔΑΣ, ΛΕΧΑΙΝΩΝ, ΒΑΡΔΑΣ που επλήγησαν από τους σεισμούς της 16.10.88 ..... 4
- Οργάνωση του Περιφερειακού Κέντρου Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων ..... 5
- Καθορισμός προσωπικού για την κάλυψη επαγγελματικών αναγκών στο Π.Μ.Ε. .... 6

### ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. 758/48/88

(1)

Τροποποίηση της με αριθμό Φ. 750/24/83/22.8.83 Υπουργικής Απόφασης για την Παροχή Υγειονομικής Περιθαλψής από το Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης και στους Συνταξιούχους του ΣΕ της ΠΑ και των Σωμάτων Ασφαλείας ως και τα Μέλη Οικογενείας τους.

#### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Έχοντας υπόψη:

α. Το άρθρο 6 του Νόμου 154/75 «Περί υγειονομικής περιθαλψής των Στρατιωτικών και των μελών οικογενειών των» (ΦΕΚ 185 τ.Α).

β. Την Υπουργική Απόφαση Φ. 750/24/83/22.8.83 (ΦΕΚ 486 τ.Β')

γ. Την με αριθμό Φ. 072.2.7/Γ1564/6.11.86 (ΦΕΚ 784 τ.Β') Υ.Α. «Ανάθεση αρμοδιοτήτων ΥΦΕΘΑ στον ΥΦΕΘΑ», αποφασίζουμε:

Άρξουν Μόνον

Η παράγραφος 1 του Άρθρου 1 της με αριθ. Φ. 750/24/83/22.8.83 Υπουργικής Απόφασης «Περί παροχής υγειονομικής περιθαλψής από Ναυτικά Νοσοκομεία στα μέλη οικογενειών εν ενεργεία στελεχών ΠΝ, ΣΕ, ΠΑ, ΛΣ, Σωμάτων Ασφαλείας στους συνταξιούχους του ΠΝ και ΛΣ και μέλη οικογενειών τους, στους μονίμους πολιτικούς Υπαλλήλους του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας και στους ιδιώτες που πάσχουν από τη νόσον των Δυτών» (ΦΕΚ 486 τ.Β') τροποποιείται και αναφέρεται όπως παρακάτω

•1. Εγκρίνουμε την παροχή Υγειονομικής περιθαλψής από το Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης στα μέλη οικογενειών των στο Άρθρο 1 του Νόμου 154/75 κατηγοριών Στρατιωτικών του Πολεμικού Ναυτικού Στρατού Ήρας, Πολεμικής Αεροπορίας, και Αιμενικού Σώματος οι μέλη οικογενειών των στελεχών των Σωμάτων Ασφαλείας στους Στρατιωτικούς Συνταξιούχους του Πολεμικού Ναυτικού του Στρατού Ήρας της Πολεμικής Αεροπορίας του Αιμενικού Σώματος των Σωμάτων Ασφαλείας ως και στα μέλη οικογενειών των, στους μονίμους πολιτικούς Υπαλλήλους του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας και σε αυτούς που πάσχουν από τη νόσον των Δυτών, εφόσον οι πιο πάνω δικαιούνται πελάγη σε βάρος Δημοσίου είναι δηλαδή κάτοχοι βιβλίων νοσηλείας εξαιρούνται αυτοί που πάσχουν από τη νόσο των δυτών οι οποίοι νοσηλεύονται ανεξάρτητα από τον ασφαλιστικό φορέα και την εθνικότητά τους».

2. Η παρούσα να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως

Αθήνα, 21 Νοεμβρίου 1988

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΟΡΕΣΤΗΣ ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗΣ

Αριθ. Φ.454.1/22/487733

Τροποποίηση της Φ. 454.1/11/47835/29 Απρ. 88 Απόφασης του ΥΦΕΘΑ «Ανασυγκρότηση Πρωτοβάθμιας Επιτροπής Κρίσης Αγώνιστών Εθνικής Αντίστασης άρθρου 9 παρ. 3 Π.Δ. 379/83 όπως ισχύει σήμερα».

#### Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Έχοντας υπόψη:

α. Τις διατάξεις του άρθρου 12 Ν. 1285/82 «Για την αναγνώριση της Εθνικής Αντίστασης του Ελληνικού Λαού εναντίον των στρατευμάτων κατοχής 1941-1944 (ΦΕΚ 115 τ.Α)».

β. Τις διατάξεις των άρθρων 9 παρ. 3, 4, 6 και 7 και 10 παρ. 2 Π.Δ. 379/83 «Επέκταση ευεργετημάτων Α.Ν. 971/49 σε αγωνιστές της Εθνικής Αντίστασης και λοιπούς δικαστούς» (ΦΕΚ Α' 136), όπως άρθρα 9 παρ. 3 και 10 παρ. 2 αντικαταστάθηκαν από τα άρθρα 2 και 1 και 3 αντίστοιχα του Π.Δ. 132/85 (ΦΕΚ Α' 52).

γ. Την αρ. 072.2/7/Γ1564/6.11.86 Κοινή Απόφαση του Πρωτοπουργού και του Αντιπροέδρου της Κυβερνήσεως και Υπουργού Εθνικής Άμυνας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων Υπουργού Εθνικής Άμυνας στον Υφυπουργό Εθνικής Άμυνας Ορίστη Παπαστράτη».

δ. Την από 24 Οκτωβρίου 1988 εισηγήση ΓΕΕΘΑ/ΔΕΠΠΑΘΑ, απευθυνόμενη:

Αντικαθιστούμε την παρ. 6 εδ. γ' της Φ.454.1/11.478 83 Σ.3990/29.4.88 απόφασης του ΥΦΕΘΑ ως ακολούθως:

•6γ. Για το Πυροσβεστικό Σώμα από τον Πύραρχο Σταύρο Σκίκο αναπληρωματικό του Αντιπύραρχο Αλεβιζάκη Νικόλαο.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 16 Νοεμβρίου 1988

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΟΡΕΣΤΗΣ ΠΑΠΑΙΣΤΡΑΤΗΣ

αριθ. 386510

(3)

Συνοπτική διάρθρωση τμήματος Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων - Διεθνών Συμφωνιών και Εμπορικής Πολιτικής της Διεύθυνσης Αγροτικής Πολιτικής και Τεκμηρίωσης.

### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α) Της παραγρ. 4 του άρθρου 2 του Ν. 51/75 (ΦΕΚ 125 Α/75), «Περί αναδιοργάνωσης των δημόσιων πολιτικών υπηρεσιών».

β) Του Ν. 1537/85 (ΦΕΚ 48 Α/85) «Κύρωση της συμφωνίας μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας και του Διεθνούς Κέντρου Ανωτάτων Μεσογειακών Γεωπονικών Σπουδών (C.I.H.E.A.M.) και ρύθμιση θεμάτων σχετικών με το Μεσογειακό Αγρονομικό Ινστιτούτο Χανίων (ΜΑΙΧ)».

γ) Του Π.Δ. 534/88 (ΦΕΚ 245 Α/88), «Ανακατανομή αρμοδιοτήτων των Υπουργείων Εθνικής Οικονομίας και Γεωργίας και μεταφορά υπηρεσιών».

δ) Της περίπτωσης γ της παραγρ. 2 του άρθρου 2 του Π.Δ. 402/88 (ΦΕΚ 187 Α/88), «Οργανισμός του Υπουργείου Γεωργίας».

ε) Του άρθρου 9 του Ν. 1586/86 (ΦΕΚ 37 Α/86), «Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλες διατάξεις», αποφασίζουμε:

1. Συνιστούμε, στο Τμήμα Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων - Διεθνών Συμφωνιών και Εμπορικής Πολιτικής της Διεύθυνσης Αγροτικής Πολιτικής και Τεκμηρίωσης, Γραμματεία Συντονιστικής Επιτροπής Ελλάδας ΜΑΙΧ-ΔΙΚΑΜΓΣ.

2. Στην ανωτέρω Γραμματεία συντάχουν, ο συντονιστής, η Εποπτεία και η υποβοήθηση του έργου του Μεσογειακού Αγρονομικού Ινστιτούτου Χανίων (ΜΑΙΧ), η εκπροσώπηση της Ελλάδας στο Διεθνές Κέντρο Ανωτάτων Μεσογειακών Γεωπονικών Σπουδών (ΔΙΚΑΜΓΣ) και γενικά η εκπλήρωση των υποχρεώσεων που δημιουργούνται από τις σχέσεις της Ελλάδας με το ΔΙΚΑΜΓΣ και τη λειτουργία του ΜΑΙΧ καθώς και η γραμματειακή εξυπηρέτηση της Συντονιστικής Επιτροπής που προβλέπεται από το άρθρο 2 της συμφωνίας μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας και του ΔΙΚΑΜΓΣ που κωλύθηκε με το Ν. 1537/1985 (ΦΕΚ 48/19.3.1985/Α').

3. Της ανωτέρω Γραμματείας θα προϊσταται υπάλληλος των κλάδων ΤΕ6 ή ΔΕ4 Διοικητικός - Οικονομικός.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 2 Δεκεμβρίου 1988

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΓΙΑΝΝΗΣ ΠΟΤΤΑΚΗΣ

Αριθ. 32707

(4)

Χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης στους άεργους οικοδόμους των περιοχών ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ, ΣΑΒΑΛΙΩΝ, ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ, ΚΑΒΑΣΙΩΝ, ΑΝΔΡΑΒΙΔΑΣ, ΛΕΧΑΙΩΝ, ΒΑΡΔΑΣ που κλητήσαν από τους σεισμούς της 16.1.88.

### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 17 του Ν.Δ/τος 2961/54 «περί συστάσεως Οργανισμού Απασχολήσεως & Ασφαλίσεως Ανεργίας», όπως τροποποιήθηκε αργότερα.

2. Τις διατάξεις του Ν.Δ/τος 212/60 «περί Οργανώσεως & Διοικήσεως του Οργανισμού Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού».

3. Την 3886/88 απόφαση του Δ.Σ. του ΟΛΕΔ (αρ. Συνεδρίασης 327/22.11.88 που μας υποβλήθηκε με το σχετικό έγγραφο του Οργανισμού).

4. Το γεγονός ότι στην προκείμενη περίπτωση συντρέχουν εξαιρετικοί λόγοι, αποφασίζουμε:

1. Εγκρίνουμε την καταβολή από τον ΟΛΕΔ έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από στρανταπέντε χιλιάδες (45.000) δραχ. στον κάθε άεργο

οικοδόμο που εργαζόταν στις πληγείσες από το σεισμό περιοχές και διέκοψε την εργασία του λόγω των σεισμών με τις εξής προϋποθέσεις:

α) Να είναι άνεργος κατά την ημερομηνία καταβολής του βοηθήματος.

β) Να έχει πραγματοποιήσει κατά τα έτη 1987 και 1988 50 και 25 ημερησίοια ανώτεροχα στον κλάδο του.

γ) Να έχει απασχοληθεί κατά τους μήνες Σεπτέμβριο ή Οκτώβριο 1988 στις πληγείσες από το σεισμό περιοχές: ΑΜΑΛΙΑΔΑ, ΣΑΒΑΛΙΑ, ΓΑΣΤΟΥΝΗ, ΚΑΒΑΣΙΑ, ΑΝΔΡΑΒΙΔΑ, ΛΕΧΑΙΝΑ & ΒΑΡΔΑ. Στην περίπτωση αυτή η απασχόληση θα αποδεικνύεται από το βιβλιάριο εργατών ή από τη μισθολογική κατάσταση του εργοδότη.

Η ανωτέρω οικονομική ενίσχυση δεν θα συμψηφισθεί με την οικονομική ενίσχυση που θα δοθεί στους οικοδόμους της Χώρας εν όψει των εορτών Χριστουγέννων 1988.

2. Η αξίωση της παραπάνω οικονομικής ενίσχυσης παραγράφεται μετά εξήντα (60) ημέρες από την κοστοποίηση της απόφασης αυτής στην αρμόδια για την επιδότηση Υπηρεσία.

Η απόφαση αυτή, που κοινοποιείται για εκτέλεση, να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Δεκεμβρίου 1988

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Αριθ. 17781

(5)

Οργανισμός του Περιφερειακού Παν/κού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις των παρ. 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83).

2. Τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 10 του Ν. 1579/85 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 217/Α/85).

3. Τις διατάξεις του Π.Δ/τος 87/86 «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/86).

4. Την 12/24.10.88 απόφαση του Δ.Σ. του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, αποφασίζουμε:

#### Άρθρο 1

1. Το Περιφερειακό Παν/κό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, που ιδρύθηκε με το Π.Δ/γμα 391/86 «Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου με την επωνυμία Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων» (ΦΕΚ 174/Α/86) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ/τος 2592/53 «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντλήψεως» (ΦΕΚ 254/Α/53), όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα και στις διατάξεις του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83), οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

2. Η ανάπτυξη του νοσοκομείου, στο πλαίσιο του οργανισμού αυτού, γίνεται σταδιακά με αποφάσεις του Δ.Σ. και σύμφωνα με τις κάθε φορά αποφάσεις και κατευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

#### Άρθρο 2

Επωνυμία: Έδρα Σφραγίδα

1. Το νοσοκομείο αυτό ορίζεται ως Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας, όπως αυτή προβλέπεται από το Π.Δ/γμα 31/86 «Διαιρέση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες» (ΦΕΚ 12/Α/86), όπως αυτό ισχύει κάθε φορά.

Το νοσοκομείο αυτό φέρει την επωνυμία: Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

2. Έδρα του νοσοκομείου είναι η πόλη των Ιωαννίνων.

3. Το νοσοκομείο έχει σφραγίδα στραγγυλή, στην οποία αναγράφονται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - ΥΠΟΥΡΓ.



Άρθρο 3

Σκοπός

Ο σκοπός του νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα και κύρια εξειδικευμένης (πρώτου επιπέδου) μορφής στον πληθυσμό της υγειονομικής περιφέρειας και σε άτομα που παραπέμπονται από άλλες υγειονομικές περιφέρειες. Η περίθαλψη παρέχεται ισότιμα για κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

2. Η προπτυχιακή εκπαίδευση σε φοιτητές του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, καθώς και σε φοιτητές σχολών άλλων Επαγγελματιών υγείας.

3. Η ειδικευση γιατρών και η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση των ιατρών και λειτουργών άλλων κλάδων υγείας με την ανάπτυξη και τη διεύθυνση αντίστοιχων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

4. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της ιατρικής και άλλων συναφών επιστημών. Στην εκτεύθυνση αυτή εφαρμόζονται επιστημονικά προγράμματα, αναπτύσσει επιστημονικές ομάδες και συνεργάζεται με άλλους συναφείς τομείς καθώς και με διεθνείς οργανισμούς επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

5. Η συνεργασία με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά του έργου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων που αφορούν το χώρο της υγείας, στην περιφέρεια, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 1397/83 και στο πλαίσιο της προβλεπόμενης από τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 8 του ίδιου νόμου, όπως συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 νοσηλευτικής επιστημονικής και λειτουργικής διασύνδεσης.

6. Την έννοια της συνεργασίας και διασύνδεσης αυτής περιλαμβάνεται η συνεννόηση και η εφαρμογή με ευθύνη των πανεπιστημιακών κλινικών, της νοσηλευτικής μονάδας της υγειονομικής περιφέρειας, προγραμματισμού σεμιναρίων, μαθημάτων διαλέξεων για την συνεχή αναβάθμιση της ιατροτεχνολογικής λειτουργίας τους καθώς και η μετάβαση στις νοσηλευτικές υπηρεσίες αυτές επιστημόνων του νοσοκομείου για την οργάνωση, σε συνεργασία με την ιατρική υπηρεσία της κάθε νοσηλευτικής μονάδας, παροχής εξειδικευμένης περίθαλψης στον πληθυσμό της κάθε νομαρχιακής περιφέρειας.

Άρθρο 4

Δύναμη κρεβατιών

1. Το νοσοκομείο μπορεί να αναπτύσσει συνολική δύναμη μέχρι επτακόσια (750) κρεβάτια.

Άρθρο 5

Διάκριση υπηρεσιών

1. Το νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:
  - α) Ιατρική
  - β) Νοσηλευτική
  - γ) Διοικητική
2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του άρθρου 5 του νοσοκομείου.
3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 6

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από κλινικά και εργαστηριακά τμήματα και μονάδες του Ε.Σ.Υ. καθώς και από πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες και διαρθρώνεται στους τομείς: Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό, Εργαστηριακό και Κοινωνικής Ιατρικής.

τουρκούν π. πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια, και μονάδες που εγκαθίστανται σ' αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1397/83.

Στο στάδιο αυτό ο κάθε κλινικός τομέας λειτουργεί με τον αριθμό κρεβατιών που ορίζεται με την κοινή απόφαση, που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές, συνολικά για τις αντίστοιχες πανεπιστημιακές κλινικές που εντάσσονται σ' αυτόν.

Άρθρο 7

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε επτά (7) τομείς 1ο, 2ο, 3ο, 4ο, 5ο, 6ο και 7ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

α) Ο 1ος και 2ος τομείς σε έξι (6) τμήματα ο καθένας, που καλύπτουν τον παθολογικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

β) Ο 3ος και 4ος τομείς σε τέσσερα (4) τμήματα ο καθένας, που καλύπτουν τον χειρουργικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας, εκτός του ανατομικο-φυσιολογικού τμήματος και της μονάδας ανάνηψης.

γ) Ο 5ος τομείς σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τον ψυχιατρικό τομέα και τον τομέα κοινωνικής ιατρικής της ιατρικής υπηρεσίας.

δ) Ο 6ος τομείς σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τα εξωτερικά ιατρεία, τα διατομιακά τμήματα και τον εργαστηριακό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

ε) Ο 7ος τομείς σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν το ανατομικο-φυσιολογικό τμήμα, την μονάδα ανάνηψης, την κεντρική αποστείρωση και τα χειρουργεία της ιατρικής υπηρεσίας.

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να μεταφέρονται νοσηλευτικά τμήματα από το ένα νοσηλευτικό τομέα στον άλλο, μέσα στο πλαίσιο του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτών.

3. Στο Νοσοκομείο συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή που αποτελείται από:

α) Τον διευθυντή-ντρία της νοσηλευτικής υπηρεσίας, ως πρόεδρο.

β) Ένα (1) προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα.

γ) Ένα (1) διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα.

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο χρόνια με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται με προσκληση του προϊσταμένου αυτού. Τα μέλη της νοσηλευτικής επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον αντιπρόεδρο μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και τον γραμματέα μεταξύ των υπό στοιχείων (γ) μελών. Η νοσηλευτική επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και ειδικότερα σχετικά με τον πρόεδρο της στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου.

Άρθρο 8

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

1. Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) υποδιευθύνσεις:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού
- β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού
- γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού.

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.

2. Η υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:

- α) Προσωπικού
- β) Γραμματείας
- γ) Κίνηση Αρρώστων
- δ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- ε) Κοινωνικής Υπηρεσίας

στ. Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων).

ζ. Η υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:

- α) Οικονομικού
- β) Πληροφορικής
- γ) Οργάνωσης

δ. Διατροφής και στα αυτοτελή γραφεία:

- α. Επιστάσις
- β. Ιατριομαθ

3. Η υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:

- α. Τεχνικού

Βιοιατρικής Τεχνολογίας

Άρθρο 9

Αρμοδιότητες υπηρεσιών

Αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι: η προώθηση και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο πρωτογραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αρμοδιότητες Φαρμακευτικού Τμήματος: έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, την φύλαξη, την αξιολόγηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, την χορήγηση, τη διακίνηση, τη διακίνηση και διαχείριση του φαρμακευτικού υλικού υλικού αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ. Ακόμη έχει την ευθύνη του τιμολογικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οποιασδήποτε συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς και του ελέγχου προς εκτέλεση συνταγών.

Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι: η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατεχόμενων των υπευθύνων σε περίπτωση γιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι: **Τμήμα Προσωπικού:** Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του νοσοκομείου, καθώς και την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών νοσοκομείου.

**Τμήμα Γραμματείας:** Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με οργάνωση της γραμματειακής σειράς σύμφωνα με τις αποφάσεις διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου, την τήρηση του αρχειοφυλάκτου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την επώπηση κάθε προβλήματος για την διακίνηση του έργου του νοσοκομείου.

**Τμήμα Κίνησης Αρρώστων:** Η φροντίδα για την έκδοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και τήρηση κατάλογου αναμονής εισαγωγής. Τηρεί βιβλίο κενών κάθε κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με τη σειρά στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, την χρέωση των νοσηλείας και την έκδοση των δεσφίσεων παροχής υπηρεσιών. Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφορία γι' αυτούς. Επίσης τηρεί λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Χρησιμοποιούνται στους αρρώστους όταν το ζητούν, μετά την υποβολή της αίτησης.

**Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Υπηρεσιών:** Η ευθύνη και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρών, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προσερχομένων σ' αυτά αρρώστων. Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρών.

Ενημερώνει την σειρά προσέλευσης των αρρώστων και προγραμματίζει την επανεξέτασή τους με προσυνεννόηση. Εξοφλεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν το ζητούν μετά από υποβολή σχετικής αίτησης. Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρών και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

**Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας:** Η ευθύνη και φροντίδα για την συζήτηση στους νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την μετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της σκόπευτης κοινωνικής πολιτικής της Πολιτείας.

**Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων):** Εντάσσονται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργασιών, των τελεγγών χειριστών-εμφανιστών, των εγχειρησιακών, των ορθοπαιδικών και των ψυχοθεραπευτικών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον εσωτικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου.

**Τμήμα Οικονομικό:** Η φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών γκρών του ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία προτάσεων για την κατάρτιση του προσωπικού του ιδρύματος, πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, διαχείριση και

φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του νοσοκομείου, την κατάρτιση του ισολογισμού και απολογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων, καθώς και την είσπραξη των εσόδων του νοσοκομείου, την ευθύνη για τη διαφύλαξη της περιουσίας του ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

**Τμήμα Πληροφορικής-Οργάνωσης:** Η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της εκμεταλλείας και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

**Θ) Τμήμα Διατροφής:** Ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την διασποφή διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, που έχουν ανάγκη σφό ειδική διατροφική αγωγή. Στο τμήμα διατροφής εντάσσονται επίσης οι επιστημονικές, pedagogικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων αποκλίνουν με τα τρόφιμα από την προμήθεια μέχρι την καταπόνησή τους.

**Η) Γραφείο Επιστάσεως:** Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την επαστάση των χώρων του νοσοκομείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.

**Ι) Γραφείο Ιματισμού:** Η φύλαξη, η διανομή, η επιδιόρθωση και η καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του νοσοκομείου, καθώς και του ιματισμού για εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων.

**ΙΙ) Τμήμα Τεχνικό:** Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, αναβάθισης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους.

Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νερού στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των σχημάτων του ιδρύματος.

**ΙΙΙ) Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας:** Η ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού, καθώς και η οργανωμένη τεχνική υποστήριξη του.

**Σ. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου και εφόσον δε έχει εκδοθεί εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.**

Άρθρο 10

Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται:

α) Από πανεπιστημιακούς γιατρούς του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που υπηρετούν στις πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες που εγκαθίστανται και λειτουργούν στους τομείς της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1397/83.

β) Από γιατρούς που διορίζονται σε θέσεις κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. που συνιστώνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατατάσσονται στο νοσοκομείο αυτό.

γ) Από ειδικευμένους γιατρούς που τοποθετούνται για ειδικευση στο νοσοκομείο αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

δ) Από άλλους επιστήμονες που προσφέρουν συναφείς υπηρεσίες με το έργο της ιατρικής υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, με καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ-ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΩΝ
- Επιστ (7) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ-ΧΗΜΙΚΩΝ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ
- Δέκα (10) θέσεις



Τέσσερις (4) θέσεις  
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Όκτώ (8) θέσεις  
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ

Τέσσερις (4) θέσεις  
ε) Από προσωπικό των παρακάτω κατωτέρω κατηγορία κλάδων, σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΒ  
ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΟΥ

Δώδεκα (12) θέσεις

### Άρθρο 11

#### Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ  
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πενήντα πέντε (55) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ  
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πενήντα πέντε (55) θέσεις

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ  
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τριακόσιες εξήντα (360) θέσεις

Είκοσι πέντε (25) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, θέσεις του κλάδου ΠΕ νοσηλευτικής

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΟΚΟΜΕΩΝ

Δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ-ΤΡΩΩΝ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΜΑΙΩΝ-ΤΩΝ

Πενήντα πέντε (55) θέσεις

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ  
ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΑΒΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

Τετρακόσιες τριάντα (430) θέσεις

Εκατόν τριάντα (130) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ νοσηλευτικής.

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΣΤΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Διακόσιες τριάντα (230) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Βοηθών θαλάμου, Μεταφορέων ασθενών, Νεκροτόμων - Σκεπασμάτων - Αποσφραγιστών και άλλες συναφείς ειδικότητες. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Βοηθών θαλάμου: εξήντα (60) θέσεις

Μεταφορέων ασθενών: πενήντα πέντε (55) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αετών.

### Άρθρο 12

#### Στελέχωση Δικηγορικής Υπηρεσίας

Η Δικηγορική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ  
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΟΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ

Δέκα επτά (17) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ

Επτά (7) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ

Οι θέσεις του κλάδου αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες:

Ηλεκτρολόγων - Μηχανικών: μία (1) θέση

Αρχιτεκτόνων - Μηχανικών: μία (1) θέση

Μηχανολόγων - Μηχανικών: δύο (2) θέσεις

Ηλεκτρονικών - Μηχανικών: δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Τρεις (3) θέσεις

Οι θέσεις του κλάδου αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες:

Στατιστικών: δύο (2) θέσεις

Βιοστατιστικών: μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΕΡΕΤΝΗΤΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΔΑΓΩΓΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΚΟΣΤΟΛΟΓΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ

Επτά (7) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μία (1) θέση

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Δώδεκα (12) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ

Επτά (7) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Είκοσι τέσσερις (24) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ (ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ)

Είκοσι τέσσερις (24) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΑΚΤΟΝΟΛΟΓΙΑΣ (ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΣΜΦΑΝΙΣΤΩΝ)

Είκοσι τέσσερις (24) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Επτά (7) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΟΙΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΟΡΘΟΠΤΙΣΤΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΤΕΧΝΩΝ

Μία (1) θέση Φωτογράφου

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Δέκα τέσσερις (14) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Ηλεκτρονικών - Τεχνικών, Υπομηχανικών, Σχεδιαστών και άλλες συναφείς ειδικότητες.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Ηλεκτρονικών - τεχνικών: τέσσερις (4) θέσεις

Υπομηχανικών: δύο (2) θέσεις

Σχεδιαστών: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά



με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

**Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ**

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ**

Εξήντα (60) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ - ΣΤΕΝΟΓΡΑΦΩΝ**

Επτά (7) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΓΡΑΜΜΑΤΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ**

Πενήντα (50) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΕΡΕΩΝ**

Μία (1) θέση

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΜΑΓΕΙΡΩΝ**

Οκτώ (8) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΩΝ**

Δέκα (10) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ξ/Υ**

Επτά (7) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΩΝ**

Εβδομήντα δύο (72) θέσεις

Επτά (7) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνεται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ Ιατρικών εργασιών (τεχνολόγων).

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ**

Τριάντα (30) θέσεις

Οκτώ (8) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνεται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ ραδιολογίας - ακτινολογίας (χειριστών - εμφανιστών).

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

Δέκα (10) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΙΚΟΣ**

Εκατόν τριάντα οκτώ (133) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Μηχανοτεχνικών - Ηλεκτροτεχνικών, Εργοδηγών, Ηλεκτρονικών - τεχνιτών, Υδραυλικών - Θερμοϋδραυλικών, Θερμαστών, Ελβετανιστών - Αποστειρωτών - Απολυμνηστών, Σιδηρουργών - Πλαστροσυγκολλητών - Αλουμινοκατασκευαστών, Οικοδόμων - Κτιστών - Αρμολογιστών, Σχεδιαστών, Ελασχοχρωματιστών - Υδροχρωματιστών, Ξυλουργών - επιπλαστών, Ξυμάρδων - Ταπετσήρων, Κοπριών - Ραπτριών - Γαζωτριών, Ψυκτικών, Οδηγών αυτοκινήτων - δικύκλων, Κουρέων και άλλες συναφείς ειδικότητες.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Μηχανοτεχνικών: επτά (7) θέσεις

Ηλεκτροτεχνικών: έντεκα (11) θέσεις

Εργοδηγών: δύο (2) θέσεις

Ηλεκτρονικών - τεχνιτών: πέντε (5) θέσεις

Υδραυλικών - Θερμοϋδραυλικών: επτά (7) θέσεις

Θερμαστών: τέσσερις (4) θέσεις

Ελβετανιστών - Αποστειρωτών - Απολυμνηστών: επτά (7) θέσεις

Σιδηρουργών - Πλαστροσυγκολλητών - Αλουμινοκατασκευαστών: μία (1) θέση

Οικοδόμων - Κτιστών - Αρμολογιστών: μία (1) θέση

Σχεδιαστών: μία (1) θέση

Ελασχοχρωματιστών - Υδροχρωματιστών: τρεις (3) θέσεις

Ξυλουργών - Επιπλαστών: δύο (2) θέσεις

Ξυμάρδων - Ταπετσήρων: δύο (2) θέσεις

Κοπριών - Ραπτριών - Γαζωτριών: τέσσερις (4) θέσεις

Ψυκτικών: τέσσερις (4) θέσεις

Οδηγών αυτοκινήτων - δικύκλων: έξι (6) θέσεις

Κουρέων: δύο (2) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

**Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ**

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ**

Τριάντα οκτώ (38) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Κλητήρων, Θυρωρών, Συνόρων ανελευστηρίων, Χειριστών μηχανημάτων αναπαραγωγής και ταξινόμησης εγγράφων, Βοηθών αποθηκείων, ταξινόμων ιματισμού και Μεταφορέων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Κλητήρων: πέντε (5) θέσεις

Θυρωρών: έξι (6) θέσεις

Συνόρων ανελευστηρίων: δύο (2) θέσεις

Χειριστών μηχανημάτων αναπαραγωγής και ταξινόμησης εγγράφων: μία (1) θέση

Βοηθών αποθηκείων: μία (1) θέση

Ταξινόμων ιματισμού: δύο (2) θέσεις

Μεταφορέων: δύο (2) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ**

Εκατόν πενήντα δύο (152) θέσεις.

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Καθαριστών - τριών: Εξήντα τέσσερις (64) θέσεις.

Πλυντών - τριών: Έξι (6) θέσεις.

Προσαδύρων - Σιδερωτών - τριών: Πέντε (5) θέσεις.

Επιμέλειας κήπων: Μία (1) θέση.

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΣΤΙΑΣΗΣ**

Εκατόν δέκα τέσσερις (114) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Βοηθών μαγείρων - τραπεζοκόμων και Λαντζέρηδων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Βοηθών μαγείρων: τέσσερις (4) θέσεις

Τραπεζοκόμων: σαράντα εννέα (49) θέσεις

Λαντζέρηδων: τέσσερις (4) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΡΓΑΤΩΝ**

Εννέα (9) θέσεις

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΦΥΛΑΚΩΝ - ΝΥΚΤΟΦΥΛΑΚΩΝ**

Δέκα (10) θέσεις

**(Ε)ΘΕΣΕΙΣ ΜΕ ΕΜΜΗΣΘΗ ΕΝΤΩΛΗ**

Δύο (2) θέσεις δικηγόρων.

Άρθρο 13

**Προσόντα διορισμού**

1. Για τον διορισμό στις θέσεις που συνδέονται με τις διατάξεις των άρθρων 10, 11 και 12 τα κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα προσόντα ορίζονται από τις διατάξεις του Π.Δ/τος 194/88 «Καθορισμ των προσόντων διορισμού σε θέσεις των δημοσίων υπηρεσιών και νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου» (Σ.Ε.Κ. 84/Α/88).

2. Για τις θέσεις δικηγόρων με έμμεση εντολή απαιτείται επί πλ των τυπικών προσόντων και άδεια άσκησης δικηγορίας στον Άρ Πάγο.

3. Για τις θέσεις του κλάδου ΔΕ προσωπικού ασφαλείας απαιτούν τα προσόντα που ορίζονται για τον κλάδο ΔΕ διοικητικό - λογιστικό.

Για την διαδικασία όμως πρόσληψης και τα θέματα υπηρεσιακής τάστασης εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 1339/83 όπως ισχύ κάθε φορά.

4. Για τις θέσεις του κλάδου ΔΕ γραμματέων νοσηλευτικών τμη των απαιτείται απολυτήριος τίτλος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου ισότιμου σχολείου ανεξάρτητα από ειδικότητα και καλή γνώση μια δύο κατά περίπτωση ξένων γλωσσών, που ορίζονται με την προκήρ πλρωσης των θέσεων αυτών, καθώς και καλή γνώση ελληνικής λατινικής γραφομηχανής.

5. Τις για τις θέσεις του κλάδου ΤΕ ορθοπαικών απαιτείται πτι σχολής Ορθοπαικής ημεδαπής ή ισότιμου σχολής αλλοδαπής.

6. Για τις θέσεις του κλάδου ΠΕ λογοθεραπευτών απαιτείται πτι ή δίπλωμα λογοθεραπείας ή λογοπεδικής ή λογοπαθολογίας (SPEF AN LANGUAGE PATHOLOGIST) ή θεραπείας λόγου ή αγωγής γου, αντίστοιχης σχολής Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή σχολής αντίστοιχη δικότητα της αλλοδαπής, ισότιμης βαθμίδας με Α.Ε.Ι. της ημεδαπ

Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν υποψήφιοι με τα προσόντα αυτά θέσεις αυτές μπορεί να προσλαμβάνονται πτυχιούχοι Φιλοσοφικής.

λής με μετεκπαίδευση ενός έτους τουλάχιστον στην λογοθεραπεία και φωνολογία.

Άρθρο 14

Προϊστάμενοι Υπηρεσιών

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προΐσταται η επιστημονική επιτροπή του άρθρου 12 του Ν. 1397/83. Στους τομείς και τα τμήματα αυτής οι προϊστάμενοι ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 11 του Ν. 1397/83.

2. Στο φαρμακευτικό τμήμα προϊσταται υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου φαρμακωσιών.

3. Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προΐσταται:

α) Στην Διεύθυνση, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτικής.

β) Στους τομείς, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτικής.

γ) Στα τμήματα, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτικής ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου μαιών για χειρουργικά τμήματα και εφόσον δεν υπάρχει, υπάλληλος της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου αδελφών νοσοκομίων με βαθμό α'.

4. Στη Διοικητική Υπηρεσία προΐσταται:

α) Στη Διεύθυνση και στις Υποδιευθύνσεις Διοικητικού και Οικονομικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διοικητικού - οικονομικού.

β) Στην Υποδιεύθυνση Τεχνικό, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου μηχανικών.

Για τις περιπτώσεις α' και β' αν δεν υπηρετούν υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ, προϊσταται υπάλληλοι με βαθμό β' της ίδιας κατηγορίας και αν δεν υπάρχουν, υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ των αντίστοιχων κλάδων.

γ) Σε καθένα από τα τμήματα Προσωπικού, Γραμματείας, Κίνησης Εργασίων και Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διοικητικού - οικονομικού ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου διοικητικής νοσοκομείων.

δ) Στο τμήμα Οικονομικό, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διοικητικού - οικονομικού ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου διοικητικού - λογιστικού.

ε) Στο τμήμα Τεχνικό, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου τεχνολογικών εφαρμογών.

στ) Στο τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου πληροφορικής.

ζ) Στο τμήμα Διατροφής, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διατοολόγων.

η) Στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου κοινωνικής εργασίας.

θ) Στο τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου τεχνολογικών εφαρμογών.

ι) Στο τμήμα Παραϊατρικών Επεγχειρημάτων (Τεχνολόγων), υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ιατρικών εργαστηρίων του κλάδου ραδιολογίας - ακτινολογίας ή του κλάδου εργοθεραπευτών ή του κλάδου φυσικοθεραπευτών ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου παρονευσιαστών ή του κλάδου χειρουργών - εμφανιστών.

ια) Στα αυτοτελή Γραφεία Επιστάσεως και Ιματισμού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου διοίκησης νοσοκομείων ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου διοικητικού - λογιστικού.

5. Οι υπάλληλοι που θα προϊσταται στο Φαρμακευτικό τμήμα, στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, στη Διοικητική Υπηρεσία και στις οργανικές υποδιευθύνσεις αυτών, σύμφωνα με τις παραγράφους 2, 3 και 4 του παρόντος άρθρου ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 586/86 «Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ο.Π.Α.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/Α/86).

Τελικές διατάξεις

Άρθρο 15

Έσοδα

Τα έσοδα του νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.

β) Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξιταστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσδοι από την ίδια αυτού προσωπία και

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις κ.λπ.

Άρθρο 16

Στο προσωπικό παρέχεται δωρεάν τροφή ως εξής:

α) Στο προσωπικό που εργάζεται κατά το κανονικό ωράριο εργασίας, τραπεζή ενός γεύματος και αφού τελειώσει το ωράριό του.

β) Στο προσωπικό που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο (βάρδιες) παρέχεται βραδυνό αν η βάρδια του είναι απογευματινή ή πρόγευμα αν είναι νυκτερινή και

γ) Στο προσωπικό που εφημερεύει πέρα από το τακτικό ωράριο εργασίας του παρέχεται επιπλέον βραδυνό ή πρόγευμα ή και τα δύο ανάλογα με το χρόνο της εφημερίας του.

Απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 5 Δεκεμβρίου 1988

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΛΑΛΙΑΝΗΣ

Αριθ. Υ-1/Φ 9.6.20/14125

(6)

Καταρισμός προσωπικού για την κάλυψη εποχιακών αναγκών στο ΓΓΜΕ.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ,  
ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ, ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1735/1987.

2. Την από 7.9.1988 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΓΜΕ (αριθ. 251/19), με την οποία αποφασίσθηκε η κατ' έτος πρόσληψη εποχιακού προσωπικού και καθορίσθηκε ο αριθμός και οι ειδικότητες του, αποφασίζουμε:

3. Σηκώνουμε την απόφαση της 7.9.1988 (Συνεδρίαση 19η/αριθ. 25 του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΓΜΕ) και αποφασίζουμε να καθοριστούν ο αριθμός και οι ειδικότητες του εποχιακού προσωπικού, για τα έτη 1989 και επείξ, για τη στελέχωση των διαφόρων Συνεργιών εκτέλεσης των Ερευνητικών του προγραμμάτων σε όλη την Χώρα, το οποίο έχει αναλυτικά ως εξής:

1. Προσωπικό καθαριότητας, υποχρεωτικής εκπαίδευσης, μέχρι 8.
2. Φύλακες-Νυκτοφύλακες, υποχρεωτικής εκπαίδευσης, μέχρι 4.
3. Εργάτες, υποχρεωτικής εκπαίδευσης, μέχρι 60.
4. Δομητικό Τομέα, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, μέχρι 3.0 προδιασέως των επιμέρους ειδικοτήτων θα καθορίζεται κάθε φορά με την προπαραβλεπόμενη πρόκληψη του προσωπικού.
5. Διοικητικοί Υπάλληλοι, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, μέχρι 8.
6. Βοηθί Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 1.
7. Χημικού και Μεταλλουργικού Τμήμα, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, μέχρι 2. (Ειδικοτήτων Χημικών Εργαστηρίων 1 και Μεταλλείων 1).
8. Οδηγός, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 1.
9. Ειδικότητας Μηχανολογίας, τεχνολογικής εκπαίδευσης, 1.
10. Προγραμματιστής Η/Υ, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 1.
11. Επιμελητές, υποχρεωτικής εκπαίδευσης, 1.
12. Ειδικότητας πολιτικών έργων υποδομής, τεχνολογικής εκπαίδευσης, μέχρι 2.

Συνολικός ανώτατος αριθμός προσωπικού μέχρι ενενήντα δύο (92).

Γνωρίζοντας για την πρόσληψη του παραπάνω προσωπικού ορίζονται τα προβλεπόμενα από το Π.Δ. 194/1988 (ΦΕΚ 84/Α), για διορισμό σε κενές θέσεις δημοσίων υπηρεσιών και κ.ε.δ. αντίστοιχης ειδικότητας, λαμβανομένων υπόψη και των παραπάνω οριζόμενων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 5 Δεκεμβρίου 1988

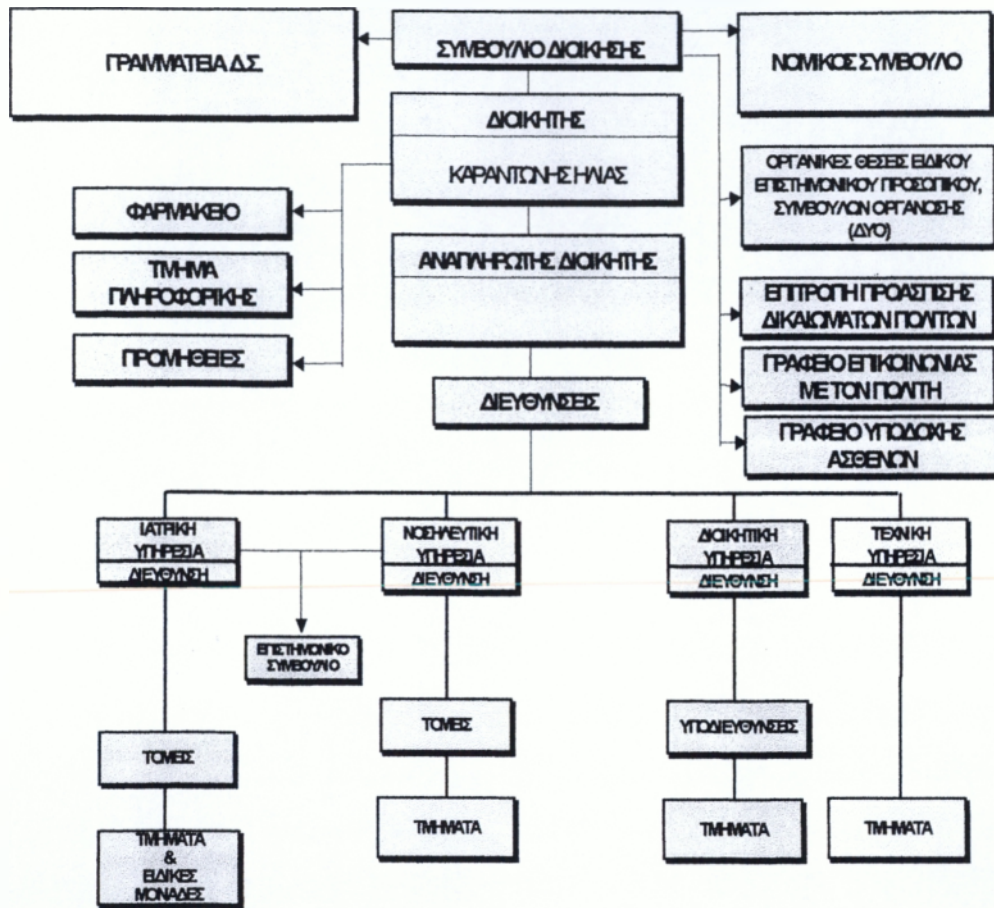
ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΑΓ. ΚΟΥΤΣΟΓΙΩΡΓΑΣ ΠΑΝΑΓΩΤΗΣ ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ  
ΑΝ. ΠΕΠΟΝΗΣ

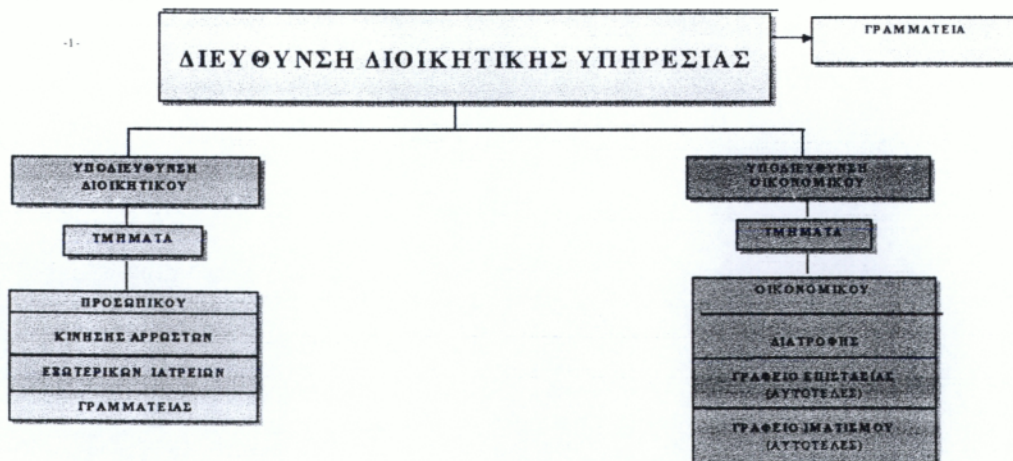
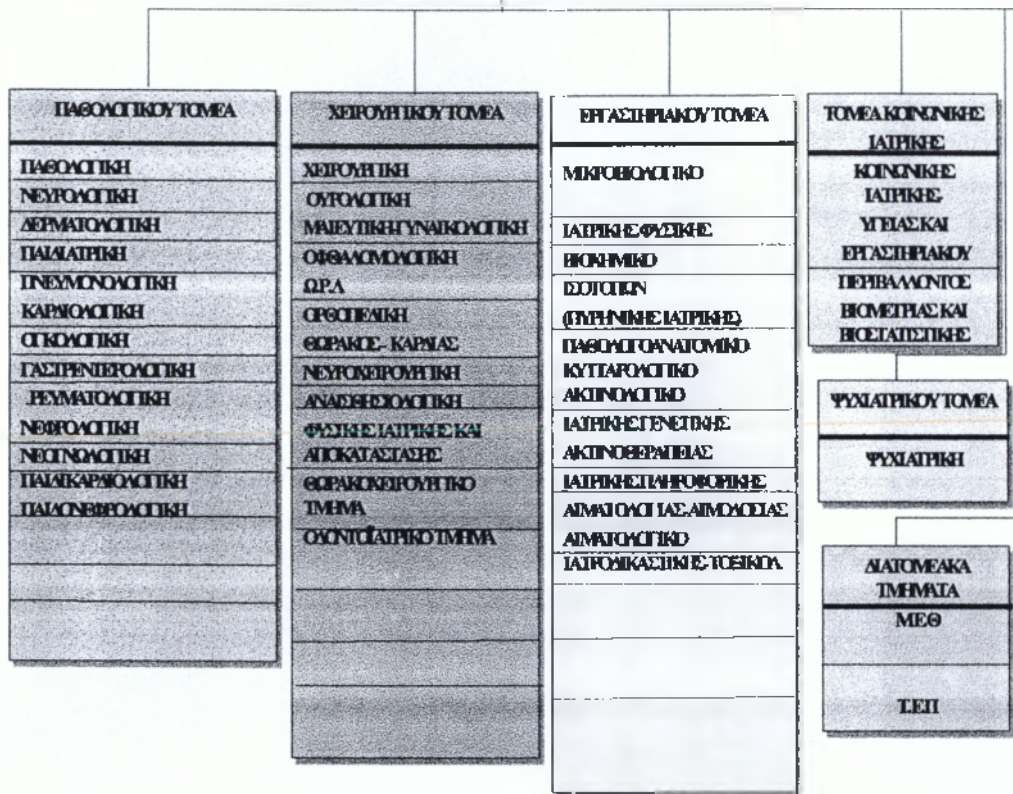
## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**



## ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

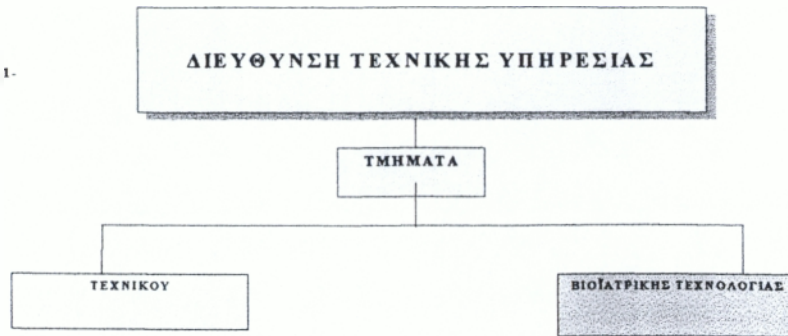


# ΤΜΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ





1.



2.



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**



**B. Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με:**

	Καλή	Μέτρια	Κακή
7. την γενική καθαριότητα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. τη διατροφή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. την ησυχία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. τους χώρους υγιεινής	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. την τηλεφωνική εξυπηρέτηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. το χώρο αναμονής των επισκεπτών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. τις ώρες επισκεπτηρίου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Γ. Ποια είναι η γνώμη σας για το Διοικητικό Προσωπικό, σχετικά με:**

	Καλή	Μέτρια	Κακή
14. την εξυπηρέτηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. την ενημέρωση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. την ευκολία στις διαδικασίες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Δ. Ποια είναι η γνώμη σας για το Νοσηλευτικό Προσωπικό, ως προς:**

	Καλή	Μέτρια	Κακή
17. τις επιστημονικές του γνώσεις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. την επιδεξιότητά του	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. τη συμπεριφορά του	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. την οργάνωσή του	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ε. Ποια είναι η γνώμη σας για το Ιατρικό Προσωπικό, σχετικά με:**

	Καλή	Μέτρια	Κακή
21. τις επιστημονικές του γνώσεις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. την επιδεξιότητά του	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. την συμπεριφορά του	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. την οργάνωσή του	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ΣΤ. Ποια είναι η γνώμη σας για την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού σας, σχετικά με:**

	Καλή	Μέτρια	Κακή
25. την πορεία της νόσου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. τη διατροφή σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. τη λήψη φαρμάκων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. τον νέο τρόπο ζωής σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Συνολικά πως κρίνετε τις συνθήκες παραμονής σας στο νοσοκομείο;

Καλές	<input type="radio"/>	Μέτριες	<input type="radio"/>	Κακές	<input type="radio"/>
-------	-----------------------	---------	-----------------------	-------	-----------------------

Ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας και δεχθείτε, παρακαλούμε, τις καλύτερες ευχές μας για πλήρη ανάρρωση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πυρπασόπουλος Μ. (1996), Το ΕΣΥ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα. Διαπιστώσεις και απόψεις για τη λειτουργία και τον εκσυγχρονισμό του, *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 5, τεύχος 49, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1996:251-252
2. Μήτσης Φ. (1999), Η αυτοδύναμη ανάπτυξη Υπηρεσιών Υγείας στην Ήπειρο, *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 10, τεύχος 60, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1999: 41-44
3. Zanetti, Montaguti, Fantini (1998), ΤΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ. Ο ανταγωνισμός και η θέση τους στην Αγορά, *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 10, τεύχος 60, Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 1999:53-54
4. ΕΙΥΑΠΟΕ(Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής & Αποκατάστασης Αποδήμων & Παλιννοστούντων Ομογενών Ελλήνων)(2003), Η χρήση των Υπηρεσιών Υγείας του νομού Ιωαννίνων, από τους Αλβανούς υπηκόους, την περίοδο 1991-1999, Έκδοση ιδίου Ιδρύματος, 2003:1-16
5. Πετροπούλου Μαρίνα (2000), Διακρατικές Συμφωνίες. Ανθρωπισμός και περιθαλψη, *ΤΟ ΒΗΜΑ*, 17, Σεπτεμβρίου 2000:71
6. Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης (1997), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα (Εκδ. ιδίων συγγραφέων): 31-32
7. Ράγια Αφροδίτη (1994), Ποιότητα στη Νοσηλευτική, *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 5, τεύχος 30, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1994: 317-320
8. Σιγάλας Ιωακείμ (1999), Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 8, τεύχος 44, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1999: 45-50
9. Πολύζος Νίκος (1995), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Δείκτες Νοσοκομειακού Προϊόντος, *Επιθεώρηση Υγείας*, 31, Μάρτιος-Απρίλιος 1995: 95-102



10. Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης (1997), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα (Εκδ. ιδίων συγγραφέων): 324-325
11. Μουμτζόγλου Αναστάσιος (1997), Η Διασφάλιση της Ποιότητας στα Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας, 46, Μάιος-Ιούνιος 1997: 34-37
12. Μπινιώρης Σπύρος (1995), Συνολική Διασφάλιση Ποιότητας στα Ελληνικά Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας, 30, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1995: 59-64
13. Αθανασούλης Τάκης (2003), Ποιοτικό Νοσοκομείο. Μια «Πρόκληση» που Πρέπει να Αποδεχτούμε, Επιθεώρηση Υγείας, 80, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2003: 6-7
14. Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτενάς Ε., Γεωργούση Ε. (1993), Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, (εκδ.) Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1994:35-60
15. Νιάκας Δ., Γναρδέλλης Χ.(2000), Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, Ιατρική, 77(5):464-470
16. Κτενάς Ε., Πανταζή Μ., Νάκος Π., Κυριόπουλος Γ. (1994), Απόψεις Χρηστών για τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας σε ένα Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο: Η περίπτωση της Καρδίτσας, Επιθεώρηση Υγείας, 45, Ιούλιος-Αύγουστος 1995:237-240
17. Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. (1993), Η Ικανοποίηση του Ασθενή ως Δείκτης Ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας, Επιθεώρηση Υγείας, 35, Ιούλιος-Αύγουστος 1995:248-256
18. Γιαννούτσος Χ., Πανουσόπουλος Η., Καραθάνος Β., Δημολιάτης Γ. (1990), Οι Απόψεις των Αρρώστων για το Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Χατζηκόστα», Επιθεώρηση Υγείας, 47, Μάρτιος-Απρίλιος 1993:111-114

19. Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Μόκου Ν., Σωμαράκη Μ. (1990), Τι Πιστεύουν οι Ασθενείς για τα Νοσοκομεία μας, Ιατρικό Βήμα, 13, Οκτώβριος 1990:19-27
20. Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ. (1999), Αφιλόξενα και βρώμικα τα δημόσια Νοσοκομεία, Ιατρικός Τύπος, Ιανουάριος 1999:4-7
21. Παπαδημητρίου Μ., Λεβέντης Χ., Φουλίδου Χ., Φιδάνη Α., Δημοπούλου Ε.,Μαρνεράς Χ. (1996), Διαπροσωπικές σχέσεις-Ικανοποίηση νοσηλευτών και ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, Νοσηλευτική, 37(3):251-264
22. Δρίτσας Σ., Χατζηγεωργίου Γ.Μ., Φωτιάδου Α., Γούλας Σ., Χαλκιάδακη Δ., Δήμα Ε., Ακασόγλου Α., Κεχαγιόγλου Κ. (1994), Απόψεις Νοσηλευομένων και Αξιολόγηση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο» του Ε.Ε.Σ, Επιθεώρηση Υγείας, 27, Μάρτιος-Απρίλιος 1994:123-127
23. Υφαντόπουλος Γ., Χατζηανδρέου Ε.(2000), Στο ΕΣΥ... τα δύσκολα, Ιατρικός Τύπος, αριθμός φύλλου 228, Ιούλιος 2000:7
24. Μόσιαλος Η.(2001), Διαφορετικό σύστημα υγείας θέλουν οι Έλληνες, Ιατρικός Τύπος, αριθμός φύλλου 236, Μάρτιος 2001:1
25. Καρανάσιος Π. (1999), Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων, Κ. Ντούζος & ΣΙΑ ΟΕ, Αθήνα:20-32
26. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.(1999), Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα:9-19
27. Γούλα Α. (2000), Γενικές αρχές Μεθοδολογίας και Έρευνας, Διδακτικές σημειώσεις μαθήματος, Αθήνα
28. Φίλιας Β. (1995), Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών, GUTENBERG Κοινωνιολογική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1995:361-362