Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ κ΄ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ κ΄ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ Ε Μ Α

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ " ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Κ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ
ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2007
Κ Α Λ Α Μ Α Τ Α

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη **5**

Εισαγωγή **6**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας **8**
1.1 Ορισμός της ποιότητας 8
1.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας 10
1.3 Παράγοντες Παρεμπόδισης της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας 11
1.4 Οφέλη 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.Η ικανοποίηση των ασθενών **14**
2.1 Ορισμός ικανοποίησης 14
2.2 Παράγοντες ικανοποίησης 15
2.3 Πως γίνεται αντιληπτή η ικανοποίηση 16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή **17**
3.1 Πως αντιμετωπίζεται η μέτρηση της ικανοποίησης 18
3.2 Η σκοπιμότητα των μετρήσεων 20
3.3.Πλεονεκτήματα των μετρήσεων 21
3.4 Ποιος μετρά 21
3.5 Τι μετράται 22
3.6 Πληροφορίες που πας δίνουν οι έρευνες 26
3.7 Κριτήρια αξιολόγησης 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Σχέσεις και αντιλήψεις Ασθενών **27**
4.1 Σχέσεις Ασθενών - Γιατρών 27
4.2 Σχέσεις Ασθενών – Νοσηλευτικού προσωπικού 28
4.3 Σχέσεις Ασθενών – Διοικητικού προσωπικού 29
4.4 Αντιλήψεις για την ξενοδοχειακή υποδομή 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Συστήματα Μέτρησης **31**
5.2 Μέθοδοι μέτρησης 35
5.3 Είδη μεθόδων μέτρησης 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η Νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα **41**
6.2 Γενικό Νοσοκομείο ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ 42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Σκοπός της Έρευνας **43**
7.2 Υλικό και μέθοδος 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. Τα χαρακτηριστικά των νοσηλευθέντων Ασθενών **45**
8.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά 45
8.1.1 Η ηλικία του δείγματος 45
8.1.2 Το φύλλο του δείγματος 46
8.1.3 Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος 47
8.1.4 Η υπηκοότητα του δείγματος 48
8.1.5 Ασφαλιστικά ταμεία του δείγματος 49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. Ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του δείγματος που αφορά την ικανοποίηση νοσηλευθέντων του Γ.Ν ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ
9.1 Αξιολόγηση των ερωτήσεων που αφορούν την προσέλευση στο νοσοκομείο 50
9.2 Αξιολόγηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού 52
9.3 Αξιολόγηση ξενοδοχειακής υποδομής 59
9.4 Αξιολόγηση διαδικασιών διαχείρισης νοσηλευμένων 65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.Συμπεράσματα - Προτάσεις **69**

Βιβλιογραφία **73**

Παράρτημα 1 **75**
Ερωτηματολόγιο

Παράρτημα 2 **82**
Πίνακες

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από το πέρασμα του 20 αιώνα στον 21 έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος τόσο στο τομέα της τεχνολογίας όσο και στο τομέα των επιστημών. Τα τελευταία χρόνια πολλοί ήταν οι λόγοι που συντέλεσαν στην αναβάθμιση του ρόλου των Τ.Ε.Ι. Ανάμεσα σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται η στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η ανάγκη για αύξηση της αποδοτικότητας και διασφάλισης της ποιότητας και η υπερεξειδίκευση του ιατρικού σώματος.

Μέσα σε αυτή την πρόοδο ο τομέας της υγείας είδε στον αιώνα που πέρασε μια τεράστια εξέλιξη και κυρίως εξειδίκευση και συστηματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η προσφορά των επιτευγμάτων των επιστημών και της τεχνολογίας στο χώρο της υγείας είναι σημαντική και αναμφισβήτητη, όμως δεν προέκυψαν αποτελέσματα ανάλογα με την πρόοδο αυτή, στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Στη χώρα μας η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους παρακάτω φορείς του Ε.Σ.Υ.:

Τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας , τα τακτικά, τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, τα ασφαλιστικά ταμεία, την τοπική αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1397/83 η πρωτοβάθμια περίθαλψη στη χώρα μας άρχισε να οργανώνεται κυρίως με τη δημιουργία των κέντρων υγείας.

Το αντικείμενο της εργασίας μας αυτής χαρακτηρίζεται ως τεράστιο και φυσικά ανεξάντλητο. Είναι ομως πολύ ενδιαφέρον για τους επιστήμονες του χώρου της υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί), ακόμα όμως πιο πολύ για τους σχεδιαστές των προγραμμάτων με βάση τα οποία θα επιτευχθεί η εθνική υγειονομική ανάπτυξη μιας χώρας.

Είναι επίσης εξαιρετικά ενδιαφέρον και για τους πολίτες μιας χώρας, των οποίων τη γνώμη εκφράζουν οι σχετικές έρευνες που έχουν σα θέμα την ικανοποίησή τους από την επαφή τους από το σύστημα υγείας.

Σκοπός της εργασίας είναι να γίνει κατανοητή η χρησιμότητα της έρευνας γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών, ώστε να επιτυγχάνονται κατά το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τα καλύτερα ποιοτικά αποτελέσματα.(Νοσοκομειακά χρονικά).

Η προσπάθεια της μέτρησης της ικανοποίησης επομένως των πολιτών από το Σύστημα Υγείας επεκτείνεται και αντανακλά ακόμα και την ικανοποίηση του πολίτη από το ίδιο το κράτος. Επομένως η διαδικασία μέτρησης της ικανοποίησης όπως θα την αναλύσουμε στην εργασία μας αυτή είναι ένα θέμα κοινωνικό και μάλιστα μεγίστης σημασίας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θέματα ενδιαφέροντος των υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη διοίκηση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας έχει αντιληφθεί την αναγκαιότητα της καταγραφής και της ερμηνείας της συμπεριφοράς των χρηστών και για το λόγο αυτό προσπαθεί να τη καλύψει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η συγκεκριμένη εφαρμογή αφορά την ανάπτυξη μιας βάσης δεδομένων για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών , η οποία θα χρησιμοποιηθεί ως ένα σύγχρονο εργαλείο σχεδιασμού και βελτίωσης της διοίκησης /διαχείρησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η αντιμετώπιση της ανάδειξης προτεραιοτήτων στον υγειονομικό τομέα προϋποθέτει την ύπαρξη στοιχείων και δεδομένων. Καθοριστικό και πρωτεύον στοιχείο για το σκοπό αυτό αποτελεί η ακριβής και αξιόπιστη εκτίμηση των στάσεων και των αντιλήψεων των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Μια τέτοια εφαρμογή προϋποθέτει έρευνα, ανάλυση, δημιουργικό προσανατολισμό, προγραμματισμό και έλεγχο, στοιχεία τα οποία είναι ζωτικά για την επιτυχία των σκοπών ενός οργανισμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον της έρευνας υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια στρέφεται ολοένα και περισσότερο στη μελέτη μηχανισμών διασφάλισης της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.Στα πλαίσια αυτά, η αξιολόγηση των παρεχόμενων φροντίδων υγείας (health care evaluation) συνιστά υποχρεωτική παράμετρο για τη βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας. Συνηθέστατα, η συνολική αξιολόγηση προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας επιχειρείται εκτός των άλλων, με τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών / ασθενών [patient satisfaction] ή ακόμα και με την εκτίμηση της στάσης των καταναλωτών υγείας (consumer attitude) απέναντι στους γιατρούς και στις υπηρεσίες (Κυριόπουλος Γ.,Γεωργούση Ε,1994).

Οι έρευνες των τελευταίων ετών διακριβώνουν ότι επειδή η ικανοποίηση προσλαμβάνει τεράστιες διαστάσεις είναι πολύ δύσκολο να μετρηθεί επαρκώς και να αναλυθεί από ένα ευρέως αποδεκτό επιστημονικό όργανο. Από την άλλη μεριά τα προβλήματα ανταπόκρισης του κοινού και η αδυναμία πολλές φορές να εκφράσει μια ολοκληρωμένη άποψη είναι ένας άλλος σημαντικός κίνδυνος να εξαχθούν από μια έρευνα υπερβολικά ή διαστρευλομένα αποτελέσματα.(**SATISFACTION WITH MEDICAL CARE. ITSA MEASUREMENT AND RELATION TO UTILIZATION-Klaus J. Roghamann-Acco Henggst-Thomas Zastowny**)

Οι γενικές μεταβλητές με βάση τις οποίες διερευνούμε την ικανοποίηση είναι το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, το εισόδημα,η κοινωνική προέλευση και η γεωγραφική προέλευση των ατόμων.Στη μοναδική ελληνική έρευνα ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας που έχουμε στα χέρια μας διαπιστώνουμε ότι ο δείκτης ικανοποίησης για τις διάφορες γεωγραφικές περιοχές της χώρας είναι πολύ διαφορετικός.(**ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΜΑΣ-Γ.Κυριοπούλου-Ε. Γεωργούση- Α. Γεννηματα-Ν.Μώκου-Μ.Σωμαρακη**)

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να δοθούν μερικοί ορισμοί που αποσαφηνίζουν έννοιες της εργασίας.Λέγοντας ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εννοούμε την επίτευξη του τέλειου ή του άριστου. Η ποιότητα είναι ανώτερο στοιχείο από την αποτελεσματικότητα και το περιορισμό του κόστους.Αναφέρεται στη καταλληλότητα των υπηρεσιών με συνεχή αναζήτηση βελτίωσης και συγχρόνως περιορισμούς σπατάλης.Επομένως η ποιότητα αφορά στη όσο δυνατόν υψηλότερη ποιοτικά προσφερόμενη υπηρεσία στους αρρώστους.

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια το κυρίαρχο θέμα στο χώρο της υγείας είναι η προσπάθεια για τον περιορισμό του κόστους της υγείας,δεν έπαψε η πρόσβαση να αποτελεί εξέχων ζήτημα για τούς κυβερνητικούς σχεδιαστές διεθνώς.(**RELATING SATISFACTION WITH ACCES TO UTILIZATION OF SERVICES – William Thomas- Roy Penchansky Medical Care – June 1984-Vol.22-No6**)

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από της νοσοκομειακές υπηρεσίες που δέχθηκαν στο νοσοκομείο **ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ.**
Για την πραγματοποίηση του σκοπού αυτού χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 29 ερωτήσεις το οποίο συμπλήρωναν μόνοι τους οι ασθενείς ή με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου.

Στο πρώτο κεφάλαιο, θα δώσουμε τον ορισμό της έννοιας της ικανοποίησης ασθενών,πως γίνεται αντιληπτή η ικανοποίηση,καθώς και τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα μιλήσουμε για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και πιο συγκεκριμένα πως αντιμετωπίζεται ,ποια η σκοπιμότητα αλλά και πως μπορεί να γίνει μία μέτρηση,καθώς και ποία είναι τα πλεονεκτήματα των μετρήσεων.Επίσης θα αναφερθούμε στο ποιός μετρά, τι μετράται,καθώς επίσης τις πληροφορίες που μας δίνουν οι έρευνες και τα κριτήρια αξιολόγησης.

Στο τρίτο κεφάλαιο, θα μιλήσουμε για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και πιο συγκεκριμένα πώς αντιμετωπίζεται, ποια η σκοπιμότητα αλλά και πώς μπορεί να γίνει μ΄΄ια μέτρηση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα αναφερθούμε στη συμπεριφορά του Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Διοικητικού προσωπικού προς τους ασθενείς και τις μεταξύ τους σχέσεις καθώς και τις αντιλήψεις των τελευταίων για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, θα προσδιορίσουμε τα συστήματα μέτρησης καθώς τα είδη και τις μεθόδους μέτρησης.

Στο έκτο κεφάλαιο, θα παρουσιάσουμε τη σημερινή κατάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην δεύτερη ενότητα θα αναφερθούμε στο γενικό Νοσοκομείο ΄΄ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ΄΄ στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα

Στο έβδομο κεφάλαιο, θα δούμε το σχεδιασμό και μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας, το σκοπό και τα εργαλεία της, το μέγεθος του δείγματος καθώς και άλλα στοιχεία που σχετίζονται με την έρευνα.

Στο όγδοο και ένατο κεφάλαιο, πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των δεδομένων που συλλέξαμε.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, θα δούμε τα συμπεράσματα που απορρέουν από την έρευνα καθώς και τι μπορούμε να προτείνουμε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

1.1 Ορισμός και διαστάσεις της ποιότητας

Με τον όρο ποιότητα η πιο συγκεκριμένα ποιότητα ζωής, έχουν ασχοληθεί φιλόσοφοι, πολιτικοί, οικονομολόγοι ιατροί κ.α.. Οι επιστήμονες στην προσπάθεια τους να ορίσουν την ποιότητα, την εξίσωναν με αποδόσεις όπως ευτυχία, ευημερία, σημασία ζωής.
Τελευταία ο όρος ποιότητα εκφράζεται με τεχνικούς όρους. Περιλαμβάνει ένα συνδυασμό από άριστα τεχνικά, διαπροσωπικά και οργανωτικά συστατικά.

Απόψεις, όπως καταλληλότητα, προσιτότητα και αποδοχή, συνδέονται με τον ορισμό της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, άσχετα αν αυτές διέπονται από ισότητα, επάρκεια και καταλληλότητα. Η υγειά όπως αυτή ορίστηκε από την
Π.Ο.Υ. (1961) 'ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας
Φαίνεται ότι ταυτίζεται περισσότερο με την ποιότητα ζωής. **(Σιγαλας Ι.,(1999)**
Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας,Επιθεώρηση Υγείας τεύχος 56,σελ. 45-46)

Η ποιότητα είναι μια έννοια που επιδέχεται πολλές ερμηνείες, σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, τη δραστικότητα, τις ηθικές πτυχές, τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται οι ιατροί, τις πτυχές της συμπεριφοράς τους (προθυμία, συνεργασία, ανάληψη ευθύνης), τις πτυχές της οργάνωσης των δραστηριοτήτων φροντίδας και περίθαλψης (συνεχεία, προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα), με το κόστος της φροντίδας, την καταλληλότητα του ιατρικό-τεχνικού τρόπου δράσης κ.λ.π.

Ο ορισμός της ποιότητας δεν αφορά μόνο την επιστημονική τεχνική ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στο πληθυσμό, αλλά αποτελεί ένα συνολικό ζήτημα που περιλαμβάνει εκτός των παραπάνω, την αποδοτικότητα των ιατρικών πράξεων, την ίση δυνατότητα πρόσβασης,την συνεχεία στη φροντίδα.

Ο Thompson (1980) όρισε την ποιότητα «σαν το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, στη διάγνωση, στη θεραπεία, στην αποκατάσταση, στην αποφυγή ιατρικών λαθών, στην ευαισθητοποίηση, στην προσοχή για τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας του, με τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων».

Ο Long και Schroeder (1990) ορίζουν την ποιότητα της φροντίδας ως 'το βαθμό στον οποίο οι υγειονομικές υπηρεσίες για άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας και είναι σύμφωνες με την επικρατούσα επαγγελματική γνώση' (ο ορισμός αυτός τονίζει τις παραδοσιακές έννοιες της συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης και αξιολόγησης όσον αφορά ιατρούς και λοιπούς εργαζόμενους).

Ο Donabedian (1988) διαμόρφωσε μεταξύ άλλων τον κλασικό ορισμό της ποιότητας ως «την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης». Με αλλά λόγια διατύπωσε ότι η ποιότητα στη φροντίδα υγείας είναι ένα είδος φροντίδας μέσω της οποίας αναμένεται να μεγιστοποιηθεί, η ευημερία του ασθενή και το αποτέλεσμα, το οποίο μετράται και είναι η αξιολόγηση του προσδοκώμενου αποτελέσματος (κέρδους – ζημίας), σε όλα τα επίπεδα των διαδικασιών. Ο Donabedian πρότεινε επίσης και τους εξής τρόπους αξιολόγησης της

ποιότητας α) μέτρηση των συντελεστών παραγωγής και β) μέθοδο στη διαδικασία και εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος.

Η ποιότητα βέβαια είναι μέρος του όλου συστήματος, διότι όταν κάποιος ελέγχει την ποιότητα μιας υπηρεσίας, εκτός του ότι έχει μειωμένες πιθανότητες να εκτιμήσει το σύνολο των πτυχών της ποιότητας του προϊόντος , εάν φθάσει στο στάδιο να απορρίψει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, στο τέλος, έχει ήδη επωμισθεί ένα κόστος χαμένων ωρών και χαμένων υλικών που έχουν προηγηθεί.

Άρα η ποιότητα αρχίζει από το σχεδιασμό της υπηρεσίας και από την επιλογή των υποπρομηθευτών προϊόντων ή της υπηρεσίας, συνεχίζει καθ' όλη τη διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας και δεν τελειώνει ούτε μετά τη διάθεση του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Για να κατανοήσει κάποιος την ποιότητα πρέπει να κατανοήσει το μοντέλο της διεργασίας. Για να επιτελεστεί μια εργασία, δεχόμαστε κάποια στοιχεία, ελέγχουμε αν αυτό που κάνουμε είναι σωστό, με βάση αυτό που μας έχει ζητηθεί, αφού βέβαια υπάρχουν τα αναγκαία μέσα σε ανθρώπινο δυναμικό, σε υλικά στοιχεία και δίνουμε έτσι ένα αποτέλεσμα.
Τα νοσοκομεία που έχουν την καλύτερη ποιότητα είναι ανεβασμένα στο επίπεδο της αγοράς και έτσι οποιαδήποτε επένδυση και να κάνουν για να βελτιώσουν την ποιότητα τους, ουσιαστικά δεν τους στοιχίζει.

Για την εκτίμηση της ποιότητας χρησιμοποιούνται τρεις μεταβλητές.

1) Τη δομή (κτιριακές εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, καταλληλότητα του Ανθρώπινου δυναμικού, εκπαίδευση)
2) Τις διεργασίες (αφορά την αξιολόγηση της πορείας ενός ατόμου μετά την Εισαγωγή του στις υπηρεσίες υγείας μέχρι την εξαγωγή του)
3) Τα αποτελέσματα (όλων των πράξεων κατά τη διαμονή του ασθενή στο Νοσοκομείο)

(Πετσετάκη Ε.,(1993),Εξασφάλιση φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας, Κοινωνία Οικονομία και Υγειά, 2,4, σελ., 13-25)

Στον υγειονομικό τομέα επομένως η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας ορίζεται ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών που δίνουν την ικανότητα σε αυτή την οντότητα να ικανοποιεί επιβεβλημένες η καθορισμένες ανάγκες». Με αλλά λόγια συνιστά το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος η μιας υπηρεσίας που προσδιορίζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ή υπονοούμενες ανάγκες.

Στόχος επομένως της παροχής της υγειονομικής φροντίδας αποτελεί, πρωτίστως η βελτίωση της υγείας και η αποκατάσταση του ασθενούς, Γίνεται κατανοητό επομένως ότι ο καθορισμός της έννοιας ποιότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες είναι δύσκολο να μεταφερθεί από τις λέξεις στην πράξη. Η ποιότητα δεν είναι απλά διαχειριστικό-τεχνικό θέμα, αλλά μια ολιστική προσέγγιση που περικλείει την αποδοτικότητα των ιατρικών πράξεων, την ίση δυνατότητα πρόσβασης και την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας.

1.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η διασφάλιση της ποιότητας ορίζεται ως ένας σχετικά νέος όρος ο οποίος μεταβιβάζει την ιδέα ότι η άριστη φροντίδα είναι ασφαλής, ως μέτρηση του πραγματικού επιπέδου προσφερομένων υπηρεσιών και προσπαθειών, ως σύνολο δραστηριοτήτων που εξασφαλίζουν καλύτερη δυνατή φροντίδα για τους αρρώστους, ως διοικητικό σύστημα και τέλος ως ολοκληρωμένο μέρος ενός προϊόντος επιδέξιου έργου τέχνης.

Ο N. Black (1990) ορίζει ως διασφάλιση της ποιότητας 'την αποτίμηση του τελικού επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε συνδυασμό με τις προσπάθειες για την τροποποίηση των υπηρεσιών όταν και όπου αυτό είναι αναγκαίο'.

Με άλλα λόγια η διασφάλιση της ποιότητας μπορεί να οριστεί ως «καθ είδος δραστηριοτήτων που εκπληρώνουν στο να καθορίζουν την έκταση στην οποία ένα φαινόμενο εκπληρώνει αξίες και δραστηριότητες διασφαλίζοντας τις ευκαιρίες στην πράξη που θα ικανοποιήσουν το υψηλότερο ή το προαποφασισμένο επίπεδο αξίας.

Ένα πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας πρέπει να είναι σχεδιασμένο και καθορισμένο για πρακτική δραστηριότητα και να προσδιορίζεται από αξίες και συγκεκριμένα κριτήρια που θα λαμβάνουν υπόψη τους τις πραγματικές αλλαγές στη συμπεριφορά των υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας.

Η εφαρμογή όμως ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τα επικοινωνιακά δεδομένα, τις ομάδες των ανθρώπων που θα το εφαρμόσουν, ούτος ώστε να υπάρχει ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Είναι όμως και στόχος ουσιαστικός που πρέπει να είναι εφικτός για όλους τους διαχειριστές σε όλα τα επίπεδα υγείας και πρωτίστως είναι ένα ζήτημα του management, με τη μορφή που παίρνει μέσα από τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη στελέχωση, τη διεύθυνση και τον τελικό έλεγχο.

Η δημιουργία ενός προτύπου είναι σημαντική, αλλά περιλαμβάνει μόνο ένα μέρος της διαδικασίας. Η παρακίνηση όλων για δράση, η δημιουργία σταθερών που θα καθοριστούν και που περιοδικά θα ελέγχονται, η ολοκλήρωση μέσα από τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας και όχι η επιβολή πάνω στην υπάρχουσα δομή, η κατανόηση του καθενός από τους συμμετέχοντες, είναι θέματα εξίσου σπουδαία.

Η διασφάλιση της ποιότητας απαιτεί πρωταρχικά κατάλληλη οργάνωση των υπηρεσιών (ιατρική, νοσηλευτική, κοινωνική). Άρτια όμως οργάνωση των υπηρεσιών δεν είναι εφικτή, παρά μόνο με την επιλογή της κατάλληλης τακτικής λειτουργίας για κάθε τμήμα, που ποικίλει ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε τμήματος με την μέθοδο διαχείρισης που εφαρμόζει. Μεταβάλλεται με το χρόνο, ως αποτέλεσμα της ραγδαίας εξέλιξης της επιστημονικής και τεχνολογικής προόδου αλλά ακόμη και λόγω της εξέλιξης των εκάστοτε αντιλήψεων για την υγεία. (Σπηλιοπούλου Σ.(1997),
Διασφάλιση της Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διπλωματικά εργασία, Αθήνα, σελ., 48-51)

Κίνητρα για ποιοτική διασφάλιση

Α) **Επαγγελματικά κίνητρα**

Η Ποιοτική Διασφάλιση (Π.Δ.) μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό μέσον για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τις ελλείψεις τους και ως εκ τούτου, τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Ομοίως, η συμμετοχή στις δραστηριότητες
Π.Δ. μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον επαγγελματικής πρόκλησης με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας. Η ενεργός συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας είναι ένας σημαντικός μηχανισμός για την ανάλυση και επεξήγηση των διαφορών στα πρότυπα της άσκησης και στα αποτελέσματα της φροντίδας.

Β) **Κοινωνικά κίνητρα**

Είναι ανάγκη η Π.Δ. να χρησιμοποιείται με ευθύνη απέναντι στην κοινωνία για τα κεφάλαια που ξοδεύονται για την αγορά υπηρεσιών υγείας (Υ.Υ.) Μια εξίσου σημαντική κοινωνική κίνηση για την Π.Δ. είναι να εξασφαλίσει την ασφάλεια του κοινού και να το προστατέψει από φροντίδα που είναι απρεπής ή βλαβερή.

Γ) **Πρακτικά κίνητρα**

Μια σειρά πρακτικών κινήτρων που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό των πληροφοριών και με την πιθανότητα οι ασθενείς είτε να μην παίρνουν διαθέσιμες υπηρεσίες είτε να βλάπτονται από υπερβολικές ή ακατάλληλες υπηρεσίες, κάνουν ουσιώδες το ότι τα προγράμματα Π.Δ. πρέπει να αναπτυχθούν για να ελαττώσουν την ταλαιπωρία. Αυτός ο αντικειμενικός σκοπός των προγραμμάτων Π.Δ.
Μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ενεργό ανάμειξη των επαγγελματιών υγείας και τη διαρκή υποστήριξη των συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας.

1.3 Παράγοντες παρεμπόδισης της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Αρκετοί παράγοντες εμποδίζουν την πρόοδο και τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδας υγείας.Πιο συγκεκριμένα

- Η τεράστια έλλειψη οργανωμένης πληροφόρησης που θα βοηθούσε στην αξιολόγηση των προβλημάτων και στη σύγκριση της απόδοσης με τα δεδομένα πρότυπα αξιολόγησης.
- Το πρόβλημα του κόστους και η αδυναμία αύξησης των παρεχόμενων πόρων καθίστανται πλέον προφανής σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης. Η μείωση του κόστους καθίσταται πλέον προφανής σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης, ενώ είναι σχεδόν αδύνατη για το άμεσο μέλλον, παρόλο που έχει γίνει ο ποιοτικός έλεγχος και η διασφάλιση της ποιότητας, στόχος της κάθε διοίκησης.
- Επιπλέον πρόβλημα δημιουργεί και η αλόγιστη, πολλές φορές, χρήση των πόρων που αυξάνει το κόστος.

- Το σύστημα υγείας, ο πελάτης-καταναλωτής ασθενής αυτού του συστήματος υγείας, δέχεται την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ως αποτέλεσμα κυρίως της σχέσης του με το ιατρό.
- Γίνεται κατανοητό ότι η έννοια της καλής ποιότητας στην ιατρική είναι σχεδόν συνώνυμη με την καλή ποιότητα των υπηρεσιών της εργαστηριακής διαγνωστικής. Τα εργαστήρια της Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν το μειονέκτημα ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να ακολουθήσουν τις τελευταίες τεχνολογικές εξελίξεις με παράλληλη εκπαίδευση ή πρόσληψη πολύ εξειδικευμένου προσωπικού.
- Η αντιπαράθεση μεταξύ των εργαζομένων στην υγεία και του κοινού, η τεχνική φύση πολλών θεμάτων υγείας, οι διαφορές στη διάθεση και στην ικανότητα για συνεργασία και οι άκαμπτες διοικητικές δομές δημιουργούν εμπόδια, στην επίτευξη συνεργασίας μεταξύ τομέων και στην κοινωνική συμμετοχή.
- Η διοίκηση και η υπάρχουσα σχέση ιατρών- διοίκησης. Η διοίκηση στο σύστημα υγείας εκφράζεται συγκεντρωτικά από το υπουργείο υγείας, ενώ οι διαδικασίες του management λειτουργούν στα πλαίσια του εκάστοτε κυβερνητικού σχεδιασμού. Ενώ πρακτικά στο χώρο της περίθαλψης, το management εκφράζεται αποκλειστικά μέσω της διεύθυνσης, ιατρών-διοίκησης.
- Οι επαγγελματίες υγείας αδυνατούν να επικοινωνήσουν μεταξύ τους, σε όλα τα επίπεδα, ακόμα και μεταξύ ιδίων ομάδων με ταυτόσημα επιστημονικά ενδιαφέροντα

1.4 Οφέλη από την ποιότητα

Εξετάζοντας τον Ν. 2889/2001 που αποτελεί τον πιο πρόσφατο νόμο εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας, παρατηρούμε σε πολλά από τα άρθρα του ότι αναφέρεται η εξασφάλιση της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 1, πρ.3 αναφέρεται..<Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία>.

Η νομοθετική μεταρρύθμιση του Ν.2889/2001 στόχευε μεταξύ άλλων.

* στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
* στην ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπων και υλικών πόρων,
* στην καθιέρωση αποτελεσματικών ελέγχων στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Με βάση τους παραπάνω στόχους θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες που συμβάλλουν ήδη, ή θα συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όπως (Νασιώκας Ε.2003)

* Τμήματα επειγόντων περιστατικών. Η λειτουργία των Τ.Ε.Π. ως ανεξάρτητων τμημάτων με την καθημερινή λειτουργία τους θα συντελέσει σε μείωση φόρτου εργασίας ορισμένων

κεντρικών νοσοκομείων, μείωση της νοσηρότητας-θνησιμότητας, αποτελεσματική χρήση της Μ.Ε.Θ., βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας, κυκλική ετοιμότητα του ιατρικού προσωπικού.
* Συστήματα πληροφορικής. Η εφαρμογή συστημάτων πληροφορικής, η οποία ήδη έχει εγκριθεί και υλοποιείται από τα Πε.Σ.Υ.Π. μεσώ του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, θα οδηγήσει στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών και ταυτόχρονα στη μείωση του κόστους έλεγχος λειτουργίας τόσο των τμημάτων του νοσοκομείου όσο και του νοσοκομείου ως ολότητας.
* Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα από την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων είναι μείωση και εξάλειψη των λιστών αναμονής, καλύτερη αξιοποίηση χώρων, προσωπικού εξοπλισμού του νοσοκομείου, εξοικονόμηση πόρων για επενδύσεις με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
* Σύσταση του Γραφείου Υποδοχής Ασθενών. Το οποίο στελεχώνεται με το κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή, την καθοδήγηση και την πληροφόρηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους.
* Κατ' οίκον νοσηλεία. Με την εν γένει ανάπτυξη της τεχνολογίας και της πληροφορικής καθίσταται εφικτή η ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας με ευθύνη του νοσοκομείου, για χρονίως πάσχοντες ασθενείς, που θα αποφέρει ποιότητα ζωής στον πάσχοντα αλλά και οικονομικά οφέλη για το νοσοκομείο και το κράτος.
* Οργάνωση του Τμήματος Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.Π.) Με σκοπό του τμήματος αυτού την παρακολούθηση και τον έλεγχο συγκεκριμένων διεργασιών, που κρίνονται απαραίτητες για τη βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας των υπηρεσιών.

Κύρια λειτουργία του ΕΣΥ είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, των οποίων άμεσος αποδέκτης είναι ο ασθενής. Για αυτό το λόγο πρέπει να δοθούν λύσεις που αφορούν.

- Την ταχύτητα εξυπηρέτησης του ασθενούς
- Την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Την εύκολη πρόσβαση σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης
- Την επαρκή πληροφόρηση
- Τις συνθήκες διαμονής, διατροφής και καθαριότητας
- Την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς
- Την αξιοπρεπή συμπεριφορά

Η ποιότητα στην Υγεία αποτελεί σήμερα βασικό προσανατολισμό της πολιτικής υγείας, προσδοκία των πολιτών και απαίτηση των επαγγελματιών υγείας.**(Τσούγκα Μ. 2004)**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οι προσπάθειες όλων των οργανισμών παγκοσμίως για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών εστιάστηκαν στις εκτιμήσεις του καταναλωτή για τα αγαθά και τις υπηρεσίες.Έχοντας ως στόχο τον έλεγχο της ποιότητας των προϊόντων, υιοθέτησαν τις θεωρίες βελτίωσης της ποιότητας των Deming (1986) και Juan (1988) οι οποίες συνέλαβαν στη μεταπολεμική βιομηχανική επιτυχία της Ιαπωνίας.Μία βασική συστατική αρχή των θεωριών αυτών είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματα τους με κρίσεις των καταναλωτών, στοχεύοντας στο να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης.Η έρευνες για την ικανοποίηση του καταναλωτή εξελίσσονται, έτσι , από απλά όργανα προώθησης Αγάθων και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητας τους.(Παπανικολάου Β.(2003),Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των Χρηστών,στο Κυριόπουλος Γ.,Λιονής Χ.,Σουλιώτης Κ.,Τσάκος Γ.,(επιμ),Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα σελ.,261)

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή Ιανοί σημαντικός δείκτης ποιότητας. Κάθε ασθενής ατομικά μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό και τις υπηρεσίες που γίνονται εύκολα αντιληπτές στα μέλη της διοικησης.Ο ασθενής τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες το management δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας. Η διοίκηση μπορεί να γνωρίζει, για παράδειγμα, ότι η διαδικασία της εισαγωγής είναι αργη.Παρ' όλα αυτά μπορεί να μην αντιλαμβάνεται το βάθος και το πόσο έντονο είναι το πρόβλημα ή πόσο επιβλαβές μπορεί να είναι για τον ασθενή, μέχρι να διαβάσουν ένα σχόλιο από το γκαλόπ ικανοποίησης του ασθενή.

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορούμε να τη δούμε σαν ένα μέτρο επίτευξης / επιτυχίας αυτών που παρέχουν τη φροντίδα υγείας στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και στις προσδοκίες του.Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν τη φροντίδα υγείας.Επίισης μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας,αποκτώντας έτσι σπουδαία σημασία στο σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας.

2.1 Ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν μπορεί να οριστεί επακριβώς διότι στην ουσία είναι μια δυναμική διαδικασία , η ήπια περιλαμβάνει τις σχέσεις, μεταξύ των παραγόντων των υπηρεσιών υγείας, τις αξιολογήσεις του από τους ασθενείς, των αντιδράσεων των ασθενών, αλλά και των ατομικών διάφορων μεταξύ των ασθενών.Δηλαδή ως ένα δείγμα του βαθμού της ικανοποίησης μπορεί να θεωρηθεί, η αντίδραση των ασθενών στην παρεχόμενη φροντίδα, βάση τις αξιολογήσεις των παραγόντων, με κριτήρια που προσδιορίζονται από της προσωπικές αντιλήψεις.

Οι αξιολογήσεις των παραγόντων και των αποτελεσμάτων των διάφορων πράξεων που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας, γίνονται επομένως από τον κάθε ασθενή με βάση τα δικά του κριτήρια, τις δικές του εμπειρίες και τις προσδοκίες.Η αντίδραση του, στο μέλλον απέναντι σε αυτούς τους παράγοντες θα εξαρτηθεί κατά το πλείστον από τα προσωπικά του ¨πιστεύω¨ και λιγότερο από συγκυρίες.Αυτή η θέση του ασθενή διαβαθμισμένη σε μια κλίμακα μέτρησης δείχνει το βαθμό αποδοχής των υπηρεσιών αυτών εκ μέρους του και συνεπώς, το βαθμό ικανοποίησης του,ο οποίος μπορεί να μετρηθεί με όρους όπως οι συνήθειες, πω προθέσεις και η πρακτική συμπεριφορά των ασθενών.

Επομένως αξιολόγηση της ικανοποίησης μπορεί να θεωρηθεί η τεχνική διαδικασία με την οποία η πράξη εκτιμάται σύμφωνα με μια σειρά προσυμφωνημένων στόχων, η μια δυναμική διαδικασία όπου οι στόχοι είναι τοποθετημένοι από την πολιτική και οικονομική αγορά αφενός, και τα βιώματα των ασθενών αφετέρου.

Το γεγονός ότι το προσωπικό στοιχείο παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της αποχής των ασθενών, αποτελεί ένα σοβαρό εμπόδιο στην προσπάθεια να δοθεί ένας γενικός ορισμός.(Σαπέρα-Τσούση Β., (2001), Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας,διπλωματική εργασία, Αθήνα, σελ, 9

2.2 Παράγοντες ικανοποίησης

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών και διαμορφώνουν στη συνέχεια το αποτέλεσμα της ποιοτικής απόδοσης κυρίως της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι :

- Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία αποτελεί και σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγειας.Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζόμενων και συμβάλλει στην αναγνώριση των προσπαθειών που καταβάλλονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών.
- Η οργανωτική δομή, η οποία συνδέεται με το νομικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομειων.Ο τρόπος οργάνωσης της διοίκησης, ο συντονισμός των λειτουργιών και η συνθήκες εργασίας του προσωπικού καθορίζουν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιων.Η ακαταλληλότητα του οργανωτικού πλαισίου δημιουργεί δυσμενείς συνθήκες για την ανάπτυξη του αισθήματος της ικανοποίησης στην περίθαλψη.
- Η διοίκηση των οργανισμών αποτελεί σημαντικό παράγοντα, γιατί ο ρόλος της συνδέεται με την αποτελεσματικότητα λειτουργίας του οργανισμού και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιων.Αυτο σημαίνει ότι τα πρόσωπα που διοικούν έναν οργανισμό πρέπει να διαθέτουν υψηλές διοικητικές ικανότητες και δεξιότητες και να αναγνωρίζουν την ανάγκη για συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η ξενοδοχειακή υποδομή και ο σχεδιασμός των χωρών αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει ιδιαίτερα σημαντικά στην ικανοποίηση των ασθενων.Ο σωστός σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων των υπηρεσιών υγείας και επαρκής εξοπλισμός διαμορφώνουν λειτουργικό και ευχάριστο περιβάλλον υποδοχής και περίθαλψης του ασθενούς, όποτε και αύξηση της ικανοποίησης.

- Η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών, η φιλική συμπεριφορά στην υποδοχή η επάρκεια στην ενημέρωση και πληροφόρηση, η αμεσότητα στην εξυπηρέτηση και αξιοπιστία στις διαδικασίες καθοδήγησης των ασθενών δημιουργούν συνθήκες ασφάλειας και εμπιστοσύνης.
- Η καθαριότητα και έλεγχος τροφίμων αποτελούν παράγοντες υγιεινής και αισθητικής αγωγης,οι οποίοι καθορίζουν την ξενοδοχειακή εξυπηρέτηση του ασθενούς.
- Η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, με τη λειτουργία του Τμήματος επειγόντων περιστατικών με βασικό στόχο την εξυπηρέτηση του ασθενούς και την κάλυψη της ζήτησης κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας, έχει αποτέλεσμα τη βελτίωση της αξιοπιστίας των υπηρεσιών επείγουσας περίθαλψης
- Η διαθεσιμότητα των κλινών εξασφαλίζει στον ασθενή αξιοπρεπή διαμονή και νοσηλεία και συμβάλει στην αποσυμφόρηση χωρών και ενεργειών.(Τσουγκα Μ.2004)
- Η διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα στη νοσοκομειο.Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά μέσα σε ένα νοσοκομείο από προσωπικό διάφορων ειδικοτήτων και με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης είναι πολλές και συχνά αλληλοσυγκρουονται.Η αποτελεσματικότητα του έργου των νοσοκομείων εξαρτάται από τη καλή οργάνωση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων αυτων.Ουσιαστικο ρόλο στη διακινήσει των ανθρώπων και των υλικών μέσα στο νοσοκομείο παίζει ο σωστός σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων.(Αδαμάντιου Τ.2004)

2.3 Πως Γίνεται Αντιληπτή η Ικανοποίηση

Όλοι οι εμπλεκόμενοι στην υπόθεση << παροχή υπηρεσιών υγείας>>, ακόμη κι αν τυχαίνει να μην το έχουν συνειδητοποιήσει, όλοι συμφωνούν μεταξύ τους ως προς το επιδιωκόμενο, δηλ. την ικανοποίηση του ασθενη.Εχουν κοινό στόχο στις προσπάθειες τους,ανεξαρτητα αν εργάζονται σε διαφορετικά πεδία η αν η επίτευξη του στόχου έχει για το καθένα διαφορετικές προεκτάσεις και επιπτώσεις. Τι σημαίνει όμως για το γιατρό, τη νοσηλεύτρια, το διοικητικό ή τεχνικό υπάλληλο ή τον μάγειρα, ή ικανοποίηση του ασθενή; Πως την αντιλαμβάνεται ο καθένας από αυτούς;

Με δεδομένο ότι στις υπηρεσίες υγείας, οι προμηθευτές σπάνια ερωτούν τους χρηστές πόσο ευχαριστημένοι είναι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δεν γνωρίζουν τι προσδοκούν οι ασθενείς από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Συχνά οι γιατροί προβάλλουν την άποψη ότι οι ασθενείς, λόγω θέσης, δε γνωρίζουν τι είναι καλό και δέον για τι περίπτωση τους, ενώ αρμόδιοι να το ορίσουν, είναι αυτοί, πράγμα που ισχύει σε μεγάλο βαθμό. Συνήθως όμως, αυτό που το προσωπικό των υπηρεσιών ορίζει ως ποιοτικό, επειδή εξαρτάται από προσωπικές αντιλήψεις και εκτιμήσεις, μπορεί να απέχει πολύ από τις καθημερινές ανάγκες, προσδοκίες και αντιδράσεις των καταναλωτών.

Έτσι δημιουργείται ένα μεγάλο <<χάσμα>> μεταξύ των προσδοκιών των ίδιων των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, των προσδοκιών των ασθενών από τις αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι και των πραγματικά παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αυτό το δυνητικό κενό, μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών-καταναλωτών και της αντίληψης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, για αυτές τις προσδοκίες, καλείται <<χάσμα πληροφόρησης>> του καταναλωτή.(Parasuraman et al,1985,Katherine Selber,1998,).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η διαχείριση της ποιότητας σε ένα νοσοκομειακό οργανισμό στοχεύει σε δύο σκέλη: Αυτό των ιατρικών διεργασιών και αυτό της οργανικής και επιχειρησιακής λειτουργίας. Όταν συντελείται βελτίωση της ποιότητας σε επίπεδο ιατρικών διεργασιών, το αποτέλεσμα δεν θα είναι συνήθως άμεσα αντιληπτό από τους πολίτες γιατί απαιτείται επιστημονική γνώση και πληροφόρηση ενώ σε επίπεδο οργανωτικής και επιχειρησιακής λειτουργίας του νοσοκομείου γίνεται άμεσα αντιληπτό με εμφανή αύξηση της ικανοποίησής τους.

Στις μεθόδους συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εντάσσεται και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας μέσω διανομής σε αυτούς ενός ερωτηματολογίου που περιέχει απλά και κατανοητά ερωτήματα σχετικά με διάφορους παράγοντες λειτουργίας του νοσοκομείου και τους δίνει τη δυνατότητα διατύπωσης σχολίων για πρόσθετα ζητήματα που θέλουν να θίξουν.

Η ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον της φροντίδας υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και ακριβώς μετά την παραμονή του στο νοσοκομείο.(Donabedian,1992)

Υπάρχουν πολλοί περισσότεροι λόγοι από αυτούς που αρχικά συνειδητοποιεί η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας για τους οποίους η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς έχει σημασία:

α)η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση των γενικότερων αντιλήψεων του πελάτη και πιο συγκεκριμένα στο προσδιορισμό και την ανάλυση των αναγκών των προσδοκιών και των επιθυμιών του.

β) η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί την πλέον αντικειμενική πληροφορία για την επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας.

γ)μια μεγάλη μερίδα πελατών αποφεύγει να εκφράσει τα παράπονα ή τη δυσαρέσκειά της από τη χρήση των υπηρεσιών είτε λόγω συγκεκριμένης νοοτροπίας, είτε γιατί δεν πιστεύει ότι ο οργανισμός θα προβεί σε συγκεκριμένες διορθωτικές ενέργειες.

δ)η μέτρηση της ικανοποίησης είναι σε θέση να προσδιορίσει πιθανές ευκαιρίες στη συγκεκριμένη αγορά υπηρεσιών υγείας.

ε)η εφαρμογή των βασικών αρχών της συνεχούς βελτίωσης απαιτεί την ύπαρξη συγκεκριμένης διαδικασίας μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών. Με αυτό τον τρόπο οι ενέργειες βελτίωσης βασίζονται σε πρότυπα που είναι σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες των πελατών.

στ)το πρόβλημα της ύπαρξης διαφορετικής αντίληψης της ικανοποίησης ανάμεσα στον πελάτη και τη διοίκηση του οργανισμού μπορεί να προσδιοριστεί από την υλοποίηση ενός προγράμματος μέτρησης της ικανοποίησης. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η ικανότητα να αμβλυνθούν αυτές οι διάφορες αντιλήψεις.

Ένα πρόγραμμα με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να βοηθήσει τη διοίκηση να βελτιώσει την ποιότητα των κλινικών-ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να βελτιώσει τα ριψοκίνδυνα διοικητικά τεχνάσματα, να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων, να τεκμηριώσει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας, να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των

δραστηριοτήτων, να βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης και αν χρησιμοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής διαχείρισης για τους οργανισμούς της φροντίδας υγείας (Παπανικολάου Β., 2003).

3.1 Πώς αντιμετωπίζεται η μέτρηση της ικανοποίησης

- **Ασθενείς**

Οι ασθενείς, οι συγγενείς και οι αλληλέγγυες των ασθενών ομάδες διατηρούν σε μεγάλο ποσοστό θετική στάση απέναντι στις έρευνες που αποσκοπούν, αποσκοπούν την δική τους θέση, στην εξέταση και αξιολόγηση όλων των συντελεστών της παροχής ιατρικής φροντίδας.

Γνωρίζοντας, ότι μέσα από αυτές τις διεργασίες θα προκύψει βελτίωση των υπηρεσιών των οποίων άμεσοι αποδεκτές είναι οι ίδιοι οι ασθενείς, αντιμετωπίζουν ευνοϊκά τις παραπάνω έρευνες, παρά τις οποίες επιφυλάξεις μπορεί να έχουν για τον τρόπο με τον οποίο αυτές διεξάγονται.

- **Προμηθευτές υπηρεσιών υγείας**

Σε αντίθεση με την παραπάνω κατηγορία, τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας στέκονται με πολύ επιφύλαξη και φόβο απέναντι σε τέτοιου είδους έρευνες, διότι ανεξάρτητα από το πως παρουσιάζεται η ποιος είναι ο αντικειμενικός και τελικός τους στόχος, κατά βάση, η ερευνά είναι ένα είδος έλεγχου και αξιολόγησης. Αξιολόγηση των συντελεστών των υπηρεσιών υγείας. Και για πολλούς, η αξιολόγηση του έργου τους αποτελεί απειλή.

Οι γιατροί συχνά είναι αρνητικοί διότι

α) χρεώνονται αποτελέσματα τα οποία είναι έξω από την αρμοδιότητα τους

β) αποδεικνύονται παραλείψεις στη συμπεριφορά τους έναντι των ασθενών

γ) αποδεικνύονται ελλείψεις στην επιστημονική τους κατάρτιση

δ) θεωρούν απαξιωτικη την κριτική από μη ειδικούς, όπως είναι οι ασθενείς.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αρνητικό διότι γνωρίζει εκ των πρότερων ότι θα του χρεωθούν προβλήματα, τα οποία αποδεδειγμένα οφείλονται στην έλλειψη χρόνου, προσωπικού και επαρκούς εκπαίδευσης.

Το προσωπικό καθαριότητας και εποπτείας είναι αρνητικό διότι είναι γνωστή η <<μήνις>> των ασθενών και των συγγενών τους για τα τεράστια προβλήματα που παρουσιάζονται τόσο στο διατροφικό πρόγραμμα, όσο και σε θέματα καθαριότητας και τάξης στους θαλάμους των ασθενών αλλά και κυρίως στους κοινόχρηστους χώρους.

Η Διοίκηση του Νοσοκομείου

Οι Διοικούντες το νοσοκομείο στέκονται υποσυνείδητα αρνητικοί απέναντι σε τέτοιου είδους μετρήσεις διότι

α) ως πηγή των προβλημάτων θεωρούν βασικά την στενότητα των πόρων, την έλλειψη χρήματος, χρόνου και προσωπικού. Η στενότητα των πόρων είναι ένα πρόβλημα κεντρικής διοίκησης και δεν είναι δυνατόν να λυθεί από τους ίδιους

β) τα συνήθως, αρνητικά αποτελέσματα της ερευνάς για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στο χώρο που διευθύνουν, δημιουργούν εντυπώσεις και αισθήματα αρνητικά, τόσο στους εργαζόμενους όσο και στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, με όλες τις επιπτώσεις που αυτό συνεπάγεται για την παραπέρα λειτουργία της υπηρεσίας.

γ) φοβούνται όπως άλλωστε και το ιατρικό προσωπικό, την αποκάλυψη ελλείψεων στην επαγγελματική κατάρτιση, την οργάνωση, τη διαχείριση καθώς και παραλείψεων στη συμπεριφορά τους.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ως δημόσιες υπηρεσίες αντιμετωπίζουν ευνοϊκά τις έρευνες γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή, διότι με αυτόν τον τρόπο αποκαλύπτονται δυσλειτουργίες και κενά των διάφορων υπηρεσιών, ελλείψεις και παραλείψεις, η αποκατάσταση των οποίων οδηγεί τον οργανισμό σε υψηλότερα επίπεδα αποδοτικότητας.

Ως ιδιωτικές επιχειρήσεις είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί που λειτουργούν στοχεύοντας πάντα στην αύξηση του αριθμού των πελατών-ασφαλισμένων, πράγμα που είναι σχεδόν ταυτόσημο με την αύξηση του κέρδους. Καθώς λοιπόν λειτουργούν στα πλαίσια και με τους κανόνες της ανταγωνιστικής αγοράς, επιβάλλεται να γνωρίζουν τους πελάτες τους, τις συνήθειες τους, τις προτιμήσεις τους, τα παράπονα τους και να προσπαθούν μεσώ του προϊόντος τους, που είναι οι υπηρεσίες υγείας, να ικανοποιούν αυτές τις απαιτήσεις.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι λοιπόν ένας από τους παράγοντες που για ίδιον πρωτίστως όφελος, προκαλούν τις έρευνες μέτρησης, της ικανοποίησης.

3.2 Η σκοπιμότητα των μετρήσεων

Η Αμερικανική Εταιρεία Ψυχολόγων υποστηρίζει ότι
α) Οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών είναι ενδιαφέρουσες ακόμη κι αν αξιολογούνται μόνο με τα αισθήματα των ασθενών
β) οι δείκτες της ικανοποίησης αποτελούν αξιόλογη πληροφορία για την πραγματικότητα του συστήματος υγείας
γ) ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών προσδιορίζει την επόμενη κίνηση-στάση του ασθενή απέναντι στο σύστημα υγείας.

Τα οφέλη

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να βοηθήσει στη

- **Βελτίωση της παραγωγικότητας των εργαζόμενων**

Παρότι στις έρευνες που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών δεν περιλαμβάνεται τίποτα σχετικό με την υπευθυνότητα των εργαζόμενων, εντούτοις, μέσα από τα αποτελέσματα των ερευνών, συχνά οι ερωτώμενοι ασθενείς στέλνουν ένα σαφές μήνυμα
«Προσοχή Κρίνεστε ¨». Ανά πάσα στιγμή, οι εργαζόμενοι έχουν την αίσθηση ότι ο τρόπος και το αποτέλεσμα της εργασίας τους ελέγχεται από τους χρηστές υπηρεσιών υγιειας,τους συνάδελφους, τους ανώτερους, κι αυτό αυξάνει την αίσθηση ευθύνης έναντι του έργου τους, με ποικίλου βαθμού ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις.
Όμως και για την διεύθυνση των υπηρεσιών οι έρευνες είναι εξίσου κριτικές.

Τα αποτελέσματα μιας έρευνας δίνουν το σήμα στους υπεύθυνους για την πιθανή ανάγκη επιμόρφωσης των στελεχών, την πρόσληψη προσθέτου προσωπικού, την αλλαγή στρατηγικής, η πολιτικής κ.λ.π.

Επισης,η Βελτίωση των διαχειριστικών προγραμμάτων των υπηρεσιών υγείας και οι υψηλότεροι στόχοι οδηγούν και πάλι σε υψηλά επίπεδα απόδοσης των εργαζόμενων.

Τα αποτελέσματα μιας ερευνάς όμως, πολλές φορές βεβαιώνουν το ήδη υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας των τμημάτων. Η αναγνώριση της καλής προσπάθειας ενισχύει ηθικά τους εργαζόμενους με παραπέρα θετικά αποτελέσματα.

- **Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών**

Η <<ποιότητα των υπηρεσιών>> είναι έννοια πολυδιάστατη. Σήμερα πια όταν αναφερόμαστε σε αυτήν έχουμε υπόψιν μας, ένα μεγάλο κατάλογο χαρακτηριστικών των παρεχόμενων φροντίδων, όπως αυτές ορίζονται από χρηστές ενήμερους και καλά πληροφορημένους για το πρόβλημα τους.Οι έρευνες είναι οι καθρέφτες αυτών των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών υγείας και των εμπειριών των ασθενών κατά τη διάρκεια της ιατρικής φροντίδας.

Τα εργαλεία μέτρησης τη ικανοποίησης των ασθενών συγκεκριμενοποιούν τα προβλήματα στο χώρο της υγείας και καθορίζουν τις διαφορές στις πιθανές συμπεριφορές των χρηστών.

- **Βελτίωση και πρόοδο των ασθενών ως δεκτών υπηρεσιών υγείας**

Οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών μπορούν να συμβάλλουν επίσης, στην βελτίωση της αντίληψης των ασθενών για τις ιατρικές υπηρεσίες ενώ ταυτόχρονα τους δίνουν την ευκαιρία και την δυνατότητα να βελτιωθούν σαν δεκτές αυτών των υπηρεσιών.
Όλες οι θεωρίες για την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας συμφωνούν οτι,το είδος και ο βαθμός ικανοποίησης στον γενικό πληθυσμό ποικίλει ανάλογα με τις προσωπικές εμπειρίες και προσδοκίες των ασθενών, οι οποίες όμως έχουν έρεισμα τα πραγματικά γνωρίσματα των διάφορων παραγόντων.(McStravic, 1990)

3.3 Πλεονεκτήματα των μετρήσεων

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών συνοψίζονται στα εξής σημεία (Duke, 1995, Neumann and Gael,1995,Karnack,1999):

α) Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των πελατών.
β) Ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες του ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών. Επιπρόσθετα, δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί κατά πόσο νέες ενέργειες, προσπάθειες και προγράμματα έχουν αντίκτυπο στους πελάτες του οργανισμού.
γ) Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης που θα πρέπει να βελτιωθούν καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η Βελτίωση αυτή.
δ) Προσδιορίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό, σύμφωνα με τις απόψεις και τις αντιλήψεις των πελατών.
ε) Δίδεται ένα κίνητρο στο προσωπικό του οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητα του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

Η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας τοποθετεί τον πελάτη /ασθενή στο επίκεντρο της οργανωμένης στρατηγικής. Ο καλύτερος τρόπος για να κρατηθεί ο πελάτης σ' αυτή την πρώτη θέση είναι η μέτρηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και η προσπάθεια αυτή η μέτρηση να γίνεται από κάθε υπάλληλο που συναντά τον πελάτη, ενώ αυτός είναι υπό την φροντίδα του (Παπανικολαου Β., 2003)

3.4 Ποιός Μετρά

Τις έρευνες μπορεί να παραγγείλει οποιοσδήποτε έχει ενδιαφέρον να γνωρίζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών για τις παρεχόμενες φροντίδες από τις υπηρεσίες υγείας, σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο.
Αυτός μπορεί να είναι ο μάνατζερ ενός νοσοκομείου η ο υπεύθυνος ενός συστήματος υγείας, ένας κοινωνικός επιστήμων η μια ομάδα μελετών ,κάποιος ασφαλιστικός οργανισμός, ή ομάδες υποστήριξης και αλληλεγγύης ασθενών.

Όλοι, και για δικούς του λόγους ο καθένας, θέλουν να έχουν απάντηση στο ερώτημα.

είναι και σε ποιο βαθμό ικανοποιημένοι οι ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ανάλογα με το σκοπό και το αποτέλεσμα της ερευνας,θα τροποποιηθούν στάσεις, πολιτικές, στόχοι και προγράμματα, προκείμενου να επιτευχθεί ο στόχος που έχουν θέσει.
Ποιος όμως θα σχεδιάσει, θα προγραμματίσει και θα διεξάγει την ερευνά ;

Αυτό είναι έργο ειδικών επιστημονων,αλλα προκείμενου η μελέτη να είναι όσο το δυνατόν πιο σφαιρική, πρέπει να καταθέσουν την άποψη τους, τις γνώσεις και τις παρατηρήσεις τους, όλοι οι εμπλεκόμενοι στις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας.
Σήμερα, μια έρευνα για να είναι επιτυχής και να δώσει απάντηση στα ερωτήματα των ενδιαφερομενων,πρεπει να είναι αποτέλεσμα συνεργασίας πολλών ειδικοτήτων και ειδικά εκπαιδευόμενων ατόμων.

3.5 Τι Μετράται

Επειδή δεν είναι δυνατόν να γίνει μέτρηση της (ολικής ικανοποίησης)των ασθενών, γίνεται επιμερισμός και επιχειρείται η μέτρηση διάφορων παραγόντων-συντελεστών της έννοιας της ποιότητας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς.
Επίσης αυτό που επιχειρείται να μετρηθεί είναι η διαδικασία συνδεσης,με όρους ποιότητας, των παραγόντων με αξιολόγηση τους, εκ μέρους των ασθενών και με τις αντιδράσεις των ασθενών, μετριασμένες όμως, από τις προσωπικές διάφορες.
Και σ' αυτό το επίπεδο όμως δεν είναι δυνατόν να συμφωνήσουν όλοι οι εμπλεκόμενοι επιστήμονες.

Ερευνητικές ομάδες έχουν επιχειρήσει την ομαδοποίηση και την κατηγοριοποίηση διάφορων ιδιοτήτων και διαστάσεων που χαρακτηρίζουν τους παράγοντες, τις έννοιες και τις σχέσεις που αναπτύσσονται εξαιτίας και κατά την διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγείας.
Παρ' ότι τα αποτελέσματα των ερευνών, συμπίπτουν σε ένα μεγάλο ποσοστό, κάποιες ιδιότητες δεν καλύπτονται επαρκώς.

Καμία από τις έρευνες αυτές δεν έχει κατορθώσει μόνη της να συμπεριλάβει τις απόψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια, για την ικανοποίηση του συνόλου των ερωτηθέντων ασθενων.Και αυτό οφείλεται βέβαια στη δυσκολία να χωρέσουν όλες οι απόψεις, στα χρησιμοποιούμενα συστήματα μέτρησης.

Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας χωρίζονται σε πέντε βασικές κατηγόριες. Τα γνωρίσματα, τις ιδιότητες, τις συνέπειες, τις εμπειρίες και την τελική στάση του ασθενή απέναντι στις υπηρεσίες (Mc Stravic 1990)

<u>Γνωρίσματα</u>

Ως γνωρίσματα θεωρούνται αντικειμενικά, πραγματικά, σταθερά και αποδεδειγμένα χαρακτηριστικά του προμηθευτή της ιατρικής φροντίδας. Στα γνωρίσματα αυτά περιλαμβάνονται το είδος των υπηρεσιών, οι ακολουθούμενες πολιτικές, η χρήση προηγμένης τεχνολογίας και εξειδικευμένου προσωπικού, οι τυχόν ασφαλιστικές καλύψεις, οι οικονομικές επιβαρύνσεις και οι εξυπηρετήσεις-διευκολύνσεις.

Τα γνωρίσματα είναι ένα κατ' εξοχήν φροντισμένο χαρακτηριστικό. Οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας εδώ δίνουν όλο το βάρος των προσπαθειών τους, καθώς στόχος τους είναι να υπερτερούν έναντι των ανταγωνιστών τους με γνωρίσματα μοναδικά.

Και ενώ, τα γνωρίσματα αποτελούν αντικειμενικά και σταθερά δεδομένα, σύμφωνα με την άποψη των προμηθευτών, οι προσλαμβάνουσες παραστάσεις και οι προτιμήσεις των ασθενών ποικίλουν και μπορεί να διαφέρουν σοβαρά.

Ιδιότητες

Σε αντίθεση με τα γνωρισματα,οι ιδιότητες θεωρούνται υποκειμενικές γνώμες των ασθενών για τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, οργανισμούς η πρόσωπα.
Υπάρχουν μόνο στο μυαλό των ασθενών και έχουν σχέση με την ιδιοσυγκρασία του κάθε ασθενή.

Οι ιδιότητες είναι πολυάριθμες σε αντίθεση με τα γνωρίσματα που είναι σταθερά και αντικειμενικά, αποδίδονται στους προμηθευτές, ίσως μόνο από το συγκεκριμένο ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον και για όσο χρόνο διαρκεί η παροχή της υπηρεσίας.

Συνέπειες

Οι συνέπειες η αλλιώς τα αισθήματα, παρ' ότι έχουν μερικές πραγματικές αναφορές, όπως και οι ιδιότητες, βρίσκονται περισσότερο στη συνείδηση και στο μυαλό των ασθενών. Αλλά αντίθετα με αυτές, βρίσκουν εφαρμογή περισσότερο στον ίδιο τον ασθενή, παρά πους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας.

Οι συνέπειες αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο αριθμό θετικών η αρνητικών αποτελεσμάτων. Οι ασθενείς αναμένουν η ελπίζουν και για τα συναισθηματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και θρησκευτικά αποτελέσματα της φροντίδας όπως για τα φυσικά γεγονότα, τα οποία αντιλαμβάνονται βάσει μιας δεδομένης εμπειρίας η σχέσης, θετικής η αρνητικής.
Μια συνέπεια περιλαμβάνει τα οφέλη και το κόστος σύμφωνα με την αντίληψη του ασθενούς.
Ωστόσο, για τον προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας, το κόστος και το όφελος μπορεί να διαφέρουν εντελώς.

Εμπειρίες

Οι εμπειρίες, όπως και τα γνωρίσματα είναι πραγματικά, αντικειμενικά, αποδεδειγμένα γεγονότα και αντιδράσεις. Στην πραγματικότητα είναι οι εμπειρίες που αποκτούν οι ασθενείς από την επαφή τους με τα γνωρίσματα. Αλλά οι εμπειρίες, όπως οι ιδιότητες και οι συνέπειες είναι ιδιαίτερες και προσωπικές για τον κάθε ασθενή.

Οι εμπειρίες συχνά κατηγοριοποιούνται και μπορούν να αντιστοιχηθούν με τα διάφορα τμήματα του οργανισμού, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται ο στόχος των διοικήσεων, δηλ. Η διαχείριση των εμπειριών των ασθενών.

Στις έρευνες για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενων,οι διάφορες κατηγόριες των εμπειριών, όπως π.χ. η διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο, η καθαριότητα η διατροφή, προσεγγίζονται με εργαλεία που συνήθως χρησιμοποιούνται για τα γνωρίσματα, ενώ άλλες φορές, με αυτά που χρησιμοποιούνται για τις ιδιότητες, ζητώντας στους ασθενείς να κρίνουν τη συμπεριφορά του προσωπικού.

Μια σωστή μέτρηση των εμπειριών, πρέπει να εξετάζει πόσο συχνά συμβαίνουν ιδιαίτερα περιστατικά και πως τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής.

Το ενδιαφέρον είναι ότι οι εμπειρίες των ασθενών μπορούν να γίνουν αντικείμενο διαχείρισης, σε αντίθεση με τις ιδιότητες και τις συνέπειες, οι οποίες βρίσκονται στο μυαλό και στο σώμα των ασθενών αποκλειστικά, και δεν είναι δυνατός κανένας άμεσος έλεγχος.

Ικανοποίηση-Αφοσίωση

Η ικανοποίηση είναι μια συνέπεια. Είναι μια λογική αποτίμηση, μια συναισθηματική θέση, η και τα δυο μαζί. Είναι μια συνοπτική συνέπεια που επηρεάζεται από τους άλλους τέσσερις παράγοντες, τα γνωρίσματα, τις ιδιότητες, τις εμπειρίες και τις συνέπειες, και επηρεάζει τις μετέπειτα σχέσεις του ασθενή με τον προμηθευτή υπηρεσιών υγείας.

Ένας άλλος διαχωρισμός των χαρακτηριστικών της ποιότητας, σύμφωνα με Paraguayan, Zenithal, and Berry, 1985 προέρχεται από τα «χάσματα» που δημιουργούνται ανάμεσα στους συντελεστές των υπηρεσιών, κατά τη διάρκεια της παροχής τους. Διακρίνονται 5
« χάσματα ». Το «χάσμα πληροφόρησης» του καταναλωτή, το «χάσμα πρότυπων», το « χάσμα προσφοράς υπηρεσιών », το « χάσμα επικοινωνίας » και το «χάσμα υπηρεσιακής ποιότητας».

Χάσμα πληροφόρησης

Ως «χάσμα πληροφόρησης» του καταναλωτή, όπως αναφέρθηκε ήδη, χαρακτηρίζεται η διάφορα αντίληψης που δημιουργείται ανάμεσα σε καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και εργαζόμενους σ' αυτές, όσον αφορά στις προσδοκίες των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Είναι το κενό που παρουσιάζεται ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις του καταναλωτή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, και την αντίληψη των εργαζόμενων για αυτές τις προσδοκίες. Η δημιουργία του, δυνητικά, οφείλεται σε παράγοντες, όπως η έλλειψη ερευνάς για την αποκάλυψη των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών για τις υπηρεσίες, η αποτυχία συγκερασμού ομάδων με αντικρουόμενες προτεραιότητες ή η παρουσία προσωπικού που λειτουργεί με δικά του πρότυπα ποιότητας και όχι με πρότυπα ποιότητας που έχουν ορίσει οι καταναλωτές, δηλ. Αντιμετωπίζοντας τον καταναλωτή, όχι «όπως είναι», αλλά «όπως θα έπρεπε να είναι» σύμφωνα με τα δικά τους μέτρα.

«Χάσμα πρότυπων»

Το «χάσμα πρότυπων» αντιπροσωπεύει το χώρο στον οποίο οι διαχειριστές των υπηρεσιών, έχουν τοποθετήσει τα ποιοτικά πρότυπα και την έκταση που έχουν δώσει σ' αυτά. Δεδομένου ότι η ποικιλότητα θεωρείται αιτία υποβάθμισης της ποιότητας, όσο πιο τυποποιημένα είναι τα πρότυπα ποιότητας, τόσο περιορίζεται η ποικιλότητα και αυξάνεται η ποιότητα. Μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, όπως ανεπαρκή δέσμευση σε ποιοτικά πρότυπα, έλλειψη επικοινωνίας και εκπαίδευσης του προσωπικού σ' αυτά, ακατάλληλοι στόχοι, κ.α. Είναι το δεύτερο μεγαλύτερο παρατηρούμενο «χάσμα» στις υπηρεσίες και τους οργανισμούς υγείας.

«Χάσμα προσφοράς υπηρεσίας»

Το «χάσμα προσφοράς υπηρεσιών» παρουσιάζεται ανάμεσα στα πρότυπα που έχει θέσει η υπηρεσία ή ο οργανισμός και τις πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες. Θεωρείται παραδοσιακό και παρατηρείται ειδικά σε μεγάλους οργανισμούς και πολυάνθρωπες υπηρεσίες. Εκεί, η παροχή των υπηρεσιών είναι πολύ δύσκολο να τυποποιηθεί εξαιτίας της ετερογενείς, τόσο των εργαζόμενων και των καταναλωτών, οδό και των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ τους.

Άλλη μια αιτία δημιουργίας του χάσματος αυτού είναι το αδιαχώριστο της παραγωγής από την χρήση της υπηρεσίας. Αυτό σημαίνει ότι ο καταναλωτής έρχεται σε πολύ στενή επαφή με τη διαδικασία παραγωγής και την επηρεάζει.
Επομένως, δεν υπάρχει μεγάλη δυνατότητα κεντρικού έλεγχου της τήρησης των ποιοτικών πρότυπων.

«Χάσμα επικοινωνίας»

Το «χάσμα επικοινωνίας» προκύπτει ανάμεσα στις πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες και στις υποσχεθεισες στους καταναλωτές με εξωτερικά μέσα επικοινωνίας.
Καθώς οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από πολυεπιστημονικές ομάδες, η συνέπεια στον τρόπο αντιμετώπισης των καταναλωτών είναι πολύ δύσκολη. Επί πλέον αυτό συμβαίνει, όταν το προσωπικό δεν φροντίζει να ενημερώνει τους ασθενείς για το τι πρόκειται να συμβεί για λογαριασμό τους

«Χάσμα υπηρεσιακής ποιότητας»

Το «χάσμα υπηρεσιακής ποιότητας», βρίσκεται στην πλευρά του καταναλωτή και είναι η διαφορά μεταξύ των πρότυπων (normative) προσδοκιών του και της προσφοράς υπηρεσίας, όπως αυτός την αντιλαμβάνεται. (Katherine Selber, 1998)

Τα τέσσερα πρώτα «χάσματα που αφορούν τον προμηθευτή των υπηρεσιών, μπορούν να ορίσουν την ποιότητα όπως την αντιλαμβάνεται ο καταναλωτής, ενώ το πέμπτο ορίζει την υπηρεσιακή ποιότητα όπως πραγματικά τη δέχεται, τη βιώνει ο καταναλωτής. Η μέτρηση αυτού του χάσματος μετράται με το SERVQUAL, το οποίο αποτελεί σημαντικό εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών με όρους ποιότητας.

Ωστόσο, η διερεύνηση της ποιότητας στο χώρο της ιατρικής φροντίδας, έχει αρχίσει από πολύ νωρίς με την αξιολόγηση τόσο των ιατρικών πράξεων καθ' εαυτών όσο και όλων των πράξεων και των παραγόντων που έχουν οιανδήποτε σχέση με την παροχή της ιατρικής φροντίδας.

3.6 Πληροφορίες που μας δίνουν οι έρευνες

Υπάρχουν διάφοροι τύποι πληροφοριών τις οποίες μπορούμε να αποκομίσουμε από τις έρευνες με τους ασθενείς. Μετά την αποκατάσταση της υγείας τους πω ασθενείς μπορεί να κληθούν, (α) να αναφέρουν τις εμπειρίες τους απ' όσα συνέβησαν κατά την διάρκεια της διαμονής τους, (β) να αναλογισθούν τις προσδοκίες τους πάνω στην ποιότητα της φροντίδας και των υπηρεσιών που εισέπραξαν καθώς, (γ) και να αναγνωρίσουν το πόσο ικανοποιημένοι μείνανε από την παρεχόμενη φροντίδα και της υπηρεσίες. Δίδεται έτσι η δυνατότητα και στους επαγγελματίες υγείας να ενημερώνονται για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς τους, δίχως να εμμένουν αποκλειστικά και μόνο στις απλές γνωστές καθημερινές συνήθειες τους, όπως π.χ. καθημερινοί πόνοι, κάποια ενόχληση στο κρεβάτι τους κλπ. Οι κατηγόριες που συνηθίζουν να συμπεριλαμβάνονται στις αναφορές των χρηστών επικεντρώνονται κυρίως σε λειτουργικές διαδικασίες και δραστηριότητες στο χώρο του νοσοκομείου κι όχι τόσο σε θέματα που έχουν να κάνουν με τους ίδιους τους ασθενείς άμεσα.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών από τους ασθενείς αποτελεί το μόνο μέσο που βοήθα τους χρηστές των υπηρεσιών υγείας να καταλήγουν σε περισσότερο ενημερωμένες και υπεύθυνες επιλογές, όταν πρόκειται να επιλέξουν ένα νοσοκομείο, καθώς ακόμη και να δημιουργηθούν τα κίνητρα για τους αρμόδιους στα νοσοκομεία να βελτιώσουν την παρεχόμενη φροντίδα.

Η φροντίδα υγείας, η οποία τοποθετεί στο επίκεντρο τον ασθενή αντιμετωπίζει τον κάθε έναν ασθενή ξεχωριστά, ως ξεχωριστή οντότητα, με διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες. Η ποιότητα αποτελεί τον παράγοντα εκείνο ο οποίος προκύπτει από την συνειδητοποίηση των αναγκών και την ικανότητα του οργανισμού να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτές.(Κυριοπουλος Γ., Λιονης Χ., Σουλιωτης Κ., Τσακος Γ., 2003)

3.7 Κριτήρια Αξιολόγησης

Υπάρχουν τέσσερα κριτήρια με τα οποία μπορούμε να αξιολογήσουμε τις αναφορές των ασθενών και να εκτιμήσουμε τις μετρήσεις. Η υποκειμενικότητα, ευαισθησία, η ερμηνεία, η αποτελεσματικότητα. Διάφορες μαρτυρίες από αναφορές ασθενών συμπεριλαμβάνουν απαντήσεις οι οποίες μπορεί να είναι : (α) περισσότερο έγκυρες και λιγότερο υποκειμενικές και εύκολες για τους ασθενείς για να τις απαντήσουν,(β) κάποιες άλλες ερωτήσεις αυξάνουν την προθυμία των ασθενών ν' αναφέρουν τα προβλήματα, (γ) κάποιες απαντήσεις μπορεί να διευκολύνουν τις προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας σε σύγκριση με τις μετρήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών και δεν έχουν αποδειχθεί ποτέ. Από την άλλη πλευρά, δεν είναι και λίγες οι έρευνες στον τομέα αυτό οι οποίες έχουν αποδειχτεί αξιόπιστες έγκυρες και αποτελεσματικές. Αυτό που έχει σημασία είναι να εξασφαλίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο η εμπιστοσύνη της ερευνάς γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών για τις παραμέτρους και τα μεγέθη εκείνα τα οποία οφείλουν να μετρηθούν. (Κυριοπουλος Γ., Λιονης Χ., Σουλιωτης Κ., Τσακος Γ., 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η πολιτεία κατά καιρούς λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών. Έτσι, στη συγκεκριμένη περίπτωση, έκρινε σκόπιμο ότι θα έπρεπε να καλύψει τον ιδιαίτερο ευαίσθητο τομέα της υγείας και να καθορίσει ένα πλαίσιο αρχών, το οποίο θα αποτελούσε τον καταστατικό χάρτη των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς. Προς το σκοπό αυτό θέσπισε το νομικό πλαίσιο προστασίας αυτών, έτσι ώστε κάθε νοσοκομειακός ασθενής να μπορεί να απευθύνεται, όταν κρίνει σκόπιμο, στην αρμόδια υπηρεσία προστασίας του νοσοκομειακού ασθενούς, ζητώντας προστασία και διευθέτηση των προβλημάτων του.

Στόχος κάθε συστήματος υγείας οφείλει να είναι να κερδίσει την εμπιστοσύνη των πολιτών. Αυτό έχει τεραστία και πρωταρχική σημασία διότι αφενός κρίνει το βαθμό που οι πολίτες χρησιμοποιούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και αφετέρου διότι καθορίζει τη διάθεση των πολιτών να στηρίξουν με τις οικονομίες τους και την ενεργό συμμετοχή τους την αέναη προσπάθεια αύξησης της ποιότητας αυτών των υπηρεσιών.

4.1 Σχέσεις Ασθενών και Ιατρών

Ως τα προηγούμενα χρόνια, η προσωπική σχέση του γιατρού με τον ασθενή του ήταν ο κανόνας περισσότερο παρά η εξαίρεση. Τα τελευταία χρόνια όμως, καθώς ο ρόλος της ιατρικής άλλαξε και κατευθύνθηκε προς την εξειδίκευση περισσότερο, η προσωπική σχέση γιατρού και ασθενή άρχισε να εκλείπει και να αντικαθίσταται από βραχυχρόνιες και πιο τυπικές σχέσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών.

Στις μέρες μας όλο και περισσότερο ακούγονται φωνές διαμαρτυρίας από τους ασθενείς ότι το ιατρικό έργο έχει αρχίσει να χάνει κάτι από τη ζεστασιά του και την ανθρωπιά που παρείχε στους ασθενείς. Ακόμα πιο πολύ, άρχισε τα τελευταία χρόνια να λέγεται και το φαινόμενο της αδυναμίας του ασθενή να εμπιστευθεί το γιατρό του και να ακολουθήσει ανεπιφύλακτα τις οδηγίες που αυτός του παρέχει.

Το θέμα αυτό είναι πολυσύνθετο και αρκετά ευρύ και μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να συζητάτε. Αποτελέσματα ερευνών που έχουν δει το φως της δημοσιότητας επιβεβαιώνουν την ύπαρξη ενός χάσματος στις σχέσεις ασθενών και γιατρών.

Παρόλα αυτά τα στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί ως τώρα ελέγχονται ως προς την ακρίβεια τους και κυρίως ελέγχεται το αν και κατά πόσο μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για την ποιότητα των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή μεσώ των αποτελεσμάτων των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τους γιατρούς τους.

Η έννοια της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία και προϋποθέτει την πρόθεση για συλλογική ενέργεια των δυο μερών δηλαδή του προμηθευτή και του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας(GAPS IN DOCTOR / PATIENS COMUNICATION-1.DOCTOR PATIENT INTERACTION AND PATIENT SATISFACTION-Barbara Korsch-Ethel Gozzi-Vida Francis Department of Pediatrics-Childrens Hospital Of Los Angeles-University Of Southern California-School of Medicine-Los Angeles)

Η έννοια της επικοινωνίας θα μπορούσε να ορισθεί ως «ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ δυο μερών για ορισμένους σκοπούς» (PROBLEMS AND PROSPECTS FOR HEALTH SERVICES RESEARCH ON PROVIDER / PATIENT COMMUNICATION-Thomas Inui-William Carter.Medical Care – May 1985-Vol.23-No5) Η έννοια αυτή στην καθημερινή άσκηση του ιατρικού έργου διασπάται σε πολύ περισσότερες δραστηριότητες και αυτό γιατί στη θεραπευτική πράξη παρεμβαίνουν πολύ περισσότεροι συμμετέχοντες, περισσότερα και πολυπλοκοτερα είδη πληροφοριών και σκοπιμότητες. Η ακρίβεια των πληροφοριών που θα ανταλλαγούν παίζει καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας αφού είναι καθοριστικός παράγοντας για την ορθότητα της διάγνωσης και την εγκυρότητα της θεραπευτικής αγωγής.

Παρόλο που σήμερα λίγα στοιχεία έχουν δει το φως της δημοσιότητας γύρω από αυτό το πολύπλοκο ζήτημα, είναι βέβαιο ότι μέσα στα επόμενα χρόνια μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον θα στραφεί γύρω από την ερευνά και την αναλυτή αυτών των θεμάτων.((PROBLEMS AND PROSPECTS FOR HEALTH SERVICES RESEARCH ON PROVIDER / PATIENT COMMUNICATION-Thomas Inui-William Carter.Medical Care – May 1985-Vol.23-No5)

Στο κεφαλαίο αυτό θίξαμε το θέμα της επικοινωνίας γιατρών και ασθενών ως παράμετρο της ικανοποίησης. Η έλλειψη σωστής επικοινωνίας επιδρά καθοριστικά στην άσκηση του έργου της θεραπείας και μπορεί να καταστήσει το έργο αυτό ανώφελο η ακόμα και επιζήμιο. Μια τέτοια έκβαση της θεραπείας θα έχει αναμφίβολα επιζήμιες συνέπειες στο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

4.2 Σχέσεις Ασθενών και Νοσηλευτικού Προσωπικού

Οι ασθενείς επιθυμούν και από το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίζονται με απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή τους, να λαμβάνονται από τους τελευταίους όλα τα μέτρα που θα προάγουν την υγειά των ασθενών χωρίς να θίγουν το αίσθημα της προσωπικής τους ελευθέριας και βούλησης.

Θέλουν να τους επιδεικνύεται η ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές ιδεολογικές η άλλες τοποθετήσεις τους, την οικονομική τους κατάσταση η τη βαρύτητα της νόσου.

Το σημαντικότερο όλων είναι να επιδεικνύεται από πλευράς νοσηλευτικού προσωπικού ο απεριόριστος σεβασμός στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων των νοσηλευτών σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

Ο ασθενής επιθυμεί τη σύμπραξη ιατρών και νοσηλευτών για την ορθή ενημέρωση του αναφορικά με την διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κίνδυνους, τα

οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσης του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής η ιατρικής πράξης.

Καθήκον του νοσηλευτή, όπως και του ιατρού, είναι να επιδεικνύεται απεριόριστος σεβασμός στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή. Οφείλει να αποτρέψει κάθε πράξη η παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του, αλλά και να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιοδήποτε μορφή παραβίασης τους.

Πολλοί από τους ασθενείς σήμερα επιθυμούν να ενημερώνονται για τις προοπτικές , τις ευκαιρίες και τις εναλλακτικές για την περίπτωση τους δυνατότητες αφού πρώτα έχουν ενεργητική επιμόρφωση και συμμετοχή στην επιστημονική γνώση και ενημέρωση για τα δικαιώματα τους που απορρέουν από διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις αλλά και τις υποχρεώσεις τους έναντι των παραγόντων και των δομών των υπηρεσιών υγείας. (κώδικας νοσηλευτικής Δεοντολογίας 1992)

4.3 Σχέσεις Ασθενών και Διοικητικού Προσωπικού

Εξίσου σημαντικές είναι οι σχέσεις που αναπτύσσει ο ασθενής με τους διοικητικούς υπάλληλους. Μια σχέση που χαρακτηρίζεται προβληματική και από τις δυο πλευρές διαπιστώθηκε ότι τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χρηστές σχετίζονται με τη συμπεριφορά των υπάλληλων, την ταχύτητα εξυπηρέτησης, την πρόσβαση. Το προσωπικό από την πλευρά του δηλώνει ότι η δυσαρέσκεια των χρηστών της νοσοκομειακής φροντίδας οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς προσωπικού, στην ανάγκη αλλαγής θέσης εργασίας προς περαιτέρω κατάρτιση, ολοκλήρωση ως υπάλληλου και εξέλιξη, αλλά και στην κούραση και ψυχική εξάντληση λόγω της μακρόχρονης επαφής με το κοινό. (Σερίφη Μ. 2004).

4.4 Αντιλήψεις Ασθενών για τη Ξενοδοχειακή Υποδομή

Παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν την τελευταία δεκαετία με την ανέγερση και λειτουργία αρκετών σύγχρονων νοσοκομείων και τη μεγάλη αύξηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στο νοσοκομειακό τομέα σε σχέση με το πρόσφατο παρελθόν, εντούτοις παραμένουν άλυτα πολλά και μεγάλα προβλήματα που έχουν σχέση με την οργάνωση και λειτουργικού τομέα.

Τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας λειτουργούν σε κτίρια πεπαλαιωμένα, ενώ μερικά είχαν κατασκευασθεί και άλλες χρήσεις και στη συνεχεία με μετατροπές και προεκτάσεις λειτούργησαν ως νοσοκομεία για να καλύψουν πιεστικές ανάγκες περίθαλψης. Ο ευκαιριακός τρόπος χωροθέτησης και η έλλειψη αρχιτεκτονικού σχεδιασμού των νοσοκομείων δημιουργούν σημαντικά προβλήματα με αρνητικές συνέπειες στη καθημερινή λειτουργία τους.

Η σημερινή εισβολή της ιατρικής τεχνολογίας και η διαρκής διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός σύγχρονου νοσοκομείου μεγεθύνει σταθερά το πρόβλημα. Είναι και αυτός ένας λόγος που δεν πρέπει ο αρχιτεκτονικός σχεδιασμός να είναι στατικός αλλά να διαθέτει στοιχεία προγραμματισμού και δυναμικής ανάπτυξης που θα λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις

σύγχρονες ανάγκες των ασθενών και θα προβλέπουν μελλοντικές λειτουργίες ενός διαρκούς εξελισσόμενου νοσοκομείου.

Ένα άλλο μεγάλο κομμάτι, εκεί που είναι και η μεγάλη διάφορα μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, είναι οι συνθήκες διαβίωσης του ασθενούς μέσα στο νοσοκομείο. Όσον αφορά τα ήδη υπάρχοντα δημόσια νοσοκομεία τα τελευταία χρόνια, τις τελευταίες δεκαετίες, δεν έχουν αλλάξει. Περίπου οι συνθήκες ήταν ίδιες σχετικά με αυτό το κομμάτι. Αυτό που έχει αλλάξει είναι ο βαθμός δυσαρέσκειας και όχι ικανοποίησης του πελάτη. Αυτό οφείλεται μάλλον, στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του Έλληνα. Σήμερα, έχουμε την απαίτηση να απολαμβάνουμε υπηρεσίες, των οποίων η ποιότητα είναι ανάλογη του επιπέδου διαβίωσης στο σπίτι μας (Στάθης Ι. Γιώργος 2000)

Μέσα από έρευνες που έχουν γίνει τις τελευταίες δεκαετίες σχετικά με τις Υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στους ασθενείς από τα δημόσια νοσοκομεία, βλέπουμε τα μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης να συγκεντρώνονται στη ξενοδοχειακή υποδομή. Ειδικότερα οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν από αδιάφορες έως καθόλου ικανοποιητικές τις συνθήκες παραμονής στα νοσοκομεία, το φαγητό, τη κατάσταση των κοινόχρηστων χώρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Συστήματα Μέτρησης

Σύστημα COCHARANE

Ο Cochrane το 1972 πρότεινε τρία κριτήρια με τα οποία θα μπορούσαν να εξεταστούν οι ιατρικές πράξεις, όπως ακριβώς και τα φάρμακα, μέσα από τυχαιοποιημένους ελέγχους, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με άμεσο αλλά και απώτερο συμφέρον των ασθενών. Αυτά είναι :
Αποτελεσματικότητα-αλλάζει η θεραπεία τη φυσική πορεία της ασθένειας προς το καλύτερο;
Αποδοτικότητα – οι εκροές δικαιολογούν τις εισροές;

Ισότητα – υπάρχει ισότιμη πρόσβαση στη θεραπεία ή την υπηρεσία, από όλον τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό;

Σύστημα DONABEDIAN

Πολύ δημοφιλές είναι το μοντέλο που ανέπτυξε κι ο Donabedian, ο οποίος θεώρησε τη «δομή», τη «διαδικασία» και το «αποτέλεσμα», ως τις τρεις βασικές προσεγγίσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Ως «διαδικασία» θεωρούνται όλες οι επαγγελματικές δραστηριότητες που έχουν σχέση με την παροχή φροντίδας (τεχνική και κλινική ποιότητα φροντίδας , υψηλής ποιότητας διαπροσωπικές σχέσεις προμηθευτού-ασθενούς, πρόσβαση στη φροντίδα) ενώ ως σημαντικότερο μέρος του μοντέλου θεωρείται «το αποτέλεσμα» το οποίο δεν είναι απλά η μέτρηση της υγείας, της ευημερίας ή άλλων καταστάσεων. Είναι μια «αλλαγή» στην κατάσταση της σημερινής και μελλοντικής υγείας του ασθενή για την οποία ευθύνεται αποκλειστικά η προηγηθείσα θεραπεία και μπορεί να αποδοθεί :

Αποτέλεσμα = αποδοτικότης παρεχόμενης θεραπείας + παράγοντες κινδύνου του ασθενή + ποιότητα φροντίδας + τυχαία επιλογή **(Donabedian A., 1986, 1990)**

Σύστημα των 5 «D:L»

Η κατηγοριοποίηση των 5 <D, (death, disease, discomfort, disability, dissatisfaction), όπως ονομαζόταν η διάκριση σε θάνατο, ασθένεια, δυσφορία, ανικανότητα, έλλειψη ικανοποίησης είναι μια αντίστροφη μέτρηση από αυτήν του Donabedian. Σ'αυτήν στηρίχθηκαν διάφορες παραλλαγές όπως (death, disease, physical well-being, and quality of life) που διακρίνεται σε θάνατο, ασθένεια, φυσική ευεξία και ποιότητα ζωής
Patrick (1986)

SERVQUAL = SERVICE QUALITY

Η ανάγκη παροχής υπηρεσιών υψηλής ποιότητας με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών, οδήγησε στις υπηρεσίες και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας στην υιοθέτηση του SERVQUAL, συστήματος μέτρησης ποιότητας, που ανέπτυξαν και δημοσίευσαν οι Paraguayan et al, 1985. Το SERVQUAL αποτελεί το βασικό μέρος της θεωρίας του «χάσματος»και αναπτύχθηκε για να μετρήσει τις διαφορές μεταξύ που ο χρήστης των υπηρεσιών προσδοκά από μια κατηγορία προμηθευτών υπηρεσιών και την εκτίμηση αυτού που αντιλαμβάνεται ότι λαμβάνει. Αποτελεί μια από τις δημοφιλέστερες μεθόδους μέτρησης της ποιότητας σε όλα τα πεδία της αγοράς, το οποίο μετά την εφαρμογή του σε διοικητικές και εμπορικές υπηρεσίες (τράπεζες και επιχειρήσεις), χρησιμοποιείται και στα νοσοκομεία και τις κλινικές.

Στο σύστημα SERVQUAL, οι 5 ιδιότητες που ορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών βάσει των οποίων αξιολογούν οι χρήστες αυτές τις υπηρεσίες είναι οι
1) Αντικειμενικότητα 2) Αξιοπιστία, 3) Υπευθυνότητα, 4) Ασφάλεια και 5) Κατανόηση.
Αυτές οι πέντε ιδιότητες είναι στατιστικά αποδεδειγμένα, το «καταστάλαγμα» μιας σειράς 10 γενικών ιδιοτήτων της ποιότητας, στις οποίες κατέληξαν οι ερευνητές μετά την μελέτη των αποτελεσμάτων μιας έρευνας που περιελάμβανε 22 στοιχεία ποιότητας.

Η έρευνα διενεργήθηκε σε ομάδες συγκεντρώσεως (focus group), 800 συνολικά ατόμων , με επίκεντρο την άποψη του καταναλωτή για την ποιότητα. Τα δέκα γενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας είναι οι 1) Αντικειμενικότητα, 2) Αξιοπιστία, 3) Υπευθυνότητα , 4) Ικανότητα, 5) Ευγένεια, 6) Επικοινωνία, 7) Εμπιστοσύνη,
8) Ασφάλεια, Πρόσβαση και 10) Κατανόηση.

Οι πέντε παράμετροι του SERVQUAL θεωρητικά, περιλαμβάνουν όλες τις διαστάσεις της ποιότητας (Parasuraman et al, 1988)
Αυτό το σύστημα μέτρησης θέτει δομημένο ερωτηματολόγιο, ανά ζεύγη και χρησιμοποιεί την επτάβαθμη κλίμακα του Likert ο «πολύ δυσαρεστημένος» η «διαφωνώ απόλυτα» μέχρι «πολύ ευχαριστημένος» ή «συμφωνώ απόλυτα».

Δηλαδή, οι χρήστες καλούνται να απαντήσουν σε δύο ερωτήσεις, για το ίδιο πράγμα,όπως π.χ. ποια αγωγή ήλπιζαν ότι θα λάβουν και ποια συγκεκριμένη έλαβαν.

Το σύστημα βασίζεται στο σκεπτικό ότι οι καταναλωτές που δηλώνουν προσδοκίες υψηλότερες από τις παρεχόμενες τελικά υπηρεσίες. (Πρ>Παρ) δέχονται υπηρεσιακή ποιότητα χαμηλότερη του μέσου όρου. Αντίθετα, οι καταναλωτές που δηλώνουν παροχή υπηρεσιών υψηλότερη από τις προσδοκίες τους (Πρ<Παρ), βιώνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Τέλος, οι καταναλωτές που δηλώνουν ίδιο βαθμό προσδοκώμενων και παρεχόμενων υπηρεσιών (Πρ=Παρ) πρέπει να θεωρούνται ικανοποιημένοι.

Παράμετροι της SEVQUAL *

Αντικειμενικότητα, φυσικές διευκολύνσεις, εξοπλισμός και συμπεριφορά προσωπικού

Αξιοπιστία, ικανότητα για ανταπόκριση στις υποσχόμενες υπηρεσίες με αξιοπιστία και ακρίβεια

Υπευθυνότητα προθυμία για βοήθεια στον πελάτη και παροχή άμεσης υπηρεσίας

Ασφάλεια, γνώση και ευγένεια των προμηθευτών και ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη.

*Όπως έχουν προσαρμοστεί από τους Parasuraman, Zeithaml, and Berry 1985, 1988.

Αρχικές Παράμετροι Ποιότητας **

Ασφάλεια, περιλαμβάνει τα εξής

Ικανότητα : κατοχή απαραίτητων δεξιοτήτων και γνώση υπηρεσιακής Συμπεριφοράς. Αυτό περιλαμβάνει:

- γνώση και δεξιότητα προσωπικής επαφής
- γνώση και δεξιότητα προσωπικού λειτουργικής υποστήριξης
- ικανότητα έρευνας του οργανισμού

Ευγένεια : καλοί τρόποι, σεβασμός, λεπτότητα, φιλικότητα στις Προσωπικές επαφές. Αυτό περιλαμβάνει :

- λεπτή συμπεριφορά στους κοινόχρηστους χώρους
- καθαρή και προσεγμένη εμφάνιση του προσωπικού δημοσίων σχέσεων

Επικοινωνία: ενημέρωση των πελατών με όρους κατανοητούς και παράλληλη διάθεση να εισακουσθεί ο πελάτης. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η επιχείρηση θα πρέπει να προσαρμόζει το λεκτικό της στις δυνατότητες του κάθε πελάτη. Αυτό περιλαμβάνει:

- ενημέρωση για την ίδια την υπηρεσία
- ενημέρωση για το κόστος της υπηρεσίας
- ενημέρωση για πιθανές εκπτώσεις
- διαβεβαίωση του ασθενή ότι το πρόβλημα του θα λυθεί

Εμπιστοσύνη : αξιοπιστία και τιμιότητα. Δηλαδή, ότι το συμφέρον του πελάτη Είναι πρώτιστο μέλημα του οργανισμού. Για την εμπιστοσύνη Συμβάλουν:

- η φήμη του οργανισμού
- πόσο «ευυπόληπτος» είναι ο οργανισμός
- Τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τον Πελάτη

Ασφάλεια : αίσθηση έλλειψης κινδύνου, φόβου ή αμφιβολίας. Περιλαμβάνει:

- φυσική ασφάλεια (επικίνδυνα δάπεδα)
- οικονομική εξασφάλιση (συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς)
- εμπιστευτικότητα (απόρρητο συναλλαγών με τον οργανισμό)

Κατανόηση Περιλαμβάνει τα εξής:

Προσέλευση: προσβασιμότητα και εύκολη επαφή. Περιλαμβάνει:

- εύκολη τηλεφωνική πρόσβαση στην υπηρεσία
- μικρής διάρκειας αναμονή για την λήψη της υπηρεσίας
- άνεση κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσίας
- άνετη διαρρύθμιση των υπηρεσιακών χώρων

Κατανόηση/Γνώση του ασθενή: αναγνώριση των αναγκών του πελάτη Περιλαμβάνει

- διαπίστωση των ειδικών απαιτήσεων του πελάτη
- παροχή εξατομικευμένης προσοχής
- αναγνώριση του τακτικού πελάτη

** Στις 10 αρχικές παράμετροι της ποιότητας περιλαμβάνονται επίσης η **Αντικειμενικότητα, η Αξιοπιστία και η Υπευθυνότητα** Pasuraman et al,1985,1988

SERVPERF = SERVICE PERFORMANCE

Εναλλακτικές, στο παραπάνω σύστημα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών, είναι οι προσπάθειες των Joseph Cronin & Steven Taylor,(1992) να ,μετρηθεί ως τελούμενη πράξη, αυτή καθ' εαυτή η παροχή υπηρεσιών, (service performance) και να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα των υπηρεσιών, την ικανοποίηση των καταναλωτών και τις προθέσεις τους για μελλοντική επιλογή προμηθευτή υπηρεσιών.
Προβάλλουν δε, τις τρεις παρακάτω ερωτήσεις.

- Η ικανοποίηση του ασθενή προηγείται της αντίληψης για ποιοτική υπηρεσία;
- Η ικανοποίηση του καταναλωτή επηρεάζει σοβαρά τις προθέσεις του;
- Η ποιότητα της παρεχόμενη υπηρεσίας επηρεάζει σοβαρά τις προθέσεις του;

Η διαφοροποίησή σε θεωρητικό επίπεδο έγκειται, στο ότι ενώ στο SERVQUAL μετράται η παρεχόμενη υπηρεσία σύμφωνα με το τι θα «έπρεπε» να προσδοκά ο καταναλωτής, οι μετρήσεις της ικανοποίησης στο SERVPERF γίνονται βάσει του τι «μπορούσε» να προσδοκά ο καταναλωτής.

5.2 Πως γίνεται η μέτρηση :

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι συλλογής πρωτογενών στοιχείων. Η κάθε επιλογή επηρεάζεται από την φύση του συγκεκριμένου προβλήματος, από τους οικονομικούς πόρους και από την επιστημονική κατάρτιση των συμμετεχόντων.
Η ερώτηση πώς γίνεται μια μέτρηση έχει πολλές απαντήσεις (πείραμα, παρατήρηση, ερωτηματολόγιο). Εξαρτάται από ποια οπτική γωνία εξετάζεται και τι σημαίνει για τον ερευνητή.
Για να μετρηθεί η ικανοποίηση στις υπηρεσίες υγείας, ο μόνος τρόπος, το βασικό εργαλείο για την εκμαίευση της γνώμης των ασθενών, είναι τα ερωτηματολόγια, τα οποία αποτελούν βασικές ευκαιρίες για κλιμάκωση και διερεύνηση των απαντήσεων.

Ερωτηματολόγια

Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από σύνολα γραπτών ερωτήσεων, που απατώνται από το άτομο-στόχο. Με το ερωτηματολόγιο γίνεται μια επισκόπηση ενός πληθυσμιακού υποσυνόλου, δια μέσου μιας επικοινωνίας διπλής κατευθύνσεως.

Το βασικό πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου, ως μεθόδου έρευνας, είναι η δυνατότητα να έχει σαν κοινό παρανομαστή τον άνθρωπο. Το τι γνωρίζει ο άνθρωπος πώς σκέπτεται, ποια είναι η γνώμη του, οι προθέσεις του, η στάση του, τι τον υποκινεί, όλα μπορούν να βρεθούν μέσα από το ερωτηματολόγιο.Διεκπεραιώνεται γρήγορα και έχει χαμηλό κόστος.

Τα βασικά του μειονεκτήματα είναι η άρνηση απαντήσεως (ολική ή μερική) η αδυναμία ακριβούς απαντήσεως και η επιρροή που ασκεί η όλη διαδικασία ερωτήσεων στον ερωτώμενο.
Οι τύποι των ερωτήσεων είναι: οι ανοικτές, οι πολλαπλής επιλογής και οι ερωτήσεις κλίμακας.

Α) οι ανοικτές ερωτήσεις , επιτρέπουν μεγάλη ελευθερία απαντήσεων σε αυτόν που ερωτάται, γιατί τόσο το περιεχόμενο όσο και ο τρόπος έκφρασης είναι δικές του επιλογές. Οι ανοικτές ερωτήσεις ρίχνουν άπλετο φως στο πώς σκέπτεται, αποφασίζει και ενεργεί αυτός που ερωτάται. Έτσι, αντλούνται πολύτιμες πληροφορίες.

Β) στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής , αυτός που ερωτάται πρέπει να διαλέξει μια (ίσως και περισσότερες) από τις απαντήσεις που του προτείνονται. Οι ερωτήσεις αυτού του τύπου έχουν εύκολη επεξεργασία ενώ μειονεκτούν σε σχέση με τις ανοικτές ερωτήσεις γιατί η σειρά των απαντήσεων επηρεάζει την έκφραση του ερωτώμενου.

Γ) στις διχοτομημένες ερωτήσεις, οι απαντήσεις περιορίζονται μόνο σε δύο. Ο τύπος αυτών των ερωτήσεων μοιάζει με τον προηγούμενο και κατά συνέπεια έχουν τα ίδια περίπου πλεονεκτήματα.

Δ) στις ερωτήσεις κλίμακας , οι απαντήσεις δίνονται με κάποια μορφή ποσοτικοποίησης. Η επεξεργασία τέτοιων ερωτήσεων είναι πολύ εύκολη και η κλίμακα μπορεί να είναι τριών έως επτά βαθμών. Π.χ. η κλίμακα Likert, η οποία χρησιμοποιείται πολύ συχνά σε έρευνες στο χώρο της υγείας.

Οι ερωτήσεις μπορεί να είναι προκαθορισμένες και κοινές, στερεότυπες για όλους. Μπορεί όμως να συμβαίνει και το αντίθετο. Επίσης ο τρόπος υποβολής των ερωτήσεων μπορεί να είναι φανερός ή συγκαλυμμένος. Σαν αποτέλεσμα αυτών των διακρίσεων, υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται εναλλακτικά .
Στην ιατρική έρευνα χρησιμοποιούνται το Κανονικό ερωτηματολόγιο, και ομάδα συγκέντρωσης..

Το κανονικό ερωτηματολόγιο, είναι η πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδος. Οι ερωτήσεις είναι προκαθορισμένες και οι ίδιες ακριβώς για όλους. Η ερώτηση γίνεται φανερά και έτσι αυτός που απαντά ξέρει αμέσως τι ζητά ο άλλος . Η προτυποποίηση των ερωτήσεων επιτρέπει άνετη και γρήγορη σύγκριση των απαντήσεων.

Η μέθοδος της ομάδας συγκέντρωσης (focus group) στηρίζεται στη διαπίστωση των ψυχολόγων ότι η άμεση ερώτηση δεν μπορεί πολλές φορές να δώσει πληροφορίες σχετικά με το τι υποκινεί τους ανθρώπους. Κατά τη μέθοδο αυτή, ένα πολύ-μικρό δείγμα, μια ομάδα 6-10 ατόμων, συμμετέχει σε ελεύθερη συζήτηση με ερωτήσεις και απαντήσεις. Ρόλο συντονιστή παίζει ο ερευνητής. Η συζήτηση γίνεται σε ειδικούς χώρους με κατάλληλο εξοπλισμό (μαγνητόφωνα,κλειστό κύκλωμα τηλεοράσεως κλπ).

Στην συζήτηση υπάρχει αυθορμητισμός που αυξάνει τις πιθανότητες να δοθούν πληροφορίες που διαφορετικά δεν θα δίνονταν. Οι ερωτήσεις και εδώ είναι ελεύθερες και φανερές (Μάλλιαρης Π., 1990)

Η μέθοδος της ομάδας συγκέντρωσης (focus group) χρησιμοποιήθηκε για τη στοιχειοθέτηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας από τους Parasuraman et al, 1985)

Προσέγγιση των ασθενών

Υπάρχουν τρεις σταθεροί τρόποι προσέγγισης των ασθενών για τη λήψη πληροφοριών σχετικά με την ικανοποίηση: οι προσωπικές συνεντεύξεις, τα ελεύθερα ερωτηματολόγια και οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Ο καθένας από αυτούς τους τρόπους έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και η επιλογή εξαρτάται από το σκοπό της έρευνας (δημόσιες σχέσεις, έλεγχος και διαχείριση) και τις προοπτικές του οργανισμού τη συγκεκριμένη στιγμή.

Προσωπικές συνεντεύξεις: είναι προφανώς, ο καλύτερος τρόπος προσέγγισης για τον συνδυασμό τριών στόχων.
Μιλώντας με όρους δημοσίων σχέσεων, ασφαλώς δεν υπάρχει καλύτερος και αποτελεσματικότερος τρόπος να δείξει ο οργανισμός το ενδιαφέρον του, από το να στείλει κάποιον να μιλήσει σχετικά μ' αυτό.

Οι προσωπικές συνεντεύξεις προσφέρουν θαυμάσιες ευκαιρίες για τη διερεύνηση των αιτίων που κρύβονται πίσω από την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια , την αφοσίωση ή την αδιαφορία των ασθενών προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών Το ίδιο ισχύει και όταν πρόκειται για διαχείριση.

Όταν πρόκειται για σκοπό καθαρά ελεγκτικό, οι συνεντεύξεις έχουν πολύ υψηλό κόστος Επιπλέον, καθώς απαγορεύουν κάθε δυνητική ανωνυμία, αντενδείκνυνται για τις περιπτώσεις εκείνες που θα έπρεπε οι ασθενείς να αποκαλύπτουν την πηγή της πληροφόρησής τους, χωρίς το φόβο επιπτώσεων.. Οι προσωπικές συνεντεύξεις κινδυνεύουν επίσης να επηρεαστούν από τις ιδιαιτερότητες και τη διάθεση του ερωτώντος.

Ελεύθερα ερωτηματολόγια: είναι η λιγότερο δαπανηρή τεχνική μέτρησης της ικανοποίησης. Είναι εξαιρετικά για σκοπούς δημοσίων σχέσεων. Η διανομή τους μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους (ταχυδρομικά, στο γραφείο νοσηλευτριών, στο θάλαμο, στην είσοδο της υπηρεσίας, κ.α) και ο κάθε ενδιαφερόμενος ασθενής μπορεί να τα συμπληρώσει. Είναι ανώνυμα και οι ασθενείς μπορούν να το συμπληρώσουν με άνεση όποτε θεωρούν κατάλληλη στιγμή. Για σκοπούς ελέγχου τα ερωτηματολόγια αυτού του τύπου εμπεριέχουν τον κίνδυνο της αυτοεπιλογής, και της προκατάληψης φέρνοντας τα αποτελέσματα στο υψηλό επίπεδο του 80-90%

Τηλεφωνικές συνεντεύξεις πλησιάζουν τον μέσο όρο των καλύτερων επιδόσεων.
Κοστίζουν σχεδόν όσο και οι προσωπικές συνεντεύξεις και για τον τομέα των δημοσίων σχέσεων έχουν τον ίδιο βαθμό ενδιαφέροντος. Έχουν μικρό ποσοστό αρνητικών απαντήσεων και δίνουν αποτελέσματα σε μικρότερο χρόνο από ότι τα ερωτηματολόγια, δεδομένου ότι σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα μπορούν να γίνουν εκατοντάδες τηλεφωνήματα.

Για διαχειριστικούς σκοπούς οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις επιτρέπουν τη διερεύνηση της κλίμακας των απαντήσεων για την ανακάλυψη των αιτίων που προκαλούν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια. Στα ερωτηματολόγια, μια μειονότητα ασθενών απαντά έτσι, ενώ στις συνεντεύξεις η πλειονότητα. Διότι αυτοί που διενεργούν την έρευνα, θα ερωτούν πιέζοντας ευγενικά, μέχρι να πάρουν την πληροφορία στην οποία οι διαχειριστές θα στηρίξουν αποφάσεις.

Επιπλέον, η ποιότητα της πληροφορίας είναι καλύτερη από το τηλέφωνο διότι ο ασθενής θεωρώντας ότι τον καλύπτει η ανωνυμία απαντά με περισσότερη άνεση και χωρίς ενδοιασμούς. Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις είναι φυσικά πιο δαπανηρές από ότι τα

«ελεύθερα» ερωτηματολόγια αλλά υποφέρουν και αυτές από τις ιδιαιτερότητες των ανθρώπων που διεξάγουν την έρευνα, αν και προσεκτικοί εκτιμητές των απαντήσεων είναι σε θέση να μειώσουν αυτό το πρόβλημα.

Συμπερασματικά, οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις φαίνεται να προσφέρουν τον καλύτερο συνδυασμό ευκαιριών και αποτελεσμάτων τόσο στις δημόσιες σχέσεις όσο και στον έλεγχο και τη διαχείριση.

Η έκταση των ερωτηματολογίων καθορίζεται ανάλογα με το σκοπό της έρευνας.
Μια έρευνα με σκοπό την βελτίωση των δημοσίων σχέσεων χρησιμοποιεί συνήθως περιορισμένο ερωτηματολόγιο, 5-15 ερωτήσεων που επιτρέπουν στους ασθενείς
Να εκφράσουν τα πιο σημαντικά παράπονα και επιθυμίες τους.

Οι έρευνες με σκοπό τον έλεγχο, περιλαμβάνουν 20-50, προσιτές για ανάλυση, κλειστές ερωτήσεις. Αναφέρονται συνήθως στη συμπεριφορά του προσωπικού των υπηρεσιών, των γιατρών, των νοσηλευτών/τριών, των διοικητικών, και του προσωπικού καθαριότητας και εποπτείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Οι έρευνες διαχείρισης που διενεργούν οι διοικήσεις των οργανισμών παροχής υπηρεσιών συνήθως έχουν αρκετά μεγάλα ερωτηματολόγια επειδή σκοπεύουν στην ανεύρεση των συνδέσμων μεταξύ των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών και των εμπειριών των ασθενών, τις οποίες πρέπει να διαχειριστούν, καθώς και των συνδέσμων των ιδιοτήτων με τις συνέπειες, τις οποίες ελπίζουν να επηρεάσουν.

Τι επηρεάζει τη μέτρηση.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας φαίνεται να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, που έχουν να κάνουν με την ιδιαίτερα επιβαρημένη σωματική και ψυχική κατάσταση του ερωτώμενου δηλ. του ασθενή..
Αυτά είναι:

- η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα
- το μορφωτικό και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο
- η αρχική διάγνωση
- η έκβαση της ασθένειας
- η κακή φυσική κατάσταση
- η πνευματική ή συναισθηματική κατάσταση
- η παρουσία χρόνιων παθήσεων
- η αδυναμία έκφρασης
- η έλλειψη ανωνυμίας
- ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου
- ο τόπος συνέντευξης
- η θέση και η προσωπικότητα του ερωτώντος
- η εξάρτηση από τον προμηθευτή της υπηρεσίας
- η πρόκληση πολιτικών, κοινωνικών, θρησκευτικών πεποιθήσεων

5.3 Είδη Μεθόδων Μέτρησης

Ποσοτική μέθοδος

Ως ποσοτική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ορίζεται η μέτρηση των παραγόντων, των αξιολογήσεων και των αντιδράσεων των ασθενών μέσα από μια αριθμητική παρουσίαση βάσει της εμπειρίας τους από της υπηρεσίες υγείας.
Με την ποσοτική μέθοδο, στους ασθενείς που εξέρχονται από το νοσοκομείο παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο μιας έρευνας. Οι απαντήσεις σ' αυτές τις ερωτήσεις έχουν πέντε βαθμίδες διακύμανσης, από «Διαφωνώ απολύτως», έως «Συμφωνώ απολύτως» ή από «Δυσάρεστα» έως «Θαυμάσια» και ποικίλουν ανάλογα με το επίπεδο ευχαρίστησης-ικανοποίησης του ασθενή. Αυτά τα επίπεδα ικανοποίησης αντιστοιχούν σε μια βαθμολογία από 1-5 «Δυσάρεστα» = 1, «Μέτρια» = 2, «Καλά» = 3, «Πολύ Καλά»=4
«Θαυμάσια» = 5. Η τελική βαθμολογία αφορά σ' όλο το δείγμα ,για κάθε νοσοκομείο, κάθε κλινική, κάθε τμήμα. Η «γενική βαθμολογία» είναι σχεδόν πάντα χαμηλότερη από την επιμέρους κι αυτό γιατί στη γενική υπεισέρχονται παράγοντες, όπως π.χ. η ηλικία και το φύλο, που μετριάζουν τα αποτελέσματα.
Η ποσοτική μέθοδος επιτρέπει στους ασθενείς να απαντήσουν στις ερωτήσεις της έρευνας κατά κάποιο τρόπο αριθμητικά, όσον αφορά την αξιολόγηση και τις αντιδράσεις τους στους παράγοντες που αποτελούν τις υπηρεσίες υγείας.

Ποιοτική μέθοδος

Στην ποιοτική μέθοδο, ο ερευνητής συλλέγει πληροφορίες ζητώντας από τους ασθενείς να γράψουν ή να εκφράσουν προφορικά την άποψη τους για τους παράγοντες που στοιχειοθετούν τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και για το πώς αυτοί τους αξιολογούν και αντιδρούν.

Τα είδη των ερωτήσεων με τις οποίες, αυτή η μέθοδος αποσπά πληροφορίες-δεδομένα από τους ασθενείς, ποικίλουν. Στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, οι απαντήσεις είναι προσδιορισμένες συνήθως ανάμεσα σε δύο-τρία επίπεδα, ενώ πολλές έρευνες αφήνουν το περιθώριο και για πιο ελεύθερες ή γενικές απαντήσεις.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ότι οι ασθενείς δεν νοιώθουν πιεσμένοι να απαντήσουν με συγκεκριμένο σχήμα απαντήσεων και μπορούν ελεύθερα να μιλήσουν και να πουν αυτό που ακριβώς νιώθουν με τον δικό τους τρόπο. Αυτό μερικές φορές δίνει παράλληλες πληροφορίες και οδηγεί στης εξαγωγή επικουρικών συμπερασμάτων.

Το στοιχείο-κλειδί στην ποιοτική μέθοδο είναι η ανάλυση αυτών των γραπτών ή προφορικών απόψεων. Για την ανάλυση πρέπει να αναπτυχθούν μηχανισμοί επεξεργασίας και συστηματικής κωδικοποίησης, οι οποίοι να επιτρέπουν την κατηγοριοποίηση των σχολίων σε πολλά επίπεδα και την εξειδίκευση των ποιοτικών δεδομένων. Π.χ. σε μια έρευνα σχετική με το θέμα μιας, όλα τα σχόλια που αναφέρονται στους γιατρούς, τις νοσηλεύτριες, τους διοικητικούς, στις συνθήκες εισαγωγής, το διαιτολόγιο, τη θεραπεία, το βοηθητικό προσωπικό και άλλους παράγοντες, διαιρούνται σε ειδικές κατηγορίες. Κατόπιν αυτά τα σχόλια διαιρούνται πάλι ανάλογα με τη θέση τους σε θετικά, ουδέτερα ή αρνητικά. Τα σχόλια π.χ. που αφορούν τους γιατρούς αφού διαιρεθούν με βάση τον τύπο του θετικού ή αρνητικού σχολίου, θα κατηγοριοποιηθούν σε ένα δεύτερο επίπεδο όσον αφορά τις επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών, τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων, τον χρόνο της κάθε επίσκεψης,

του ενδιαφέροντος του γιατρού για τον ασθενή κ.ά. Στη συνέχεια αυτά θα χωρισθούν με βάση τον τύπο του σχολίου σε θετικό, ουδέτερο ή αρνητικό και ίσως προχωρήσουν και σε τρίτου επιπέδου κατηγοριοποίηση των σχολίων. Ο σκοπός της ανάλυσης είναι η δημιουργία ομάδων λογικών και συναφών δεδομένων, τα οποία θα είναι εύκολα ερμηνεύσιμα και κατανοητά.
Στην ποιοτική μέθοδο μπορούν να εφαρμοσθούν και ποσοτικές ή αριθμητικές τεχνικές για την κατανόηση και των έλεγχο στατιστικών προβλημάτων.

Οι απαντήσεις που συνίστανται σε γραπτά σχόλια, συχνά περιέχουν για τον ερευνητή, πολύ χρήσιμες πληροφορίες για άγνωστες και απρόβλεπτες θέσεις των ασθενών.
Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, αυξάνεται τόσο, όσο περισσότερο αναπτύσσονται τα συστήματα ποιοτικής ανάλυσης.
(Mc Stravic, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα

Έρευνες ικανοποίησης των Χρηστών από τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στην Ελλάδα

Στη χώρα μας οι μελέτες ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ολιγάριθμες και αφορούν μικρό αριθμό νοσηλευτηρίων (**Κυριόπουλος Γ.,Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., 1994**). Μετά από ανασκόπηση της Ελληνικής βιβλιογραφίας την τελευταία δεκαετία έχουν πραγματοποιηθεί 10 έρευνες ικανοποίησης των χρηστών από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα. Οι βασικές δε παράμετροι που χρησιμοποιούν κατά κύριο λόγο,για την αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών είναι :

α) Προσπέλαση/ διαθεσιμότητα Υπηρεσιών Υγείας

β) Σχέση ασθενή / Επαγγελματιών Υγείας

γ) Επαγγελματικές Ικανότητες / Ποιότητα Φροντίδας

δ) Οργανωτική πλευρά υπηρεσιών υγείας

ε) Κόστος της παρεχόμενης φροντίδας

στ) Τα αποτελέσματα της φροντίδας στην υγεία του ασθενή

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα δέκα ερευνών οι οποίες διεξήχθησαν κατά το διάστημα 1990-2000 για την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες των νοσοκομείων στη χώρα μας., διαπιστώνονται ομοιότητες, καθώς όμως και σημαντικές διαφορές, που όπως αναφέρθηκε οφείλονται, κατά κύριο λόγο, στην υιοθετούμενη μεθοδολογία, στα χαρακτηριστικά του δείγματος και σε άλλους ευαίσθητους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη γνώμη των ασθενών για τις υπηρεσίες των νοσοκομείων (Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι.,Κτενάς Ε., Γεωργούς Ε., 1994). Ο πίνακας 1 (παράρτημα) περιλαμβάνει συνοπτικά την ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά με τις συγκεκριμένες έρευνες.

6.2 Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Σάββας

Το Νοσοκομείο αυτό που υπάγεται στις διατάξεις του Ν 2592/53 , Ν 1397/83 αποτελεί μια αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα του ΠεΣ.Υ.Π, Αττικής, με διοικητικοί και οικονομική αυτοτέλεια, υπόκειται στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Είναι εγκατεστημένο στη λεωφόρο Αλεξάνδρας 171, η γεωγραφική του θέση είναι τέτοια, που μπορεί και εξυπηρετεί ένα μεγάλο μέρος του Νόμου Αττικής.

Τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου λειτουργούν καθημερινά από τις 8 έως της 2 το μεσημερι.Η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται σε τετρακόσιες πενήντα κλίνες, και απαρτίζεται από τις ακόλουθες υπηρεσίες.

Α.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητικής-Οικονομικής
- Λοιπό Προσωπικό Ιατρικής –Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- Προσωπικό Τεχνικής Υπηρεσίας

α/α	ΚΛΑΔΟΣ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΚΑΛΥΜΕΝΕΣ	ΚΕΝΕΣ%
1	**Μόνιμοι Γιατροί**	**180**	**135**	**45 25%**
2	**Ειδικευόμενοι Γιατροί**	**131**	**117**	**14 10,68**
3	**Νοσηλευτικό Προσωπικό**	**591**	**368**	**223 37,7**
4	**Διοικητικό Προσωπικό**	**116**	**112**	**4 3,4**
5	**Λοιπό Προσωπικό Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**	**35**	**28**	**7 20**
6	**Χείριστων-Εμφανιστώ**	**44**	**39**	**5 11,3**
7	**Προσωπικού Καθαριότητας**	**63**	**9**	**54 85,7**
8	**Προσωπικού Η/Υ**	**3**	**3**	**0 0%**
9	**Φυσιοθεραπευτών**	**5**	**4**	**1 10%**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Σκοπός της έρευνας

Η κατασκευή ενός μοντέλου ποιοτικής αξιολογήσεις των νοσοκομειακών υπηρεσιών για τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παραπάνω υπηρεσίες. Συγκεκριμένα οι κρίσεις των ασθενών στην παρούσα ερευνά αφορούν τον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση η δυσαρέσκεια του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και τον εντοπισμό των τομέων που χρήζουν βελτίωση σχετικά με :

- Τη νοσοκομειακή Περίθαλψη : Ιατρικού, Νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (Τεχνη-Καταρτιση-Επικοινωνια)
- Την ποιότητα-αποτελεσματικότητα της περίθαλψης
- Το φυσικό περιβάλλον
- Τη Διαθεσιμότητα

7.2 Υλικό και Μέθοδος

1) Εργαλεία Ερευνάς

Για την επίτευξη του σκοπού της ερευνάς διαμορφώθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε μια σειρά ερωτήσεων κλειστού τύπου ανά ενότητα όπου συμπληρώθηκε από του ερωτηθεντες,οι οποίοι ήταν νοσηλευόμενοι του Νοσοκομείου Άγιος Σάββας.

Για την κατάρτιση του ερωτηματολόγιου ελήφθησαν υπόψη μια σειρά παραμέτρων, οι οποίες οδήγησαν στη διαμόρφωση έξι επιμέρους ενοτήτων :

1η ΕΝΟΤΗΤΑ

Δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία νοσηλευθέντος: Περιλαμβάνει τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατασταση,τοπος διαμονής, εκπαίδευση, επάγγελμα, ασφαλιστικό ταμείο.

2η ΕΝΟΤΗΤΑ

Ερωτήσεις που αφορούν την προσέλευση στο Νοσοκομείο : Διαδικαστικά στοιχεία όπως είδος εισαγωγης,χρονος παραμονής.

3η ΕΝΟΤΗΤΑ

Ερωτήσεις που αφορούν το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο : Ως προς την επικοινωνία, τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του προσωπικού, την επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση του.

4η ΕΝΟΤΗΤΑ

Πως κρίνουν οι ασθενείς τη ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου όσον αφορά :

- Τη καθαριότητα
- Τους χώρους υγιεινής
- Την οργάνωση της ημέρας
- Το φαγητό
- Τη δυνατότητα της επικοινωνίας

5η ΕΝΟΤΗΤΑ

Ερωτήσεις που αφορούν διαδικασίες διαχείρισης νοσηλευμένων : αξιολόγηση του μηχανισμού εξυπηρέτησης όσον αφορά τη διεκπεραίωση ιατρικών αναγκών, αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών.

6η ΕΝΟΤΗΤΑ

Επιλογή μεθόδου συμπλήρωσης των ερωτηματολόγιων

Οι ασθενείς που πρόκειται να εξέλθουν από το νοσοκομείο καλούνται να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο.Οι απαντήσεις έχουν τέσσερις βαθμίδες διακύμανσης από το "Δυσαρεστημένος" έως " ικανοποιημένος" και ποικίλλουν ανάλογα με το επίπεδο ευχαρίστησης-ικανοποίησης του ασθενούς.Αυτά τα επίπεδα ικανοποίησης αντιστοιχούν σε μια βαθμολογία από ένα έως τέσσερα (1-4).Αυτή η μέθοδος επιτρέπει στους ασθενείς να απαντήσουν στις ερωτήσεις της ερευνάς κατά κάποιο τρόπο αριθμητικά, όσον αφορά την αξιολογήσει και τις αντιδράσεις τους στους παράγοντες που αποτελούν τις Υπηρεσίες Υγείας.

Το μέγεθος του δείγματος.

Το δείγμα της ερευνάς όπως αναφέραμε και προηγούμενα, αποτέλεσαν ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας.

Αποτελείται από 100 ασθενείς, εκατό ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από νοσηλευθέντες του Νοσοκομειου.Η συλλογή του δείγματος ολοκληρώθηκε σε χρονική περίοδο περίπου οκτώ εβδομαδων.Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας είναι άτομα από το γενικό πληθυσμό Αθηνών και προέρχονται από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Καταγώριση και επεξεργασία δεδομένων

Η καταχώρηση των απαντήσεων έγινε σε λογιστικά φόλα του Microsoft Excel καθώς και η επεξεργασία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

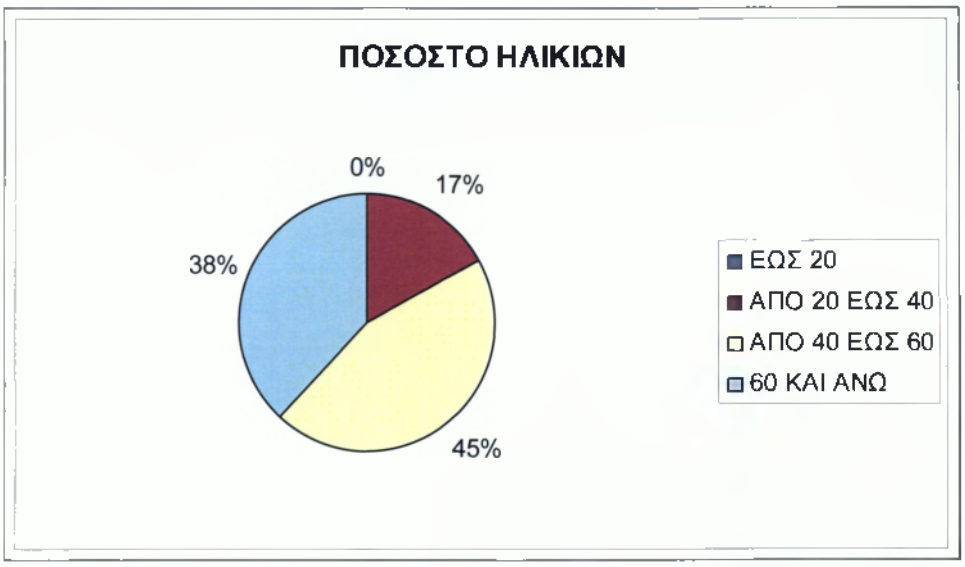
ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

8.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μια από της κατηγόριες ερωτήσεων που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους ασθενεις,περα από αυτές της αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας αφορούσε δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Συγκεκριμένα ρωτήθηκαν για την ηλικία τους, το φύλλο, την οικογενειακή τους κατάσταση, την υπηκοότητα, το επάγγελμα τους,τον ασφαλιστικό τους φορέα.

8.1.1 Η ηλικία του δείγματος

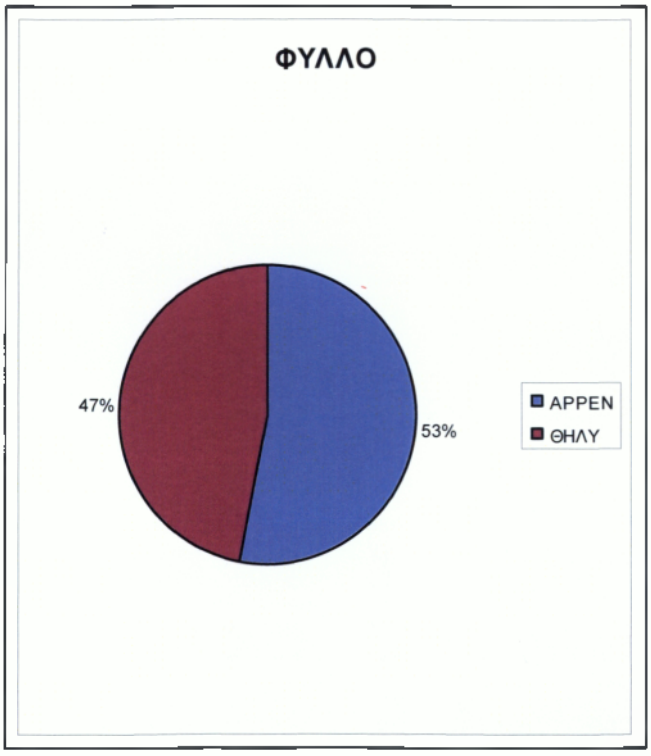
Ανάλογα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς τους έχουμε κατατάξει σε 4 κατηγορίες.
Στην 1η κατηγορία έως 20 ετών είναι το 0 % των νοσηλευθέντων .
Στην 2η κατηγορία από 20-40 ετών είναι το 17 % των νοσηλευθέντων.
Στην 3η κατηγορία από 40-60 ετών είναι το 45 % των νοσηλευθέντων.
Στην 4η κατηγορία από 60 ετών και άνω είναι το 38 % των νοσηλευθέντων.



Παρατηρούμε ότι στην 3η κατηγορία στις ηλικίες από 40-60 ετών έχουμε το μεγαλύτερο ποσοστό.

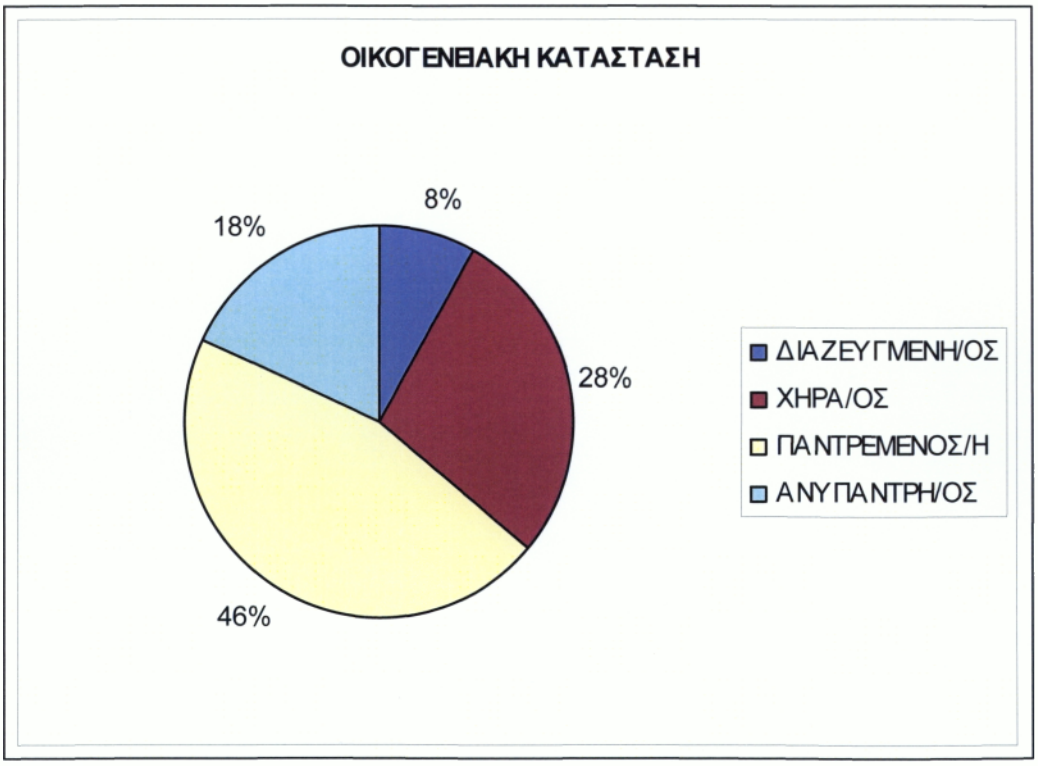
8.1.2 Το φύλο του δείγματος

Στο Γ.Ν Άγιος Σάββας το 53% των νοσηλευθέντων ασθενών είναι άνδρες και το 47% γυναικες.Στη συγκεκριμένη ερώτηση επειδή η διάφορα είναι ελάχιστη δεν μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα για το ποιο φύλο καταναλώνει περισσότερο υπηρεσίες υγείας.



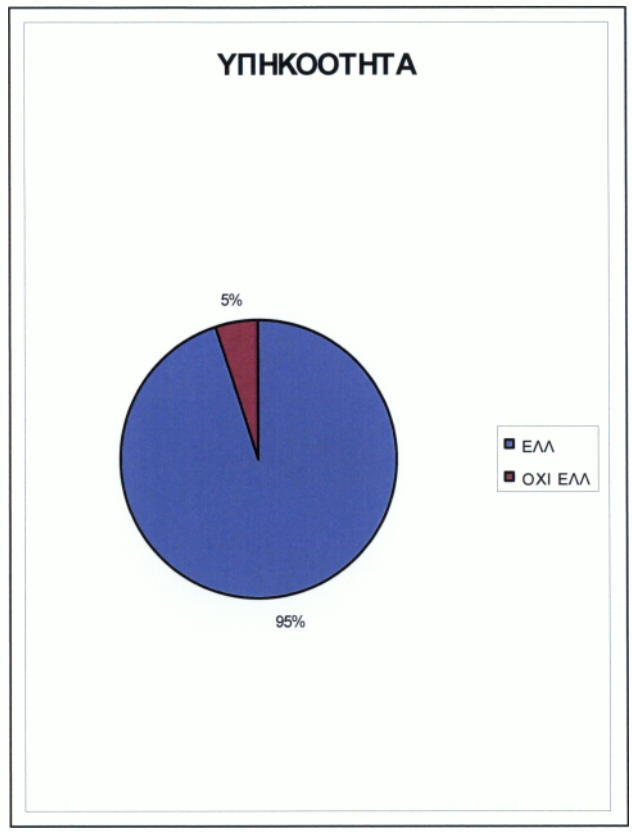
8.1.3 Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

Σε αυτή την ερώτηση έχουμε τρεις κατηγορίες απαντήσεων που δόθηκαν από τους ασθενείς (παντρεμένοι, ανύπαντροι, χήρες, διαζευγμένοι)
Στην πρώτη κατηγορία οι παντρεμένοι, είναι το 46%, των ασθενών
Στην δεύτερη κατηγορία οι ανύπαντροι είναι το 18% των ασθενών
Στην τρίτη κατηγορία οι διαζευγμένοι είναι το 8%
Στην Τετάρτη κατηγορία οι Χηρα/ος είναι το 28%



8.1.4 Η υπηκοότητα του δείγματος

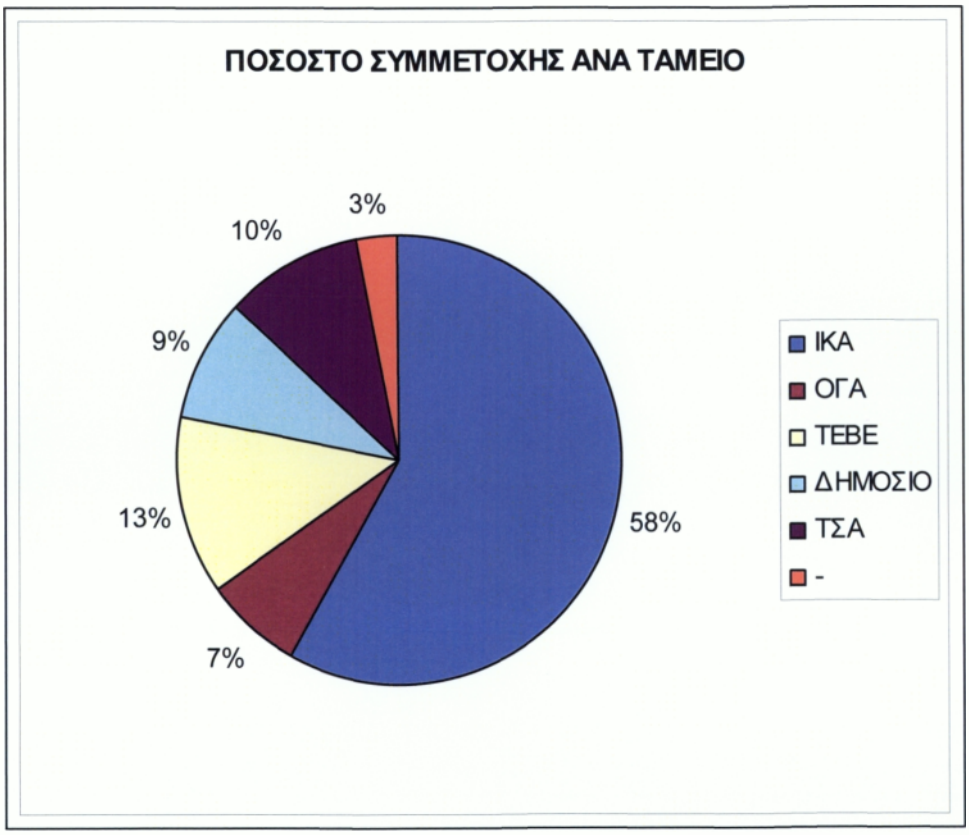
Την Ελληνική υπηκοότητα έχει το 95% των νοσηλευθεντων.Δεν έχει την Ελληνική υπηκοότητα το 5%



8.1.5 Ασφαλιστικά ταμεία του δείγματος

ΙΚΑ,ΟΓΑ,ΤΣΑ,ΤΕΒΕ,ΔΗΜΟΣΙΟ,και ανασφάλιστοι.

Στην πρώτη κατηγορία οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ,ειναι το 58% των ασθενών.
Στην δεύτερη κατηγορία οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, είναι το 7% των ασθενών.
Στην τρίτη κατηγορία οι ασφαλισμένοι στο ΤΣΑ είναι το 10%
Στην Τετάρτη κατηγορία οι ασφαλισμένοι στο Τ.Ε.Β.Ε είναι το13%
Στην πέμπτη κατηγορία οι ασφαλισμένοι στο ΔΗΜΟΣΙΟ είναι το 10%
Στην έκτη κατηγορία οι ανασφάλιστοι είναι το 3%

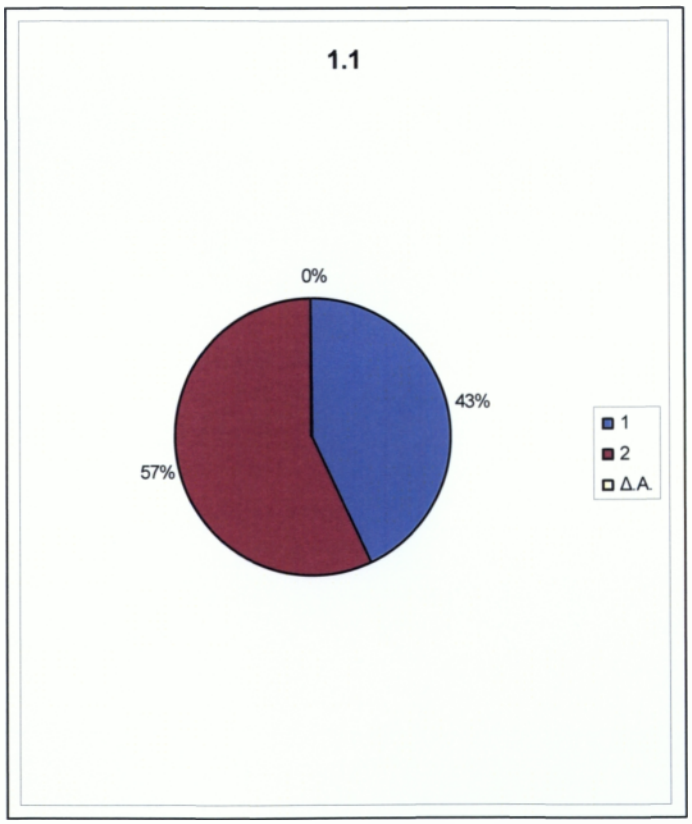


ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

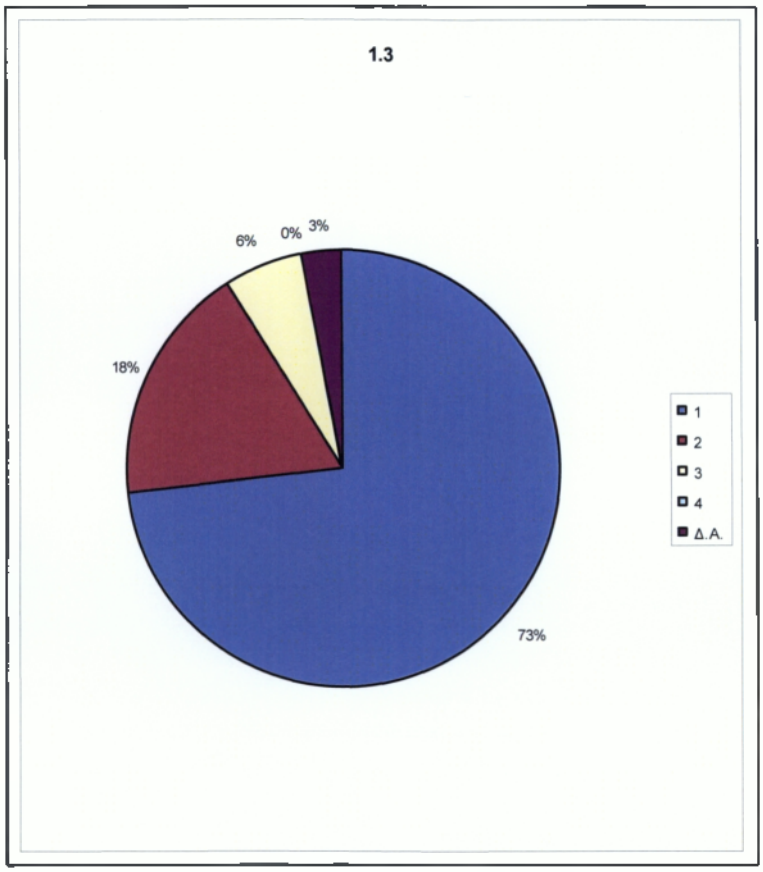
9.1 Αξιολόγηση των ερωτήσεων που αφορούν την προσέλευση στο Νοσοκομείο

- Το 57 % των ασθενών που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο Άγιος Σάββας η εισαγωγή τους ήταν προγραμματισμένη αντίθετα με το 43 % των ασθενών που ήταν επείγουσα.

Οι ασθενείς αφού πρώτα απάντησαν ποιος ήταν ο τρόπος προσέλευσης τους στο νοσοκομείο, επείγουσα η προγραμματισμένη εισαγωγη,στη συνέχεια τους ζητήθηκε να μας πουν τι μέσο χρησιμοποιησαν.Παρατηρουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς έφτασαν στο νοσοκομείο με το ΕΚΑΒ.Στο Γ.Ν Άγιος Σάββας το 31 % των ασθενών που εισήχθησαν χρησιμοποίησαν ασθενοφόρο, το 21 % χρησιμοποίησε Ι.Χ ενώ το 18 % χρησιμοποίησε ΤΑΧΙ.



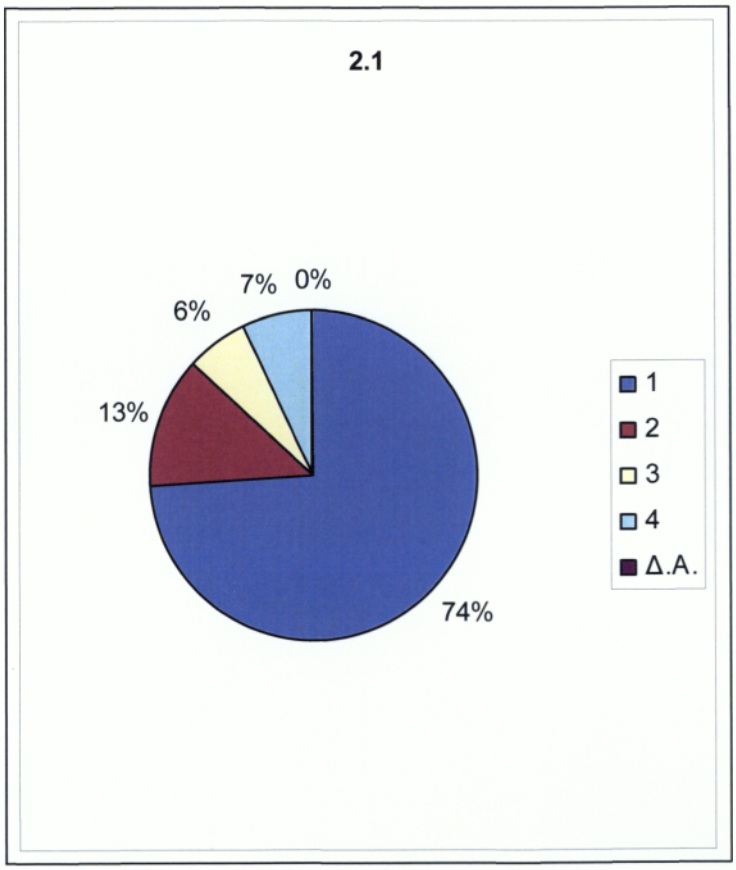
- **Από τις ιατρικές υπηρεσίες που λάβατε στα ιατρεία της εφημερίας είστε :**
  Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ικανοποιημένος με 73 %.Αντίθετα με το 18 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,το 6 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι ενώ το 3 % δεν απάντησαν.



9.2 Αξιολόγηση του Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού

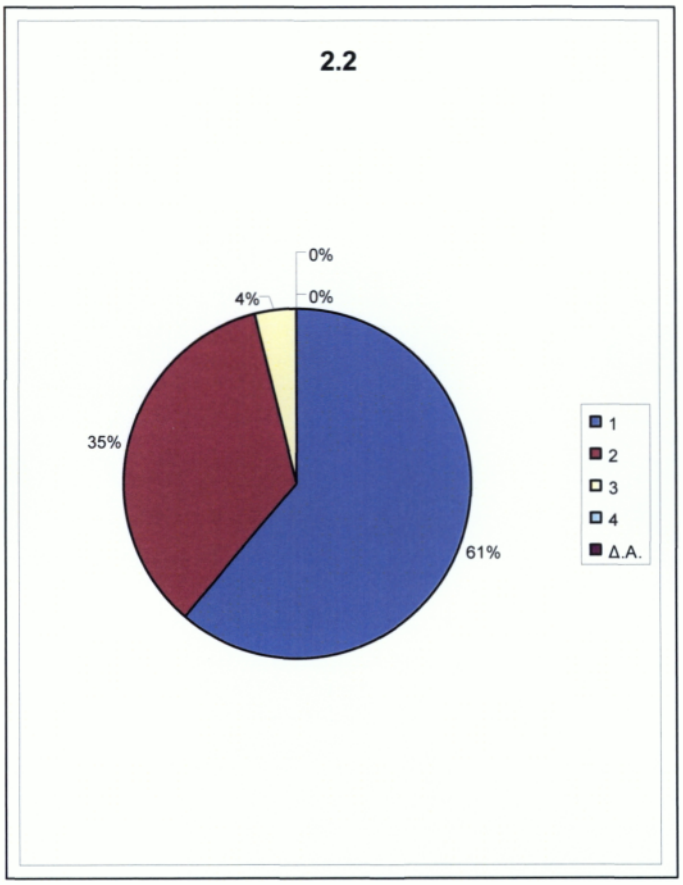
- **Από την επιστημονική και επαγγελματικοί δεξιότητα ιατρικού προσωπικού είστε.**

  Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ικανοποιημένος με 74 %.Αντίθετα με το 13 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,το 6 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι ενώ το 7 % δεν απάντησαν.



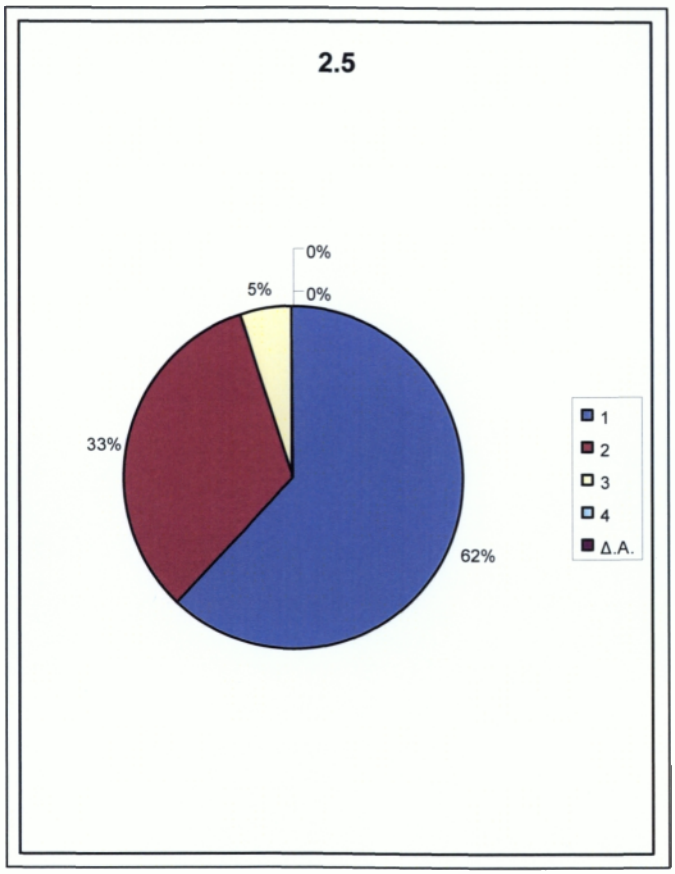
- **Από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας είστε :**

  Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ικανοποιημένος με 61 %.Αντίθετα με το 35 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,το 4 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι.



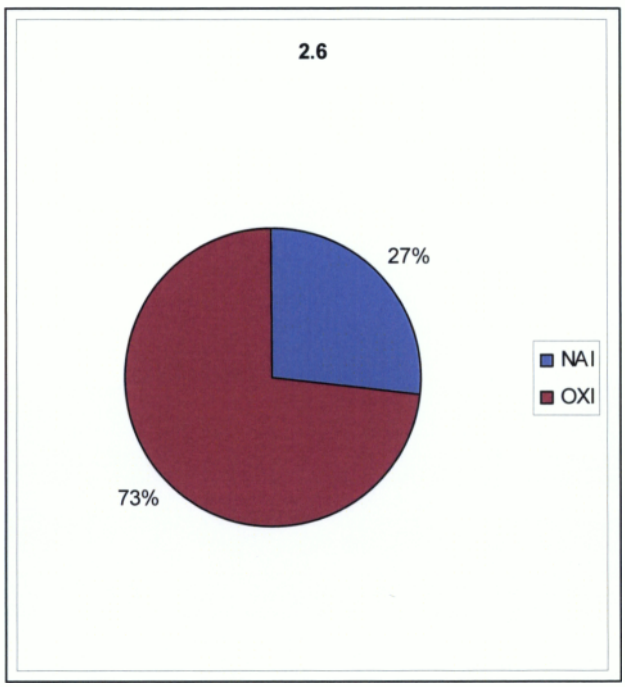
- **Από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένεια σας είστε :**

  Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ικανοποιημένος με 62 %.Αντίθετα με το 33 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,το 5 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι.



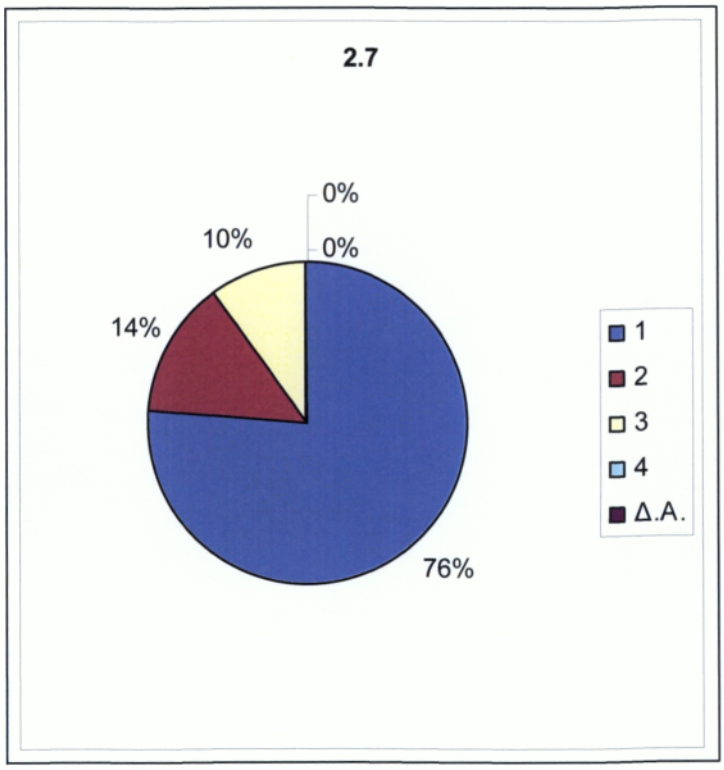
- **Χρησιμοποιήσατε αποκλειστική νοσοκόμα ;**

  Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ΟΧΙ με ποσοστό 73 %.Αντίθετα με το 27 % που απάντησε ΝΑΙ



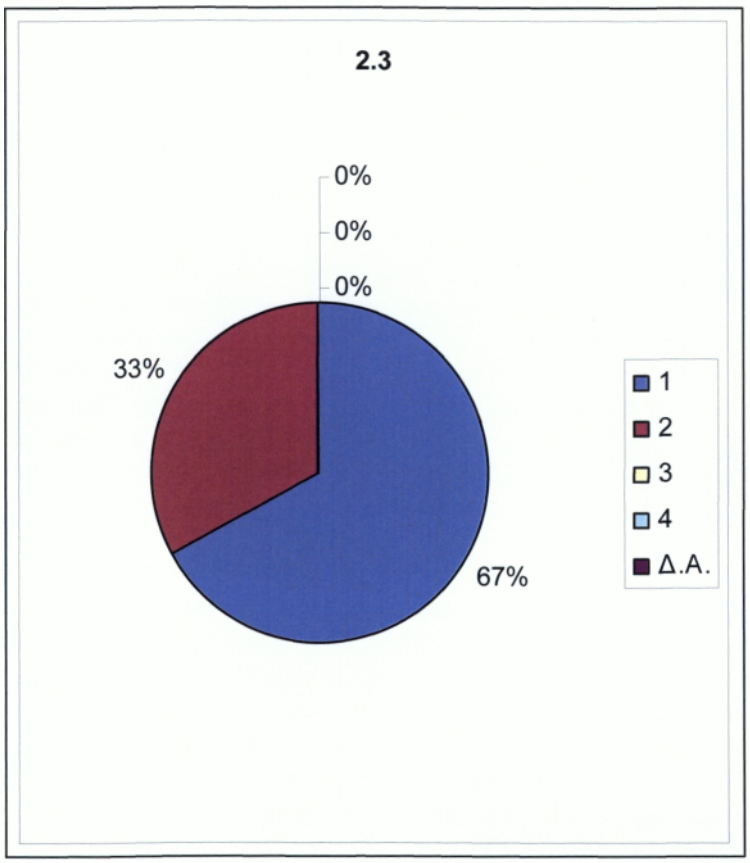
- **Από την συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το ατομό σας είστε :**

  Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ικανοποιημένος με 76 %.Αντίθετα με το 14 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,το 10 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι.



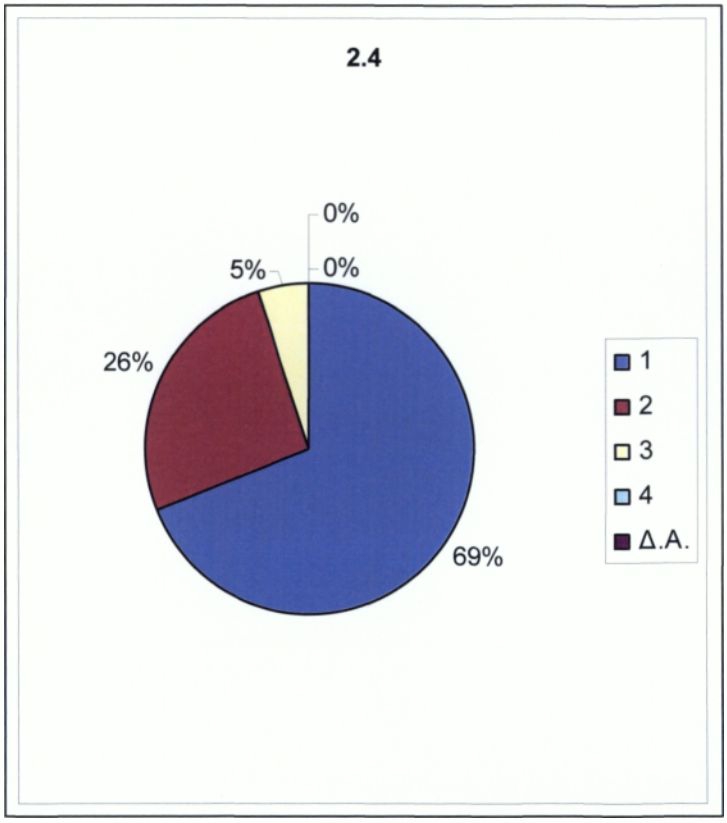
- **Από την συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το άτομο σας είστε.**

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ικανοποιημένος με 67 %.Αντίθετα με το 33 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος.



- **Από την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού είστε.**

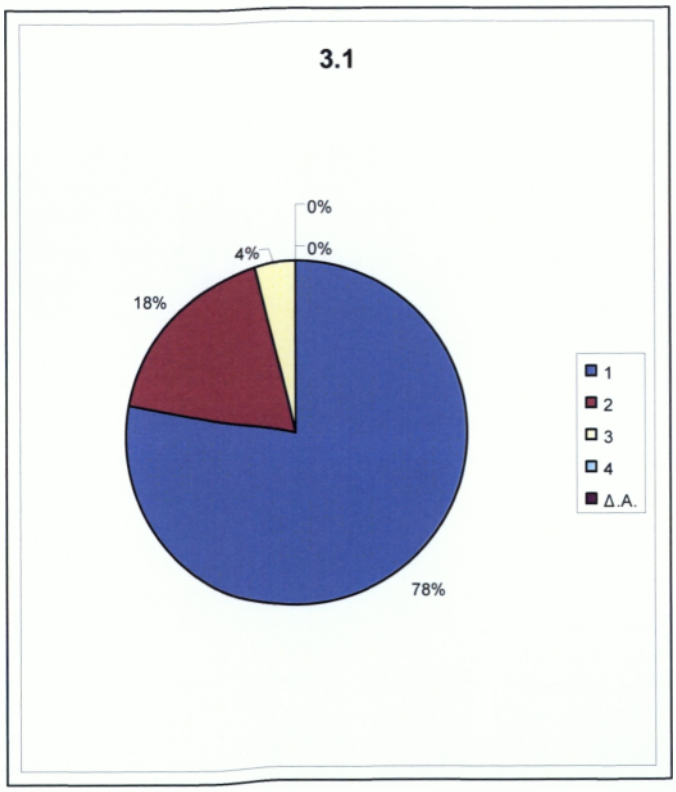
Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγόρια ικανοποιημένος με 69 %.Αντίθετα με το 26 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,ενώ το 5 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι.



9.3 Αξιολόγηση Ξενοδοχειακής υποδομής

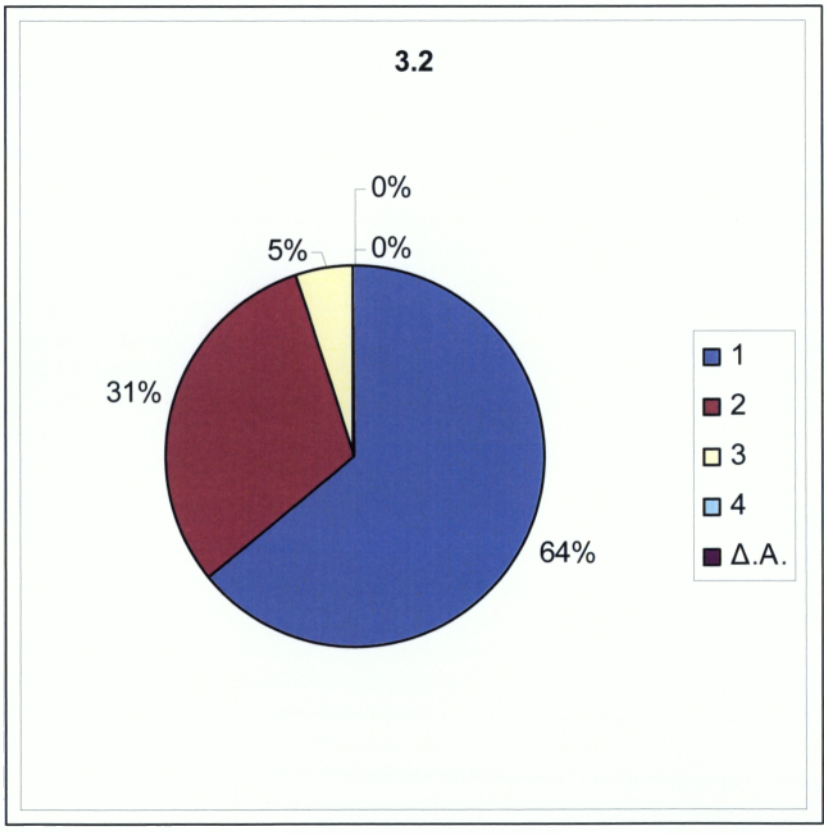
- **Την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του Νοσοκομείου γενικότερα.**

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 78 %.Αντίθετα με το 18 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,ενώ το 4 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι.



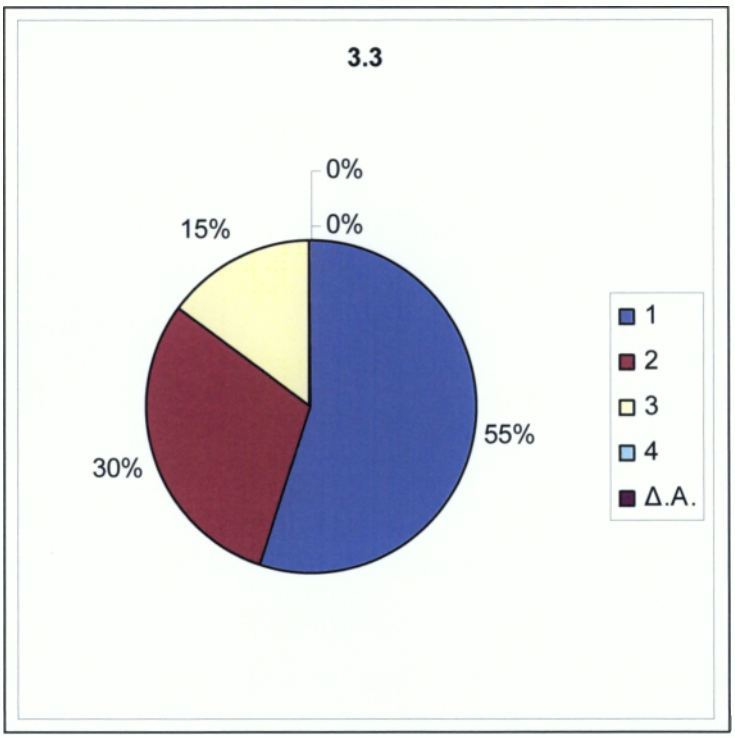
- **Τους χώρους υγιεινής**

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 64 %.Αντίθετα με το 31 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,ενώ το 5 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι



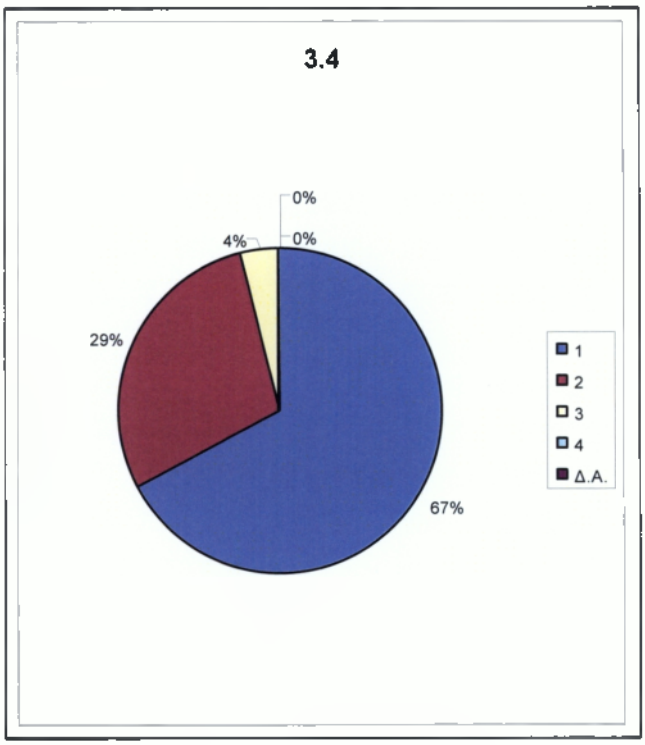
- **Την οργάνωση της ημέρας (επισκεπτήριο – θόρυβος κ.λ.π) είστε :**

  Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 55 %.Αντίθετα με το 30 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,ενώ το 15 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι.



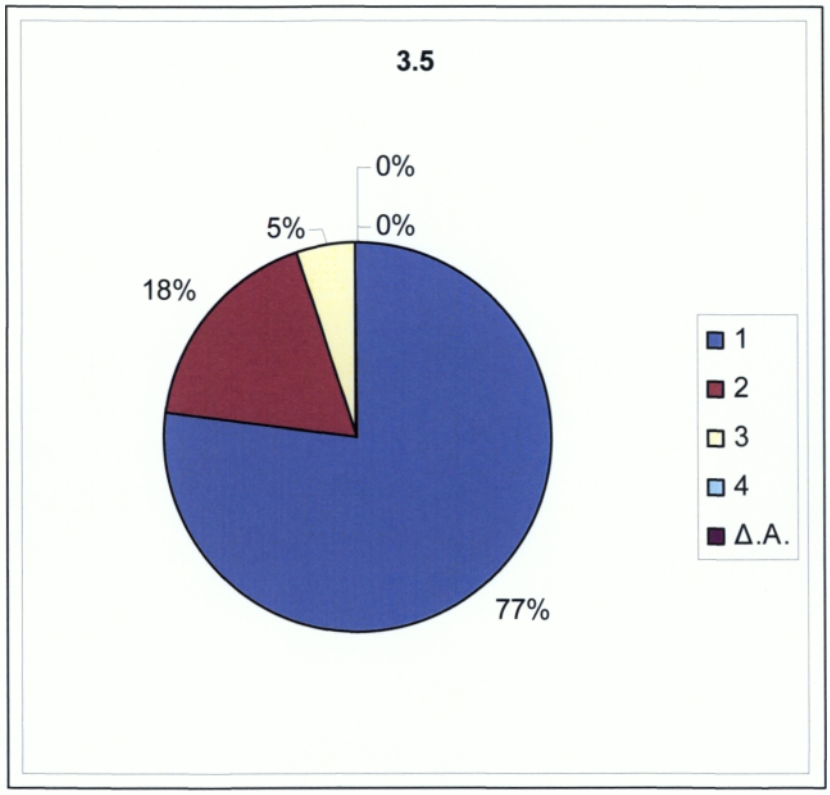
- **Το φαγητό**

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 67 %.Αντίθετα με το 29 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,ενώ το 4 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι



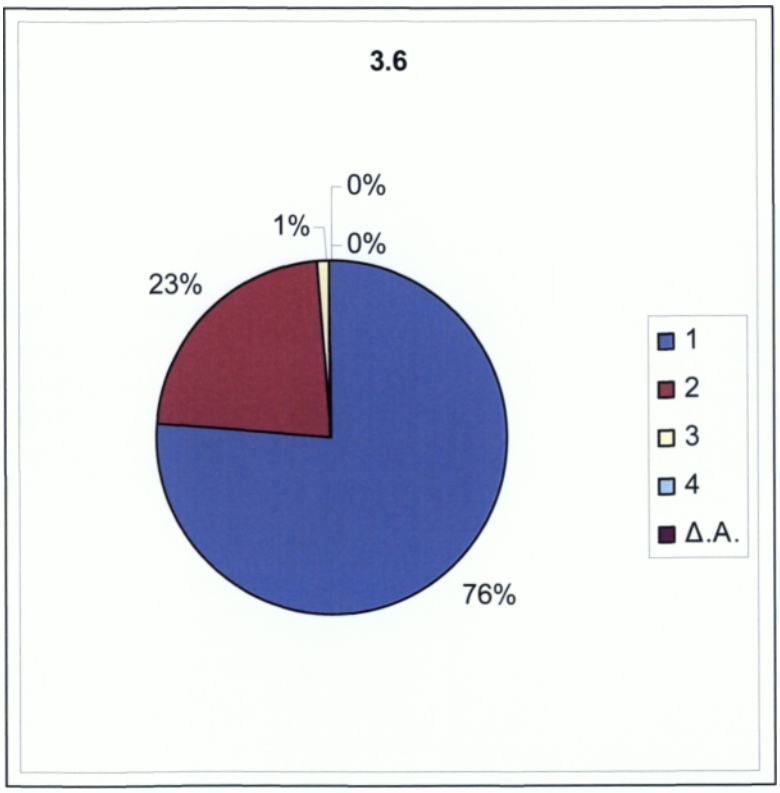
- **Τη συμπεριφορά του προσωπικού που παρείχε υπηρεσίες διατροφής**

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 77 %.Αντίθετα με το 18 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,ενώ το 5 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι



- **Τη δυνατότητα επικοινωνίας μέσα στο Νοσοκομείο**

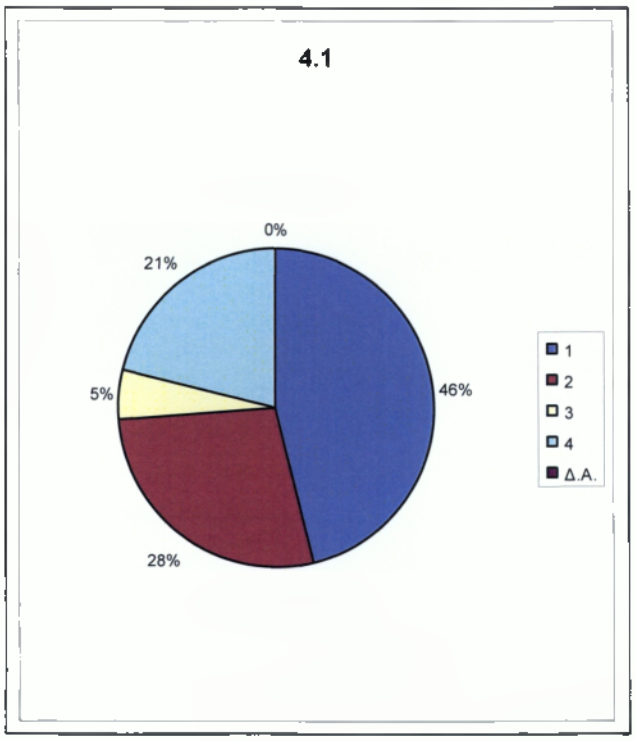
Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 76 %.Αντίθετα με το 23 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,ενώ το 1 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι



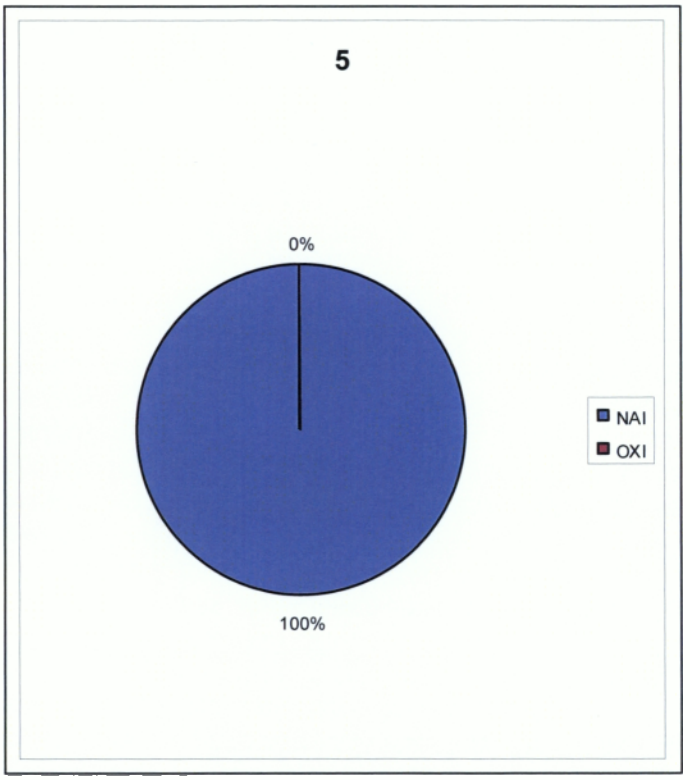
9.4 Αξιολόγηση Διαδικασιών Διαχειρίσεις Νοσηλευμένων

- **Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον μηχανισμό εξυπηρέτησης όσο αφορά τη διεκπεραίωση ιατρικών αναγκών σας.**

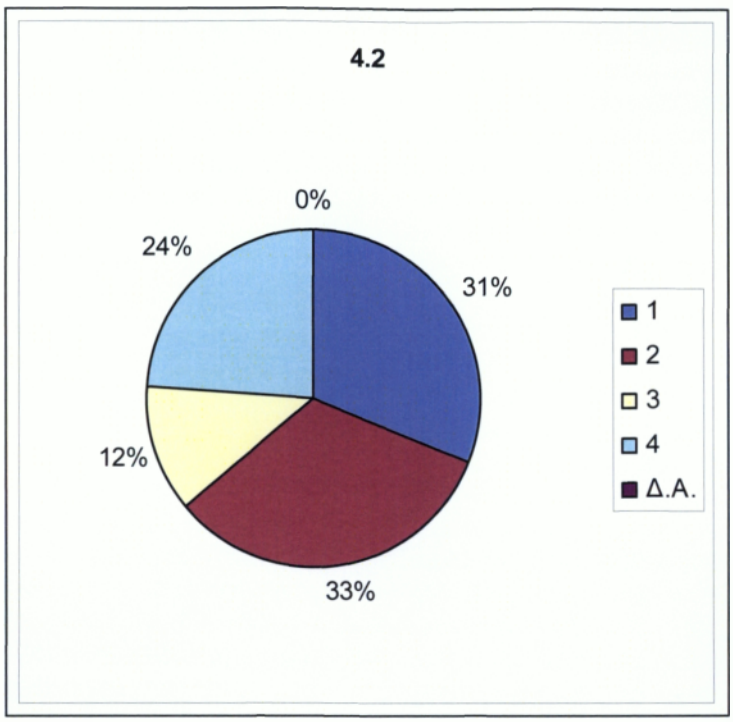
Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 46 %.Αντίθετα με το 28 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,το 5 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι ενώ το 21 % δεν απάντησαν



- **Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έχετε βοηθηθεί από άλλο άτομο;**
  Το ποσοστό που απάντησε την κατηγορία ΝΑΙ είναι το 100 %



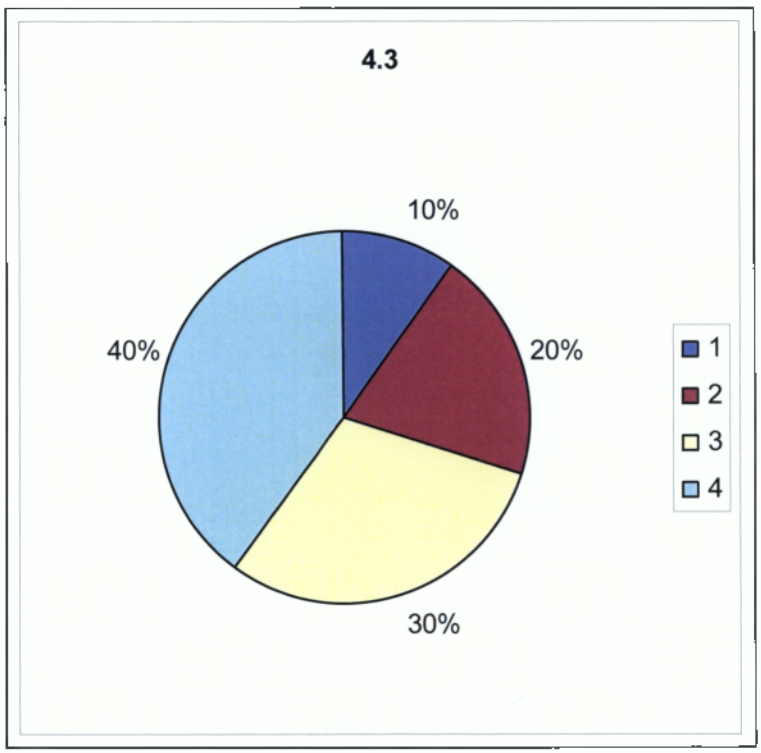
- **Σε περίπτωση που ήρθατε σε επαφή με διοικητικές υπηρεσίες πόσο ικανοποιημένος είστε από αυτές.**



Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 31 %.Αντίθετα με το 33 % των ασθενών που απάντησε ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος ,το 12 % των ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι ενώ το 24 % δεν απάντησαν

- **Γενικά από την παραμονή σας στο Νοσοκομείο είστε.**

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη κατηγορία ικανοποιημένος με 65 %.Αντίθετα με το 35 % των ασθενών που δεν απάντησαν.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει έναν από τους ποιο εφαρμόσιμους δείκτες για τη συγκέντρωση και την αξιοποίηση δεδομένων που μπορεί να φανούν χρήσιμα τόσο στη βελτίωση της παρεχόμενης κλινικής φροντιδας,οσο και των γενικότερων υποδομών των υπηρεσιών, παρά τα οποία μεθοδολογικά προβλήματα η διαφορετικές απόψεις προβάλλονται για την άξια τέτοιων ερευνών.

- Η προσπάθεια μετατόπισης του ενδιαφέροντος από τα αμιγώς ιατρικά ζητήματα, στη συνολική θεώρηση των ζητημάτων υγείας έχει προσδώσει μια νέα δυναμική στον τρόπο με τον οποίο οι ειδική και επαγγελματίες του χώρου της υγείας αντιμετωπίζουν κάθε ασθενή και τείνουν να τον θέσουν στο κέντρο κάθε προσπάθειας, ως ξεχωριστή και ευδιάκριτη οντότητα.

- Ο στόχος των εφαρμοζομένων πρακτικών επικεντρώνεται στην ικανοποίηση των παρόντων η τον εν δυνάμει καταναλωτών με τον αποτελεσματικό προσδιορισμό των αναγκών και των προσδοκιών τους.

- Η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα στη διαδικασία επιλογής του προμηθευτη,της χρήσης των υπηρεσιών για την αποφυγή παράπονων η κακής εφαρμογής ιατρικών πρακτικών.

- Η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και την ανταγωνιστικότητα στην παρεχόμενη κλινική φροντίδα, με τη μείωση του αριθμού των επαναλαμβανόμενων εξετάσεων και της προσφυγής σε παρόμοιες υπηρεσίες για την ταχύτερη παροχή τους.

- Η ικανοποίηση των ασθενών δεν μπορεί μεν να αποδοθεί ως γενικός ορος,διοτι εξαρτάται από την προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου «περί ποιότητας», με δεδομένο όμως, ότι η ποιότητα είναι συνιστάμενη των χαρακτηριστικων,των απόψεων και των θέσεων όλων των εμπλεκομένων παραγόντων, ο επιμερισμός των πηγών ικανοποίηση των ασθενών, δηλ.των υπηρεσιών υγείας, και η αξιολόγηση τους με ποιοτικούς ορους,μπορουν να συνθέσουν, σε πολύ μεγάλο ποσοστό, την εικόνα της ολικής ικανοποίησης των ασθενών.

Οι έρευνες που διεξάγονται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα όσο αφορά στη μεθοδολογία αλλά και στα αποτελέσματα, βρίσκονται πολύ κοντά με αυτές του εξωτερικού, αλλά και μεταξύ τους, ακολουθώντας τις σύγχρονες πρακτικες.Απο τις προαναφερθείσες έρευνες που διεξήχθησαν την τελευταία δεκαετία και αποτελούν δείγμα της εφαρμοζόμενης πρακτικής στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, προκύπτει ότι :

- Γίνεται ευρεία χρήση κλειστών και δομημένων ερωτηματολογίων. Οι ασθενείς προσεγγίζονται με προσωπικές συνεντεύξεις αλλά και με ελεύθερα ερωτηματολόγια.
- Χρησιμοποιείται η πεντάβαθμη κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.
- Υπάρχουν ξεχωριστές ομάδες ερωτήσεων για κάθε θέμα που είναι υπό διερεύνηση (κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, επίπεδο κατάρτισης και συμπεριφοράς προσωπικού, πληρότητα τεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού) ενώ
- Γίνονται και προσπάθειες καταμέτρησης και αξιολογήσεις ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της πραγματικότητας των ελληνικών υπηρεσιών υγείας (π.χ « φακελάκι »), (Παπανικολαου Β., Σιγάλας, Ι., 1995, Κυριοπουλος Ι.,1994, Παπαδημητριου Μ.. και συν. 1998).

  Βασικό στοιχείο κάθε έρευνας είναι η επιλογή τυχαίου δείγματος από τους ασθενείς, γεγονός που κατοχυρώνει την αντικειμενικότητα των αποτελεσμάτων.

  Τα αποτελέσματα δίνουν ένα μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο αφορά στην επαγγελματική τους κατάρτιση και λιγότερο στη συμπεριφορά τους.

  Οι ερωτώμενοι ήταν προθυμότεροι να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο, όταν είχε προηγηθεί ενημέρωση για τον σκοπό της ερευνάς, και γνώριζαν ότι οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Τα μειονεκτήματα των ερευνών μπορούν να εντοπιστούν στο πολύ μικρό εξεταζόμενο στατικό δείγμα. (Νιακας και συν, 2000) καθώς και στην αδυναμία των ασθενών να απαντήσουν, εξαιτίας των εγγενών μεθοδολογικών ελαττωμάτων, όπως η πίεση του « νοσοκομειακού περιβάλλοντος » και η αδυναμία να απαντήσουν σε δομημένο ερωτηματολόγιο, χωρίς περιθώρια δική τους έκφραση.

  Τα στοιχεία των ερευνών παρουσιάζονται σκόρπια και δεν υπάρχουν έρευνες επανεξέτασης των ίδιων περιπτώσεων από την ίδια η διαφορετική ερευνητική ομάδα (follow-up) για τη διαπίστωση βελτίωσης ή μη, της κατάστασης.

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών έχουν ως αντικείμενο τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, λόγω των δυνατοτήτων που παρέχει η μεγάλη συγκέντρωση ασθενών. Αυτό όμως δίνει την εικόνα μόνο των νοσοκομειακών υπηρεσιών ενώ παραμένει άγνωστος ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από πρωτοβάθμιες και εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, και κατά συνέπεια, παραμένει άγνωστη και επικρατούσα κατάσταση.

Για τη μεγαλύτερη δυνατή απόδοση των συστημάτων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, είναι ανάγκη να ληφθούν μέτρα και να υιοθετηθούν κοινές μέθοδοι σε εθνικό επίπεδο.

- Για την ενιαία αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζονται στο χώρο της υγείας στον τομέα των παρεχόμενων υπηρεσιών θα είχε πολλά να προσφέρει η υιοθέτηση και εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος μέτρησης της ικανοποίησης, ώστε να αναδειχθούν οι τοπικές ανάγκες τόσο στην περιφέρεια, όσο και στα μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.

- Οι έρευνες θα πρέπει να εμπλουτισθούν με τη χρήση περισσότερων ποιοτικών εργαλείων και αναλυσεων.Η ανάγκη σήμερα απαιτεί την όλο και μεγαλύτερη ελευθέρια έκφρασης του ασθενή, με τον δικό του ιδιαίτερο τρόπο και την απαίτηση του να ληφθούν υπόψη οι θέσεις και οι προσδοκίες του, ώστε να συμμετέχει πραγματικά στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν.

- Για την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς , (τον ορισμό της ικανοποίησης και της ποιότητας) και την καλύτερη δυνατή απόδοση των υπηρεσιών, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα χαρακτηριστικά του ιδιαίτερου πολιτισμικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του κάθε χρηστή σε τοπικό η εθνικό επίπεδο.

- Δεδομένου ότι το όφελος των ασθενών από τις έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης εξαρτάται από την αναμενόμενη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, είναι απαραίτητη η επανάληψη των ερευνών, η επανεξέταση των πρώτων αποτελεσμάτων και η σύγκριση τους με τα αποτελέσματα της επαναληπτικής ερευνάς.

- Για να ισχύσει και να λειτουργήσει η αυτονομία του ασθενή η λεγόμενη « κυριαρχία του χρηστή » (Κυριοπουλος και συν 1994), πρέπει ο κάθε επαγγελματίας της υγείας να συνδιαλέγεται με τον ασθενή και να τον ενημερώνει για τις προοπτικές, τις ευκαιρίες και τις εναλλακτικές για την περίπτωση του δυνατότητες, ώστε οι αποφάσεις που θα λαμβάνονται να έχουν και την αποδοχή του χρηστη.Αυτο θα του μεταβιβάζει μέρος της ευθύνης τόσο για την έκβαση κάποιων καταστάσεων, όσο και για το βαθμό ικανοποίησης που θα αντλεί από τις υπηρεσίες,

- Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή της παραπάνω πρότασης είναι η ενεργητική επιμόρφωση και συμμετοχή του χρηστή στην επιστημονική γνώση, η ενημέρωση του για τα δικαιώματα του που απορρέουν από διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις αλλά και τις υποχρεώσεις του έναντι των παραγόντων και των δομών των υπηρεσιών υγείας.
  Παράλληλα είναι ανάγκη να επιταχυνθεί η διεπαγγελματική εκπαίδευση των προμηθευτών υγείας, η οποία θα περιλαμβάνει συνέχει επιμόρφωση σε

θέματα κλινικής πράξης, επικοινωνίας, συμπεριφοράς, οικονομικά της υγείας και τις επιστήμες των κοινωνικών αναγκών ώστε να είναι συνεχώς ενήμεροι για τις νέες τάσεις στο χώρο της υγείας.

- Μια ακόμα προϋπόθεση για την « κυριαρχία του χρηστή » όσο αφορά τους ασφαλισμένους των κοινωνικών ασφαλίσεων, είναι η κατάργηση της υποχρεωτικής υπαγωγής τους στον συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα. Η δυνατότητα επιλογής των ασφαλισμένων θα επιβάλλει όρους ανταγωνισμού και όχι μονοπωλίου

- Τέλος είναι απαραίτητη για την ύπαρξη τέτοιων ερευνών, η δημιουργία ενός συλλογικού οργάνου που θα έχει χαρακτήρα διεπιστημονικό και διατομεακο, θα αποφασίζει, θα σχεδιάζει και θα προτείνει έρευνες, θα δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές στους άμεσα εμπλεκόμενους, θα παρακολουθεί και θα ελέγχει την αξιοπιστία και το κύρος τους, θα επεξεργάζεται τα δεδομένα και θα συγκεντρώνει, θα συγκρίνει και θα αξιοποιεί τα αποτελέσματα προς όφελος της ελληνικής κοινωνίας, προς ικανοποίηση του έλληνα « καταναλωτή, χρηστή υπηρεσιών υγείας » του Έλληνα πολίτη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1) **Παπανικολάου Β.(2003)**, Ποιότητα *Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των Χρηστών*,στο Κυριόπουλος **Γ.,Λιονής Χ.,Σουλιώτης Κ.,Τσάκος Γ**.,(επιμ),*Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα σελ.,261*

2) **Σαπέρα-Τσούση Β., (2001),** *Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας,διπλωματική εργασία, Αθήνα, σελ, 9*

3) **Αδαμαντίδου Τ.,** *Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, περ. Επιθεώρηση της Υγείας, αρ.89, Ιούλιος-Αύγουστος 2004, σελ.29-34*

4) **Τσούγκα Μ.,** *Διασφάλιση ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, περ. Επιθεώρηση της Υγείας, αρ. 86, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2004, σελ. 41-44*

5) **Β.Παπανικολαου**, Διδακτικές *σημειώσεις 2003-2004, "Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγειας",Εθνικη Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα.*

6) **Κυριοπουλος Γ., - Λιονης Χ., - Σουλιώτης Κ., - Τσακος Γ.**, *"Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας", 2003, ενοτ.Δ' , Εκδόσεις "Θεμελιο/Κοινωνια και Υγεία", Αθήνα.*

7) **Σεριφη Μ.,** *Πρόταση παρέμβασης για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων διοικητικών υπηρεσιών των τμημάτων που σχετίζονται με την εξυπηρετήσει των πολιτών., περ. Επιθεώρηση της Υγείας αρ. 90, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2004, σελ 31-36*

8) **Στάθης Γ. (επιμ),** *Διάλογοι για το Νοσοκομειακό Management : Τα πρακτικά του 1 ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα, Οκτώβριος 2000.*

9) **(Σιγαλας Ι.,(1999)** *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας,Επιθεώρηση Υγείας τεύχος 56,σελ. 45-46*

10.) **(Πετσετάκη Ε.,(1993),** *Εξασφάλιση φροντίδας στις υπηρεσίες Υγείας , Κοινωνία Οικονομία και Υγειά, 2,4, σελ., 13-25)*

11.) **(Σπηλιοπούλου Σ.(1997),** *Διασφάλιση της Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διπλωματικά εργασία, Αθήνα, σελ., 48-51)*

12.) **Μαλλιαρης Π.(1990)**, *Εισαγωγή στο Marketing*

13.) **Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε.**, *" Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα ", 1994, Κεφ 1° , Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας, Εκδόσεις "Κλεινίας", Αθήνα.*

14.) **Κυριοπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτένας Ε. Γεωργουση Ε.**, *" Στάσεις και Αντιλήψεις των Χρηστών ως προς τη Νοσοκομειακή Φροντίδα ", στο: Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, 1994 Αθήνα.*

15.) **Σουλης Σ., (1997)**, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα Αθήνα, σελ, 264*

16.) **Παπαδημητριου Μ, Λεβέντη Χ., Φουλιδου Χ., Φιδανη Α., Δημοπουλου Ε., Μαρνερας Χ.,** *Διαπροσωπικές σχέσεις- Ικανοποίηση νοσηλευτών και ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, Νοσηλευτική 3 : 1998*

ΞΕΝΗ

1) **Parasuraman A., Zeilthaml V., and Berry L. (1985),** *A Conceptual of Service Quality and its implications for future Research, Journal of Marketing.V.49, 41-50*
2.) **Donabedian A.,** *"Quality assurance in health care: consumer's role Quality in Health Care, 1992*
3.) **Mc Stravic Scott, (1990),** *Patient's Loyality*
4.) **Naumann E. and K. Giel,** *" Customer satisfaction measurement and management: Using the voice of the customer", 1995, Thomson Executive Press, Cincinnati.*
5.) **Selber, K., (1998),** *Family and community Health, Findarticles.com*
6.) **(GAPS IN DOCTOR / PATIENS COMUNICATION-1.DOCTOR PATIENT INTERACTION AND PATIENT SATISFACTION-Barbara Korsch-Ethel Gozzi-Vida Francis** *Department of Pediatrics-Childrens Hospital Of Los Angeles-University Of Southern California-School of Medicine-Los Angeles)*
7.) **(PROBLEMS AND PROSPECTS FOR HEALTH SERVICES RESEARCH ON PROVIDER / PATIENT COMMUNICATION-Thomas Inui-William** Carter.Medical Care – May 1985-Vol.23-No5)
8.) **(PROBLEMS AND PROSPECTS FOR HEALTH SERVICES RESEARCH ON PROVIDER / PATIENT COMMUNICATION-Thomas Inui-William** *Carter.Medical Care – May 1985-Vol.23-No5)*
9.) **Donabedian, A.**, *The definition of quality and approaches to its assessment, Health Administration Press, 1980*
10.) **Patrick, D.L., (1986),** *Measurement of health care and quality of life*
11.) **Parasuraman A., Zeithaml V., and Berry (1988),** *SERVQUAL : a Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing Vol.62 Spring 1988*
12.) **Cronin, J., Taylor, St., (1992)** *Measuring Service Quality : A reexamination and Extension, Journal of Marketing, V 56, 55-58*

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΟΣ

Συμπληρώστε με ένα Χ το τετραγωνίδιο που ταιριάζει στα στοιχεία σας

Ηλικία : ..... ετών

Φύλο : **1** Άρρεν ☐ **2** θήλυ ☐

Οικογ. Κατάσταση : **1** Παντρεμένος/η ☐ **2** Ανύπαντρη/ος ☐ **3** Χήρα/ος ☐ **4** **Διαζευγμένη/ος** ☐

Υπηκοότητα : **1** Ελληνική ☐ **2** Όχι Ελληνική ☐

Επάγγελμα :.....

.....

Ασφαλιστικό ταμείο :...

.....

Γραμματικές γνώσεις :...

.....

Πόλη-Περιοχή που διαμένετε :.....

.....

Πόσες μέρες μείνατε στο Νοσοκομείο : .....

Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησης που εκφράζει την προσωπική σας γνώμη / εκτίμηση.

1. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1.1 Η Εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν :

Επείγουσα : 1

Προγραμματισμένη : 2

Σε περίπτωση που ήταν προγραμματισμένη
πόσο καιρό (ημέρες ή μήνες) περιμένατε

Για την εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο : .....

.....

1.2 Σε περίπτωση που ήλθατε επιγόντως στο Νοσοκομείο μας, τι μέσο
Χρησιμοποιήσατε :

Το Ε.Κ.Α.Β : 1

ΤΑΧΙ : 2

ΙΧ : 3

1.3 Από τις ιατρικές υπηρεσίες που λάβατε στα ιατρεία της εφημερίας
είστε :

Ικανοποιημένος 1

Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος 2

Δυσαρεστημένος 3

Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ 4

2. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

2.1 Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα ιατρικού προσωπικού (δηλαδή διάγνωση-θεραπεία) είστε :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

2.2 Από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας είστε :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

2.3 Από την συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το ατομό σας είστε :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

2.4 Από την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού είστε :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

2.5 Από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας είστε :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

2.6 Χρησιμοποιήσατε αποκλειστική νοσοκόμα ;

Ναι ☐ Όχι ☐

2.7 Από την συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το ατομό σας είστε :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

3. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ :

3.1 Την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του Νοσοκομείου γενικότερα :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

3.2 Τους χώρους υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

3.3 Την οργάνωση της ημέρας (επισκεπτήριο-θόρυβος κ.λ.π.) είστε :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

3.4 Το φαγητό (πρόγευμα, γεύμα, δείπνο)

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

3.5 Τη συμπεριφορά του προσωπικού που παρείχε υπηρεσίες διατροφής :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

3.6 Τη δυνατότητα επικοινωνίας μέσα στο Νοσοκομείο (σαλόνια, τηλεόραση, τηλέφωνο) :

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

4. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ

4.1 Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον μηχανισμό εξυπηρέτησης όσον αφορά τη διεκπεραίωση ιατρικών αναγκών σας (προγραμματισμός εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, ραντεβού με άλλα τμήματα, κλινικές, εργαστήρια κτλ)

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

4.2 Σε περίπτωση που ήρθατε σε επαφή με τις διοικητικές υπηρεσίες (γραφεία εισαγωγών, νοσηλίων, γραμματεία κτλ), πόσο ικανοποιημένος είστε από αυτές ;

Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

4.3 Γενικά από την παραμονή σας στο Νοσοκομείο είστε :

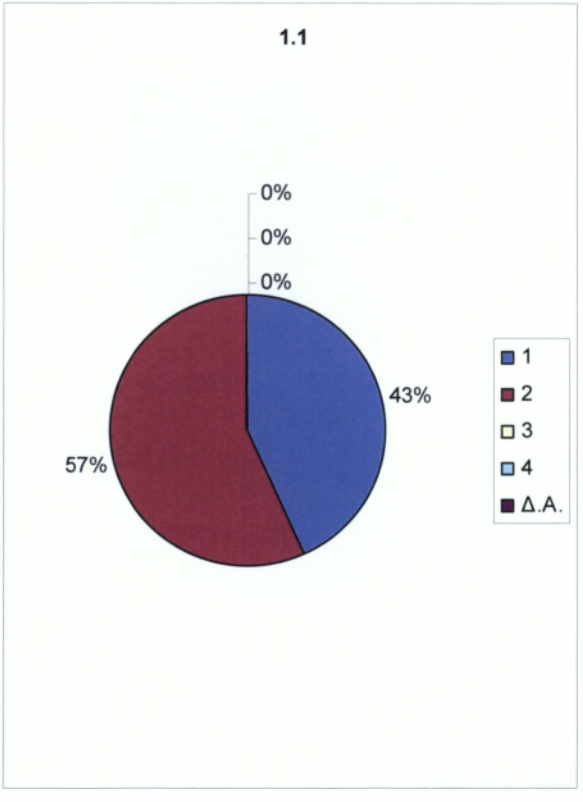
Ικανοποιημένος	1
Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	2
Δυσαρεστημένος	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

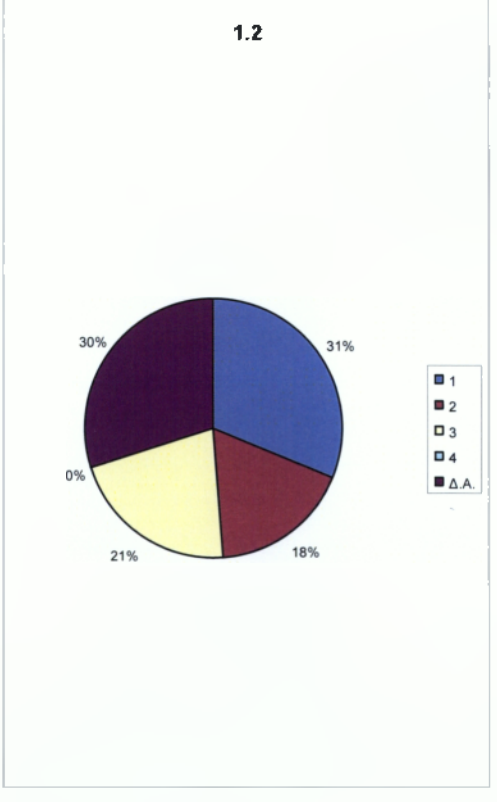
5. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έχετε βοηθηθεί από άλλο άτομο ;

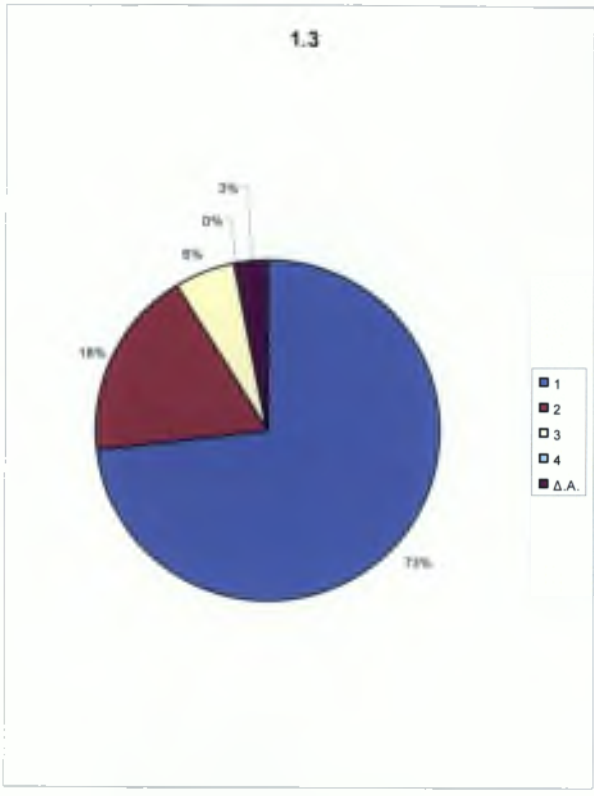
ΝΑΙ ☐ 1 **ΟΧΙ** ☐ 2

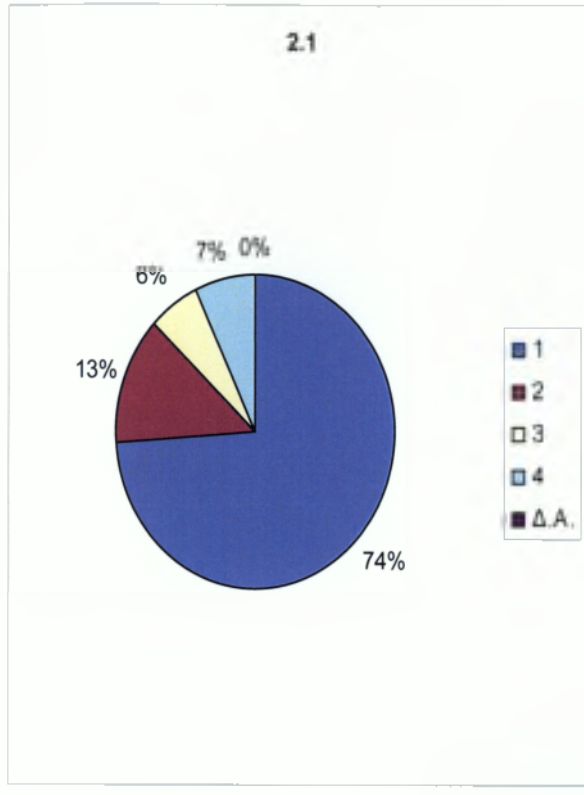
ΠΙΝΑΚΕΣ

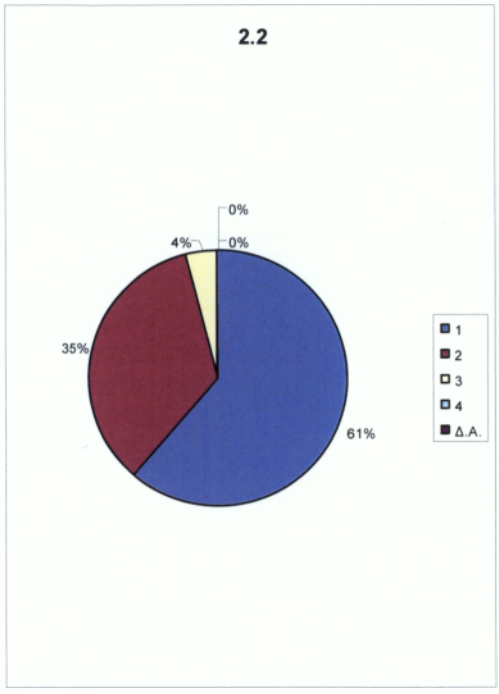
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1,1	1,2	1,3	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	4,1	4,2	4,3	5
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	43	31	73	74	61	67	69	62	0	76	78	64	55	67	77	76	46	31	65	0
2	57	18	18	13	35	33	26	33	0	14	18	31	30	29	18	23	28	33	0	0
3	0	21	6	6	4	0	5	5	0	10	4	5	15	4	5	1	5	12	0	0
4	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	24	0	0
ΝΑΙ									27											100
ΟΧΙ									73											0
Δ.Α.	0	30	3	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	100
SUM	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100

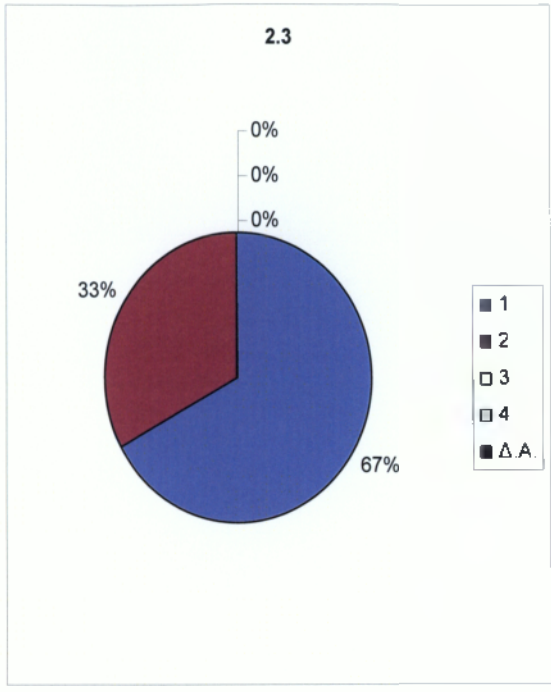


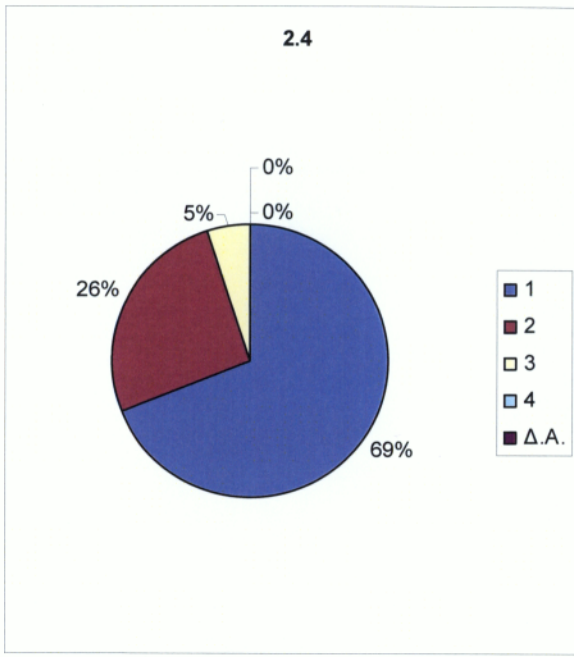


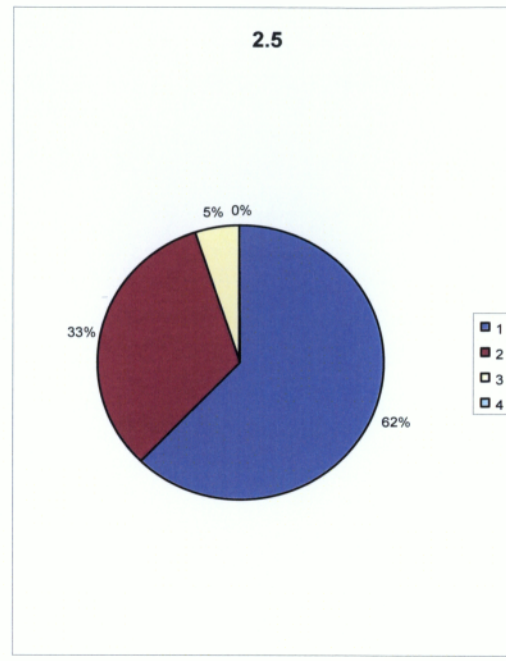

1.3
1
2
3
4
Δ.A.

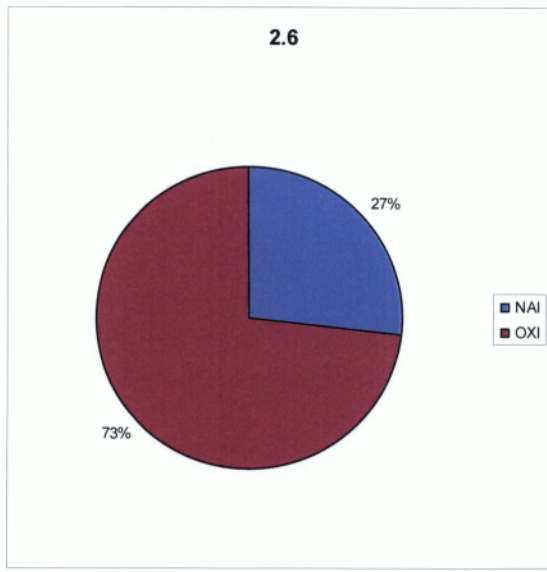

2.1
7%
0%
6%
13%
74%
1
2
3
4
Δ.A.

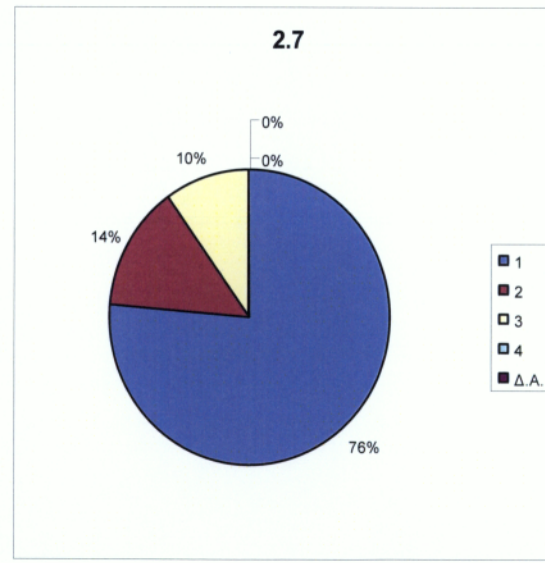

2.2
0%
0%
4%
35%
61%
1
2
3
4
Δ.A.

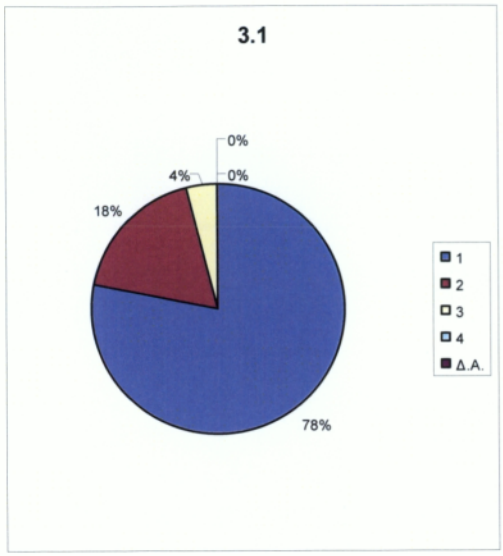

2.3
0%
0%
0%
33%
67%
1
2
3
4
Δ.A.

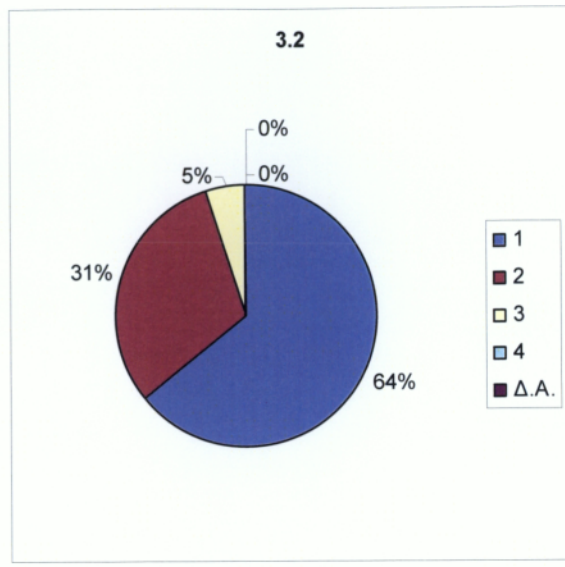

2.4
0%
5%
0%
26%
69%
1
2
3
4
Δ.Α.

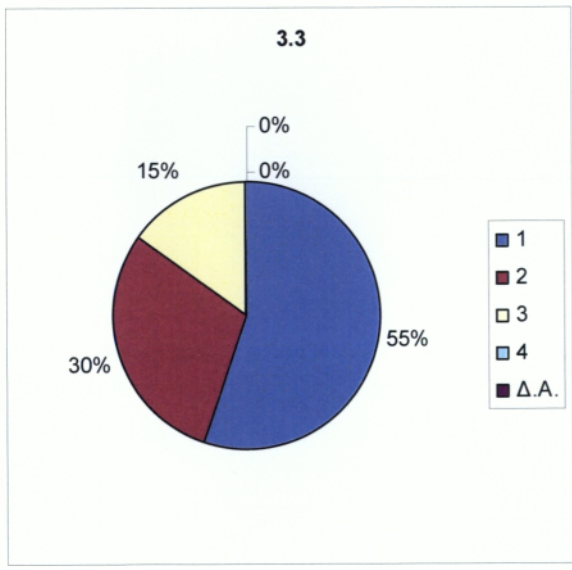

2.5
5%
0%
33%
62%
1
2
3
4

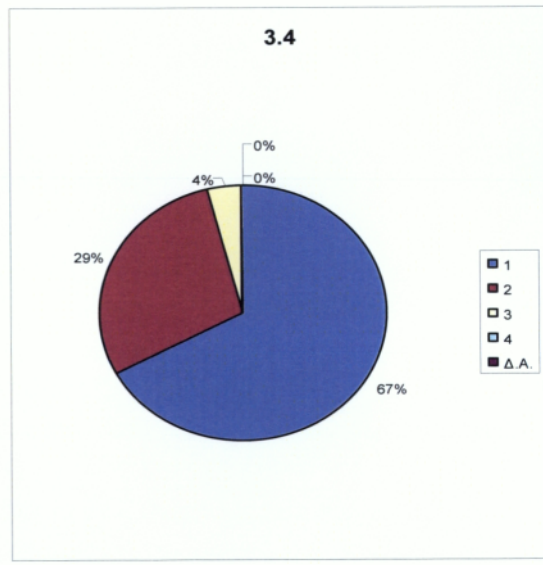

2.6
27%
73%
ΝΑΙ
ΟΧΙ

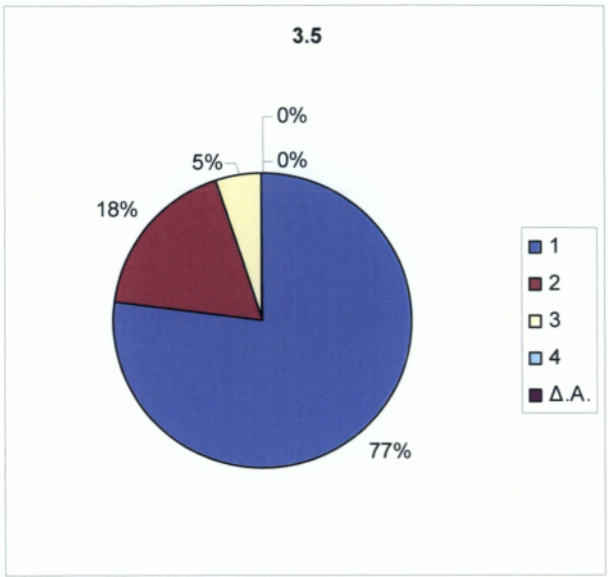

2.7
0%
10%
0%
14%
76%
1
2
3
4
Δ.Α.

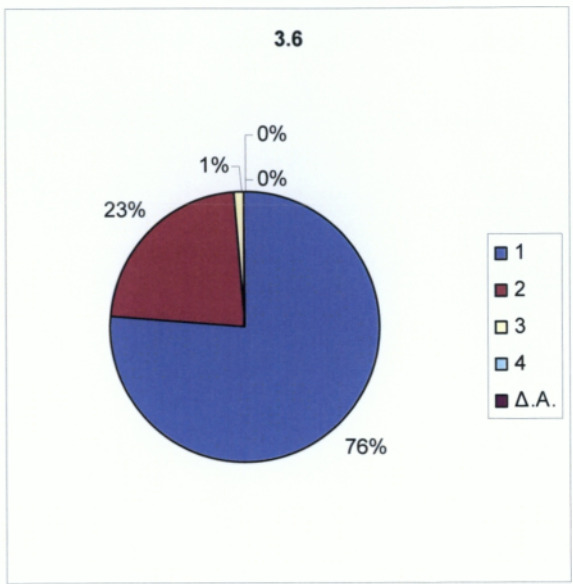

3.1
0%
4%
0%
18%
78%
1
2
3
4
Δ.A.

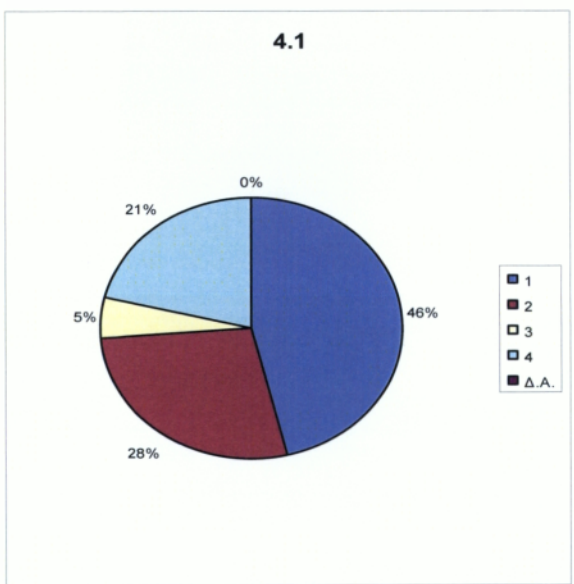

3.2
0%
5%
0%
31%
64%
1
2
3
4
Δ.A.

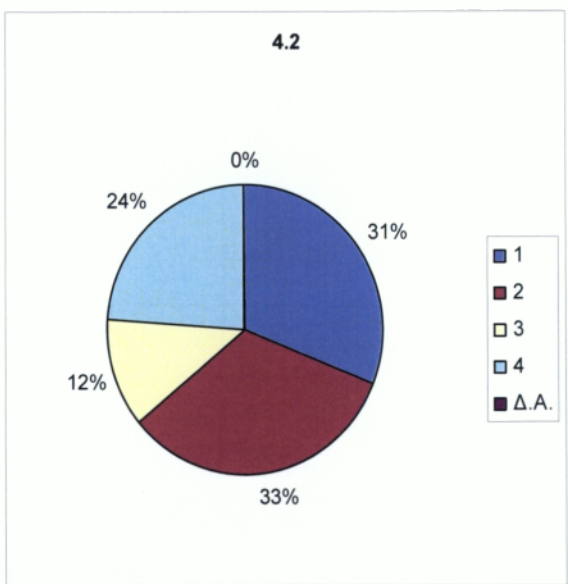

3.3
0%
15%
0%
30%
55%
1
2
3
4
Δ.A.

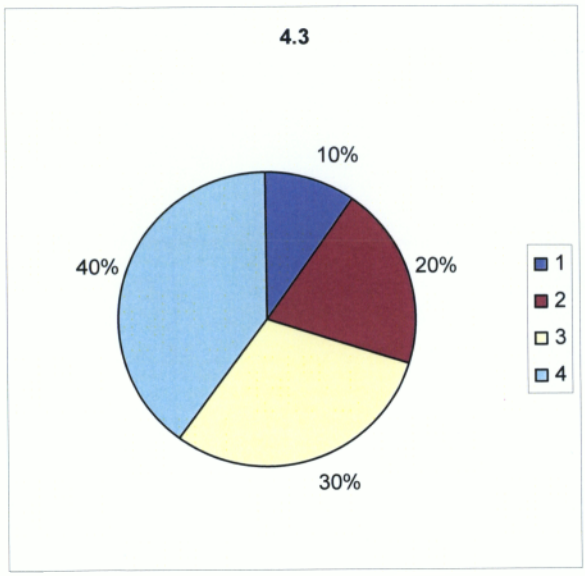

3.4
0%
4%
0%
29%
67%
1
2
3
4
Δ.A.

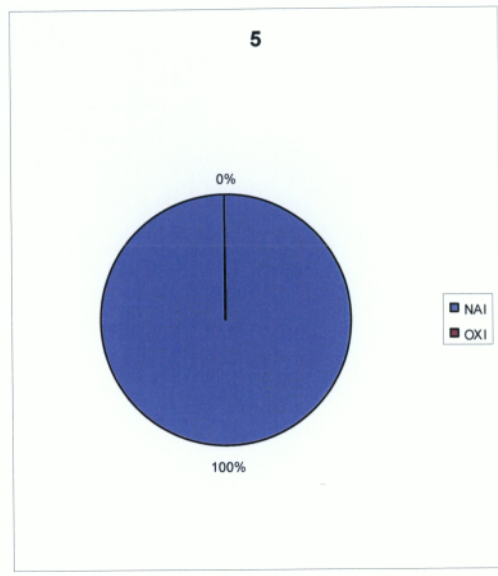

3.5
0%
5%
0%
18%
77%
1
2
3
4
Δ.A.


3.6
0%
1%
0%
23%
76%
1
2
3
4
Δ.A.


4.1
0%
21%
5%
46%
28%
1
2
3
4
Δ.A.

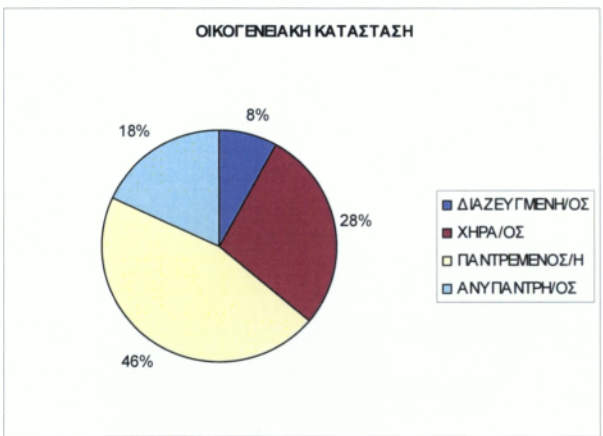

4.2
0%
24%
31%
12%
33%
1
2
3
4
Δ.A.

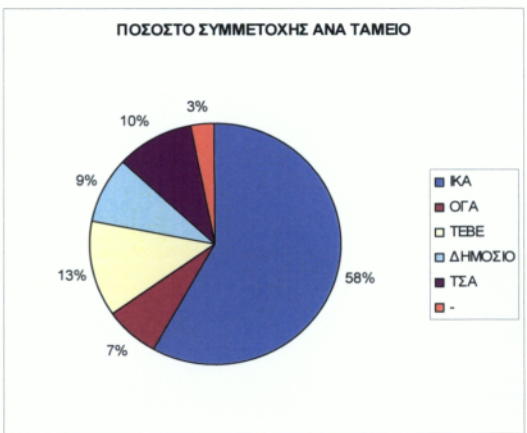

4.3
10%
20%
30%
40%
1
2
3
4


5
0%
100%
NAI
OXI

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
	%
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ/ΟΣ	8
ΧΗΡΑ/ΟΣ	28
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	46
ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ/ΟΣ	18
ΣΥΝΟΛΟ	**100**

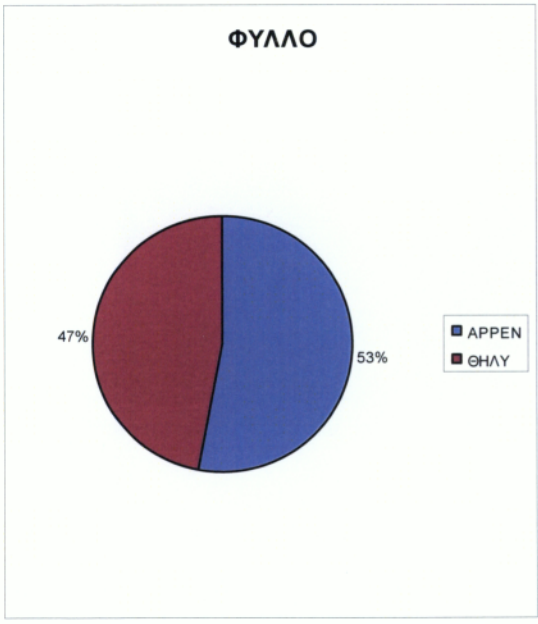
ΤΑΜΕΙΟ	%
ΙΚΑ	58
ΟΓΑ	7
ΤΕΒΕ	13
ΔΗΜΟΣΙΟ	10
ΤΣΑ	10
-	3

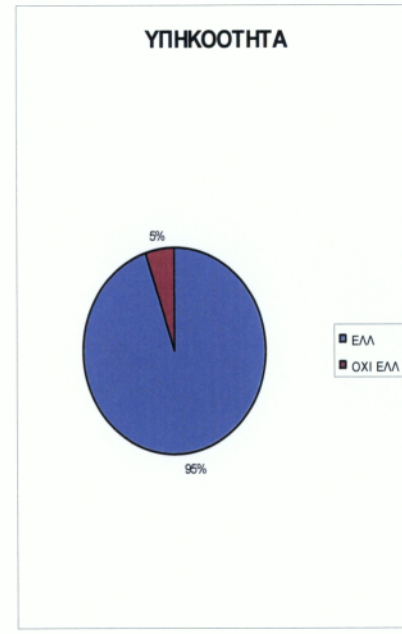
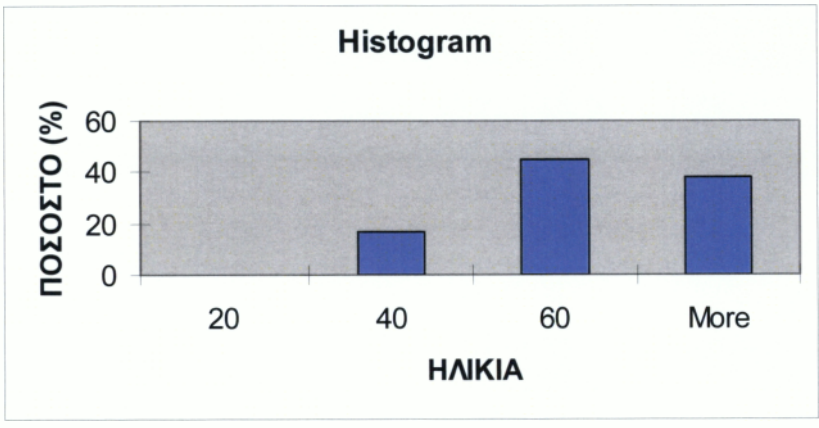
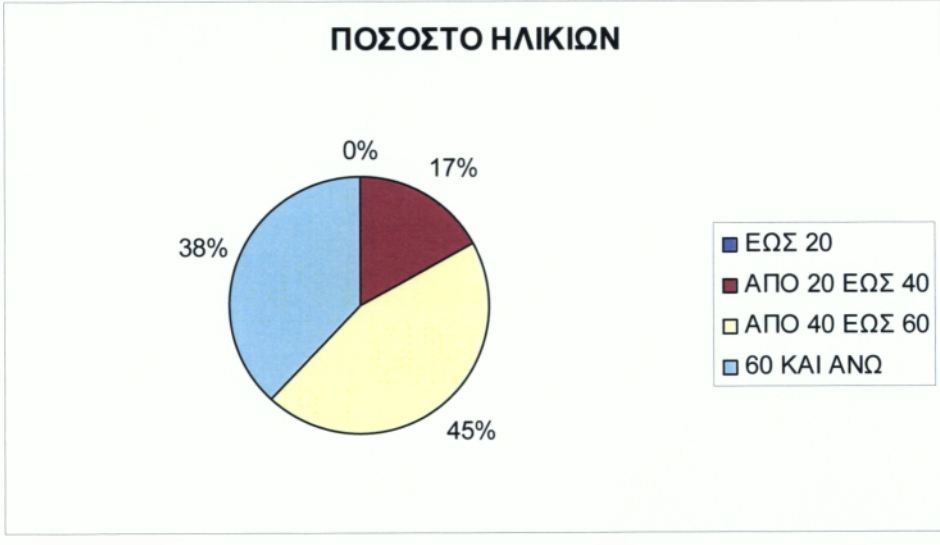




	%
ΑΡΡΕΝ	53
ΘΗΛΥ	47
ΣΥΝΟΛΟ	**100**

	%
ΕΛΛ	95
ΟΧΙ ΕΛΛ	5
	0
ΣΥΝΟΛΟ	**100**





	Bin	Frequency
ΕΩΣ 20	20	0
ΑΠΟ 20 ΕΩΣ 40	40	17
ΑΠΟ 40 ΕΩΣ 60	60	45
60 ΚΑΙ ΑΝΩ	More	38