

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ: ΣΔΟ**

**ΤΜΗΜΑ: ΔΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ**



Το Μαρμάτσειο Γ.Ν.Κ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ**  
**ΜΙΧΑΛΗΣ ΤΣΑΠΤΣΑΚΗΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ**  
**κ. Ε. ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>1-2</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> . ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>3</b>
1.1 Η ΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ	3-7
1.2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 3ης Υ.Π.Ε ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	8
1.3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑ ΝΟΜΟ ΚΑΙ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9
1.4 Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ	9-10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> . ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ</b>	<b>11</b>
2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΟΠ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	11-12
2.2 ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	12-14
2.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΟΠ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	14-16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> . ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>17</b>
3.1 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	17-18
3.2 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.	18-20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> . Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>21</b>
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	21
4.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	22-23
4.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	23-24
4.4 Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	25-26
4.5 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	26-28
4.6 Η ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ	28-29
4.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ	30
4.8 ΠΟΙΟΣ ΜΕΤΡΑ	30-31
4.9 ΤΙ ΜΕΤΡΑΤΑΙ	31-36

4.10 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΜΑΣ ΔΙΝΟΥΝ ΟΙ ΕΡΕΥΝΕΣ	36-37
4.11 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> . Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>38</b>
5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ.	38-45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ</b>	<b>46</b>
6.1 ΣΥΣΤΗΜΑ COCHARANE	46
6.2 ΣΥΣΤΗΜΑ DONABEDIAN	46
6.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ 5 D:L	47
6.4 ΣΥΣΤΗΜΑ SERVQUAL	47-50
6.5 ΣΥΣΤΗΜΑ SERV.PERF	51-55
6.6 ΕΙΔΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	56-58
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b>	
7.1 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.	59
7.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.	59
7.2 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ	60
7.3 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	61
7.4 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.	62
7.5 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	63
7.6 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΤΡΟΠΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	64
7.7 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.	65
7.7.1 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ.	65
7.8 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	66
7.9 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΣΥΧΙΑ	67
7.10 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	78
7.11 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ.	69
7.12 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ	70
7.13 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΩΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟΥ	71

7.1.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.	71
7.14 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	72
7.15 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	73
7.16 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	74
7.1.4 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.	74
7.17 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	75
7.18 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	76
7.19 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	77
7.20 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .	78
7.1.5 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.	78
7.21 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	79
7.22 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	80
7.23 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	81
7.24 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	82
7.1.6 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.	83
7.25 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.	83



7.26 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.	84
7.27 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.	85
7.28 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ.	86
7.1.7 ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.	87
7.1.8 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΕΩΣ.	88-94
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	95-100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	101-103
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

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

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

Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην ίδρυση του Ε.Σ.Υ , για το ρόλο που έπαιξε στη χώρα μας από την αρχή ως και σήμερα., καθώς και κάποιες πληροφορίες για το Γ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ.

Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα μιλήσουμε για τους παράγοντες επιτυχίας κατά την εφαρμογή ΔΟΠ στις υπηρεσίες υγείας καθώς και τις αποτυχίες σε κάποια προγράμματα.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, τις αλληλεπιδράσεις εμπλεκόμενων στη διαδικασία της καθώς και την ελληνική πραγματικότητα πάνω σε αυτές.

Στο κεφάλαιο 4 θα δώσουμε τον ορισμό της έννοιας ικανοποίησης των ασθενών, τους παράγοντες ικανοποίησης, τη μέτρηση και πιο συγκεκριμένα πως γίνεται, πως μετράται, ποιος μετρά ποια τα πλεονεκτήματά της καθώς και πληροφορίες που μας δίνουν οι έρευνες.

Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα αναλύσουμε μια έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα.

Στο κεφάλαιο 6 θα προσδιορίσουμε τα συστήματα μέτρησης καθώς τα είδη και τις μεθόδους μέτρησης.

Στο κεφάλαιο 7 θα παρουσιάσουμε μέσα από πίνακες και σχεδιαγράμματα την ανάλυση δεδομένων, τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν. Κοζάνης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών.

Και τέλος, στο 8<sup>ο</sup> κεφάλαιο καταλήγουμε στα συμπεράσματα που απορρέουν από την έρευνα, καθώς και προτάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Η ΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ

Πέρασαν περισσότερα από 20 χρόνια από τη θεσμοθέτηση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κι ενώ στην αρχή, μέχρι το 1989, η κατάσταση εξελισσόταν ικανοποιητικά και όλα έδειχναν ότι το πρόβλημα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των Ελλήνων θα λυνόταν οριστικά, η συνέχεια δεν επιφύλασσε τις ίδιες ευχάριστες διαπιστώσεις. Η σημαντική οπισθοδρόμησή του στην περίοδο 1989 έως 1993, το όχι ιδιαίτερα αποτελεσματικό ενδιαφέρον της πολιτείας από το 1994 αλλά και οι κακές συνήθειες που αποκτήθηκαν από πολλούς λειτουργούς του, οδήγησαν το Ε.Σ.Υ. στη σημερινή λειτουργική εικόνα του. Άλλωστε η προσφορά φροντίδων υγείας στους πολίτες ενός κράτους είναι υποχρέωση της πολιτείας.

Στη χώρα μας τα πράγματα δεν είναι ανάλογα με τις χώρες του δυτικού κόσμου, όπου οι φροντίδες υγείας των πολιτών παρέχονται από το κράτος και από ιδιωτικούς φορείς και το επίπεδο της παροχής πολύ υψηλό. Στην Ελλάδα μέχρι πριν μερικά χρόνια, η κρατική φροντίδα ήταν υποβαθμισμένη, ενώ αντίθετα ήταν σε «άνθιση» η ιδιωτική ιατρική. Αυτό σήμαινε μεγάλα έξοδα και ταλαιπωρία για τους Έλληνες πολίτες που είχαν ανάγκη από φάρμακα και γιατρούς. Από τον Οκτώβριο του 1981 και μετά, η κυβέρνηση που προέκυψε από τις εκλογές της περιόδου εκείνης, γνωρίζοντας την «κατάντια» που υπήρχε στο θέμα της υγείας, έκανε ενέργειες για τη διόρθωσή της πρωτοφανείς για τα ελληνικά δεδομένα. Ψήφισε νόμο για την υγεία και δημιούργησε έναν Εθνικό Φορέα παροχής φροντίδας υγείας, το Ε.Σ.Υ.

Το Ε.Σ.Υ., από την αρχή της λειτουργίας του είχε πολύ καλές προϋποθέσεις για την επιτυχία του. Κάποιες από αυτές ήταν οι σημαντικές οικονομικές παροχές του κράτους, η σωστή οργανωτική προσπάθεια και η σχεδόν καθολική αποδοχή του από τον ελληνικό λαό. Στοιχείο επιτυχίας του συστήματος ήταν ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού, με στόχο τη σωστότερη παροχή ιατρικών φροντίδων στον ελληνικό λαό, και κυρίως στην εξαφάνιση των πελατειακών σχέσεων γιατρού-αρρώστου.

Το Ε.Σ.Υ. αναπτύχθηκε και καταξιώθηκε στη συνείδηση του ελληνικού λαού με την απόδοσή του. Ο αγροτικός πληθυσμός και οι οικονομικά ασθενέστεροι συνειδητοποίησαν γρήγορα το μέγεθος της κοινωνικής αλλαγής και των οικονομικών ελαφρύνσεων που θα είχαν με το νέο θεσμό. Έτσι σχεδόν όλοι οι Έλληνες έδειχναν να αποδέχονται ότι η κατάσταση της υγείας τους συνδέονταν πλέον σε μεγάλο βαθμό με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παρόλη την αρκετά πετυχημένη πορεία του στα 4-5 πρώτα χρόνια λειτουργίας του, από το φθινόπωρο του 1989 άρχισε η αντίστροφη μέτρηση του χρόνου για την ουσιαστική του κατάργηση.

Η αλλαγή πολιτικής για την υγεία και οι συστηματικές πράξεις ορισμένων υπευθύνων την εποχή εκείνη, το οδήγησαν σε υποβάθμιση, η οποία έγινε εντυπωσιακά αισθητή την περίοδο 1992-1993. Ο κόσμος όμως το ήθελε, αν και υποβαθμίστηκε κατάφερε να επιβιώσει. Από τον Οκτώβριο του 1993 και έπειτα , αναζωογονήθηκε το ενδιαφέρον της πολιτείας για τον Εθνικό Φορέα Υγείας, και παράλληλα φάνηκε να αρχίζουν να γίνονται ενέργειες για την αναβάθμιση του.

Κάνοντας λοιπόν μια συνολική επανεκτίμηση της πορείας του Ε.Σ.Υ. στα 20 και πλέον χρόνια της λειτουργίας του, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: το Ε.Σ.Υ., μέσα σ' αυτά τα 20 χρόνια πρόσφερε πολλά περισσότερα από τα αναμενόμενα. Ελάττωσε την ανισότητα και την κοινωνική αδικία σχετικά με την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την επαρχία, πρόσφερε καλύτερου επιπέδου φροντίδες υγείας στον λαό και έδωσε λύσεις σε πολλά χρονίζοντα, σχετικά με το θέμα, προβλήματα. Οι καταστάσεις και τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από τη μέχρι τώρα πορεία του Ε.Σ.Υ. και χρειάζονται προσεκτική προσέγγιση για την επίλυση τους είναι:

- 1) Η ανάγκη για κοινωνική, ανθρωπιστική και επιστημονική επιμόρφωση των λειτουργών του
- 2) Η ανάγκη για αύξηση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- 3) Η ανάγκη για εξειδικευμένη περίθαλψη όπου χρειαστεί
- 4) Η ανάγκη για μισθολογική και σωστή επιστημονική και υπηρεσιακή εξέλιξη των υπηρετούντων στο σύστημα

Για ένα πιο σύγχρονο και πιο λειτουργικό Ε.Σ.Υ. πρέπει να γίνουν και ορισμένες ενέργειες οι οποίες είναι οι ακόλουθες:



1) Αρτιότερη εκπαίδευση και πιο ορθολογική-κατανομή του προσωπικού, ιατρικού και νοσηλευτικού.

2) Προσαρμογή των μισθών των εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. στις πραγματικές ανάγκες, και ρύθμιση της επιστημονικής εξέλιξης των γιατρών που υπηρετούν το σύστημα.

3) Επιμόρφωση γενικά, και ειδικότερα ανθρωπιστική και κοινωνική, του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού που υπηρετεί το Ε.Σ.Υ.

4) Βελτίωση της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αύξηση της παροχής της.

5) Αύξηση της εξειδικευμένης δευτεροβάθμιας και σε ορισμένες περιπτώσεις τριτοβάθμιας περίθαλψης σε Γενικά αλλά και σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, η οποία θα έχει στόχο την κάλυψη ελλειμμάτων σε ορισμένους τομείς αλλά και την παραπέρα ελάττωση των ανισοτήτων κέντρου-επαρχίας.

Σε πολλά Κέντρα Υγείας και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία όλων σχεδόν των νοσοκομείων, η αντιμετώπιση των προσερχόμενων αρρώστων που δεν έχουν ανάγκη νοσηλευτικού κρεβατιού, των «όρθιων» αρρώστων, είναι ατελέστατη, κυρίως σε ότι αφορά την εργαστηριακή διερεύνησή τους. Το πρόβλημα υγείας του «όρθιου» αρρώστου πρέπει να λύνεται στο Κέντρο Υγείας ή στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο των νοσοκομείων. Δεν πρέπει να απασχολεί νοσηλευτικό κρεβάτι ο ασθενής αυτός.

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

Η ανάγκη για ανθρωπιστικής και κοινωνική επιμόρφωση του προσωπικού του ΕΣΥ είναι θέμα πρώτης προτεραιότητας και καθοριστικής σημασίας για τη σωστή λειτουργία του θεσμού. Η παροχή φροντίδων υγείας στον άνθρωπο είναι

υπηρεσία κοινωνικού, ανθρωπιστικού, χαρακτήρα. Είναι προσφορά υπηρεσίας ανθρώπου σε αναξιοπαθούντα άνθρωπο, η οποία πέρα από γνώσεις, υλικοτεχνικές υποδομές και σύγχρονη βιοιατρική τεχνολογία, στηρίζεται και πρέπει να στηρίζεται, στην αγάπη του ανθρώπου για τον άνθρωπο και ιδιαίτερα τον άνθρωπο που υποφέρει.

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

Από την άλλη μεριά, πρέπει η πολιτεία να κατανοήσει, ότι δεν είναι δυνατόν να γίνεται λόγος για ιδανικά και συνειδήσεις, και να ζητά αυταπάρνηση και ηρωισμούς από τους εργαζόμενους στο ΕΣΥ, όταν δεν καλύπτει βασικές μισθολογικές και επιστημονικές ανάγκες τους. Και επειδή η πολλή συζήτηση αφορά κυρίως τους γιατρούς του ΕΣΥ, πρέπει να τονισθεί ότι ούτε ο μισθός

ανταποκρίνεται στο έργο επιστημόνων από τους οποίους απαιτείται πλήρης και αποκλειστική απασχόληση, ούτε η επιστημονική εξέλιξη τους μέσα στο σύστημα είναι τέτοια που να δημιουργεί διάθεση για εργασία με ηρωισμό και αυταπάρνηση.

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

Παρ' όλα αυτά, η μέχρι τώρα πορεία του ΕΣΥ έδειξε ότι δεν είναι δίκαιο μόνο να το κακολογούμε, ούτε και να «αγωνιζόμαστε» να το οδηγήσουμε στην «ανυπαρξία». Αντίθετα, είναι χρέος όλων να το διατηρήσουμε, να το ανανεώσουμε και να το εκσυγχρονίσουμε. Το ΕΣΥ πρέπει να λειτουργήσει σωστά, με πληρέστερη και πιο σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή, με προσωπικό πιο άρτια εκπαιδευμένο, πιο συνειδητοποιημένο και πιο «ικανοποιημένο». Δικαιούται ο ελληνικός λαός ένα πιο λειτουργικό και πιο σύγχρονο ΕΣΥ. Δικαιούται και ο Έλληνας φορολογούμενος να έχει υψηλού επιπέδου κρατικές φροντίδες για την υγεία του, όπως έχει και ο ευρωπαίος πολίτης. Και πρέπει να τονισθεί, ότι τέτοιες παροχές έχουν ανταπόδοση, αφού ο πολίτης με εξασφαλισμένες και σωστές κρατικές φροντίδες για την υγεία του, απερίσπαστος και χωρίς ανασφάλειες, θα επιδίδεται στα δημιουργικά έργα του προς όφελος του ίδιου, της οικογένειά του και της κοινωνίας.

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

## **1.2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 3ης Υ.Π.Ε ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

Κατανομή Μονάδων Φροντίδας Υγείας 3ης Υ.Π.Ε. Μακεδονίας ανά Νομό.

Οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας (δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης) που ανήκουν στην περιοχή ευθύνης της 3<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε. Μακεδονίας ανά Νομό είναι οι εξής:

### **(Α) ΝΟΜΟΣ ΚΟΖΑΝΗΣ**

ΚΟΖΑΝΗ: Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ» στο οποίο υπάγονται τρία (3) Κέντρα Υγείας

(Κ.Υ. Σερβίων, Κ.Υ. Σιάτιστας, Κ.Υ. Τσοτυλίου) και (39) Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.) εκ των οποίων 15 Π.Ι. στο Κ.Υ. Σερβίων. 14 Π.Ι. στο Κ.Υ. Σιάτιστας και 10 Π.Ι. στο Κ.Υ. Τσοτυλίου.

ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ: Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»

### **(Β) ΝΟΜΟΣ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ**

ΚΑΣΤΟΡΙΑ: Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς στο οποίο υπάγονται ένα (1) Κέντρο Υγείας (Κ.Υ. Αργούς Ορεστικού) και δεκατέσσερα (14) Περιφερειακά Ιατρεία (11.1.).

### **(Γ) ΝΟΜΟΣ ΦΛΩΡΙΝΑΣ**

ΦΛΩΡΙΝΑ: Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ε. Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ» στο οποίο υπάγονται ένα (1) Κέντρο Υγείας

(Κ.Υ. Αμυνταίου) και είκοσι ένα (21) Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.). Επιπλέον υπάγεται και το ΔΙ.ΚΕ.Δ.Υ. Φλώρινας.

### **(Δ) ΝΟΜΟΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ**

ΓΡΕΒΕΝΑ: Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών στο οποίο υπάγονται ένα (1) Κέντρο Υγείας (Κ.Υ. Δεσκάτης) και δεκαπέντε (15) Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.).

Σύμφωνα με το άρθρο 7 του νόμου 3329/2005 (ΦΕΚ 81/4-4-2005) τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε. Σ.Υ.Π. με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001, μετατρέπονται σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή τη αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του νόμου 3329/2005 και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου Α.Φ.Μ.



### **1.3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑ ΝΟΜΟ ΚΑΙ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Η Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας βρίσκεται στο βορειοδυτικό τμήμα της Ελλάδας και συνορεύει με την Αλβανία και την Ε.Υ.Κ.Ο.Μ. Αποτελείται από τους Νομούς Κοζάνης, Γρεβενών, Καστοριάς και Φλώρινας και έχει έδρα την Κοζάνη, που αποτελεί την Πρωτεύουσα του ομώνυμου Νομού. Η Δυτική Μακεδονία έχει έκταση 9.451 τ.χλμ. και καταλαμβάνει το 7,2% της συνολικής έκτασης της χώρας. Είναι περιοχή κατ<sup>1</sup> εξοχήν ορεινή, με το 82% του εδάφους της να καλύπτεται από ορεινές και ημιορεινές εκτάσεις. Βάσει της απογραφής της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος του 2001, η Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας έχει πληθυσμό 301.522 (2,75% επί του συνολικού πληθυσμού της χώρας), με το νομό Κοζάνης να φιλοξενεί πανό) από το 50% αυτού του πληθυσμού.

### **1.4 Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ**

Το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης που είχε μετατραπεί σε αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη μονάδα του Π.Ε.Σ.Υ.Π. Δυτικής Μακεδονίας, με τη διάταξη της παρ.4 του άρθρου 1 του Νόμου 2889/2001 (ΦΕΚ37Α'/2-3-2001), με το νέο νόμο 3329/2005 (ΦΕΚ81/4-4-2005) άρθρο 7 παράγραφος 1, μετατρέπεται σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ. Δυτικής Μακεδονίας, διέπεται από τις διατάξεις του νόμου 3329/2005, έχει δικό του προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου (Α.Φ.Μ).

Το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης είναι ενταγμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Είναι δυναμικότητας 200 οργανικών κλινών (ΦΕΚ10/9-1-1987) και η ιατρική του υπηρεσία διαρθρώνεται σε παθολογικό χειρουργικό, ψυχιατρικό και εργαστηριακό τομέα. Στη Διοικητική υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται και τρία Κέντρα Υγείας: α) το Κέντρο Υγείας Σερβίων β) το Κέντρο Υγείας Σιάτιστας και γ) το Κέντρο Υγείας Τσοτυλίου, καθώς και τα 39 Περιφερειακά Ιατρεία αυτών, καλύπτοντας το επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας των κατοίκων της περιοχής ευθύνης τους.

Το Γ.Ν. σύμφωνα με το επίπεδο περίθαλψης που παρέχει στους χρήστες /ασθενείς, εντάσσεται στην κατηγορία των Γενικών Νοσοκομείων Δευτεροβάθμιας



Περίθαλψης, διαθέτει ιατρικά και νοσηλευτικά τμήματα του παθολογικού, χειρουργικού και ψυχιατρικού τομέα, ειδικές μονάδες όπως Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Μονάδα Εμφραγμάτων, εργαστήρια, διατομεακά τμήματα (Τ.Ε.Ι, Τ.Ε.Π., Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας), διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες.

Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Κοζάνης, του Νομού Κοζάνης. Το Νοσοκομείο είναι χτισμένο εντός του πολεοδομικού συγκροτήματος της πόλης της Κοζάνης και βρίσκεται επί της οδού ΜΑΜΑΤΣΙΟΥ 1. Σήμερα το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ» είναι χτισμένο σε οικόπεδο 16 στρεμμάτων, ενώ η συνολική δομημένη επιφάνεια όλων των στεγασμένων χώρων του έχει έκταση 10.616 τ.μ., οι οποίοι οικοδομήθηκαν σε διάφορες φάσεις για να καλύψουν τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του.

Η νομική μορφή και το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του νοσοκομείου διέπεται, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου υπ' αριθμό 3329/2005 (ΦΕΚ 81/4-4-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», είναι Ν.Π.Δ.Δ. και υπόκειται υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ. Δυτικής Μακεδονίας.

Η οργάνωση και η λειτουργία του Νοσοκομείου διέπεται από τις διατάξεις των: (α) νόμος υπ' αριθμό 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», προεδρικό διάταγμα 87/1986 «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων», νόμος υπ' αριθμό 2519/1997, νόμος υπ' αριθμό 2889/2001 (ΦΕΚ 37/2-3-2001), νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81/4-4-2005) καθώς και από τον Οργανισμό του και τις τροποποιητικές του αποφάσεις.

Η περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου περιλαμβάνει: (α) τους Δήμους: Αγίας Παρασκευής, Αιανής, Ασκίου, Βελβεντού, Βερμίου, Δημητρίου Υψηλάντη, Ελμείας, Ελλησπόντου, Καμβουνίων, Κοζάνης, Μουρικού, Νεάπολης, Πτολεμαΐδας, Σερβίων, Σιάτιστας και Τσοτυλίου (β) και τις κοινότητες Βλάστης, Λιβαδερού και Πενταλόφου.([www.mamatsio.gr](http://www.mamatsio.gr)).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

#### 2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΟΠ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Από διάφορες μελέτες και έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομείο του εξωτερικού είναι δυνατό να προκύψουν κάποιοι παράγοντες που κρίνονται κρίσιμοι για την επιτυχία ενός προγράμματος ποιότητας στα νοσοκομεία. (Θεοφανόπουλος Παναγιώτης).

Αυτό ακολουθούν:

1. Διαδικασία εισόδου. Όλη η διαδικασία που πρέπει να προηγηθεί της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, καθώς επίσης και η διάρκεια της.
2. Τεχνολογικός εξοπλισμός. Δηλαδή κατά πόσο είναι ανεπτυγμένος τεχνολογικά ο εξοπλισμός του νοσοκομείου, εάν υπάρχει διαθεσιμότητα θεραπειών για σπάνιες και πολύπλοκες ασθένειες και προηγμένη ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία.
3. Προσωπικό. Εάν το προσωπικό που διαθέτει το νοσοκομείο επαρκεί, είναι ικανό και κατάλληλα εκπαιδευμένο.
4. Θεραπείες. Αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών θεραπειών τόσο από πλευράς κόστους για το νοσοκομείο, όσο και από πλευράς καταλληλότητας για τον ασθενή.
- 5) Ακρίβεια στην καταγραφή ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων.
- 6) Εργαστηριακές μετρήσεις. Ποιότητα που συνεπάγονται οι εργαστηριακές μετρήσεις και που αφορούν την καταλληλότητα τους και την εξασφάλιση της καλής λειτουργίας των μηχανημάτων έτσι ώστε να μην επηρεάζουν τον ασθενή.
- 7) Αναμονή των ασθενών για την παροχή της θεραπείας.
- 8) Συμπεριφορά. Τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ασθενείς και οι συγγενείς αυτών από το προσωπικό του νοσοκομείου (γιατροί, νοσοκόμες, κ.α)
- 9) Επικοινωνία. Συζήτηση του ασθενή με το γιατρό για τη θεραπεία που πρόκειται να εφαρμοστεί και με τις νοσοκόμες για τις διαδικασίες της ημέρας.

- 10) Τήρηση κανόνων υγιεινής και ασφάλειας.
- 11) Αριθμός κρεβατιών.
- 12) Περιβάλλον. Κατά πόσο είναι καθαρό, ήσυχο, κ.α.
- 13) Φαγητό. Εάν είναι θρεπτικό, φθάνει στην ώρα του κ.α.

Πριν λοιπόν επιχειρηθεί από κάποιο νοσοκομείο η εφαρμογή προγράμματος ποιότητας, καλό θα ήταν να ληφθούν υπ' όψιν οι παραπάνω παράγοντες.

## **2.2 ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Πρόσφατα στην προσπάθεια τους να εφαρμόσουν προγράμματα ποιότητας ορισμένοι νοσοκομειακοί οργανισμοί στην Αγγλία διέπραξαν κάποια λάθη: (Getting results from TOM,HR Magazine, V37, Sept 92 p. 34-36.)

1. Δεν υπήρξε ξεκάθαρη κατανόηση και διαχωρισμός μεταξύ των εννοιών διοίκησης Ολικής ποιότητας (Total Quality Management), της Εξασφάλισης της ποιότητας ( Quality Assurance ) και των Κύκλων Ποιότητας ( Quality Circles ). Δεν κατανοήθηκε επαρκώς ότι η Εξασφάλιση της Ποιότητας δεν είναι ΔΟΠ και ότι οι Κύκλοι Ποιότητας μεμονωμένοι δεν αποτελούν πανάκεια. Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στους Κύκλους Ποιότητας, χωρίς να έχει κατανοηθεί επαρκώς ότι οι Κύκλοι Ποιότητας:

- Δεν αποτελούν λύση τελευταίας στιγμής από μια επερχόμενη χρεοκοπία.
- Δεν υποκαθιστούν ένα κακό σύστημα διοίκησης.
- Δεν είναι μόνο για τους κατώτερους.
- Δεν μπορούν να δουλέψουν χωρίς ειδικούς.
- Δεν είναι ένα πρόσθετο μέτρο ελέγχου της απόδοσης των εργαζομένων.
- Δεν μπορούν να συνεχισθούν, χωρίς ηθική ή υλική ανταμοιβή.

2. Έλλειψη ομαδικής εργασίας ανάμεσα στο προσωπικό ενός τμήματος και μεταξύ του προσωπικού ενός τμήματος και άλλων τμημάτων.

3. Έλλειψη εξουσιοδότησης του προσωπικού για να κάνουν βελτιώσεις.

4. Έλλειψη ξεκάθαρα καθορισμού των αρμοδιοτήτων της εργασίας των εργαζομένων.
5. Δεν υπήρξε ξεκάθαρος ορισμός της ποιότητας, σχετικά με τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Φυσιολογική συνέπεια αυτού ήταν η αδυναμία καθορισμού κατάλληλων μέτρων. Και είναι γνωστό ότι δεν μπορεί να μετρηθεί κάτι, δεν μπορεί να βελτιωθεί.
6. Η κουλτούρα δεν υποστήριζε την πραγματική πρόθεση του προγράμματος ΔΟΠ ή ΣΒΠ. Ενώ το νοσοκομείο μάθαινε για τη ΣΒΠ και αναπτυσσόταν ομάδες βελτίωσης της ποιότητας, τα στελέχη έθεταν σε κυκλοφορία κατευθύνσεις μειώσεων του κόστους. Πολλά μέλη από το προσωπικό πίστεψαν ότι το νοσοκομείο χρησιμοποιεί τη ΔΟΠ ή ΣΒΠ σαν τεχνάσματα για να μειώσει τις αντιδράσεις τους στις παραδοσιακές στρατηγικές μείωσης του κόστους.
7. Έλλειψη κατάλληλων μεθόδων αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας, ώστε να μπορούν να αξιολογηθούν επαρκώς οι προσπάθειες για Εξασφάλιση της Ποιότητας καθώς και τα αποτελέσματα των Κύκλων Ποιότητας.
8. Έλλειψη προκαθορισμένου προϋπολογισμού, σαν μέρος του επιχειρηματικού σχεδίου, για τη χρηματική υποστήριξη των προσπαθειών βελτιώσεων ποιότητας.
9. «Συγκέντρωση» υπευθυνότητας σε λίγους π.χ. «Τμήμα Ποιότητας», ενώ θα έπρεπε να υπάρχει «Αποκέντρωση» σε όλους. Όλοι έχουν ευθύνη για την ποιότητα, για τη δημιουργία μιας πιο ανθρώπινης εικόνας προς το ασθενή.
10. Έλλειψη συμπεριφορικής αλλαγής. Εάν μόνο λίγοι μάνατζερς αλλάξουν στυλ, μπορεί να γίνεται χρήση των σωστών όρων και η ομαδική εργασία να βελτιώνεται, αλλά δεν υπάρχει οργανωσιακή αναζωογόνηση και ο οργανισμός συνεχίζει όπως πριν.
11. Είδαν το πρόγραμμα ποιότητας σαν ένα ακόμη πρόγραμμα. Οι ηγέτες δεν κατανόησαν το επίπεδο της δέσμευσης και της ενέργειας που απαιτούσαν για να διατηρηθεί η προσπάθεια.
12. Καμία προσπάθεια επικοινωνίας με τον πιο σημαντικό κρίκο στην «αλυσίδα παραγωγής», τον ασθενή. Τον εξωτερικό πελάτη, του οποίου η γνώμη θα βοηθούσε σε τεράστιο βαθμό στην κατανόηση του τι ακριβώς έχει ανάγκη ο

αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας και του τι πρέπει να γίνει για να ικανοποιηθεί αυτή η ανάγκη.

13. Έλλειψη ορατών ενεργειών. Σε μερικούς οργανισμούς υπάρχουν πολλά λόγια και όχι αρκετά έργα.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η αποτυχία των προγραμμάτων ποιότητας σε νοσοκομεία οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μη σωστή εφαρμογή τους παρά στα χαρακτηριστικά που συνδέονται με τη δομή και τις διαδικασίες του νοσοκομείου. Επίσης, όταν η ΔΟΠ αποτυγχάνει τις περισσότερες φορές ευθύνεται η διοίκηση του νοσοκομείου και όχι η διαδικασία.

### **2.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΟΠ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Υπάρχουν, όμως και οργανισμοί φροντίδας υγείας που κατάφεραν να ξεπεράσουν τα εμπόδια και να αποφύγουν τα ανωτέρω λάθη εφαρμόζουν ένα απλό μοντέλο που οδηγεί ακίνδυνα και ανώδυνα σε μια κουλτούρα Ολικής Ποιότητας. (Λογοθέτης Νικόλαος)

Το μοντέλο αυτό εμπεριέχει τα εξής στάδια :

1. Αναγνώριση της ανάγκης. Ένας απλός υπολογισμός του κόστους χαμηλής ποιότητας ή μια απλή αξιολόγηση των παραπόνων των ασθενών / επισκεπτών είναι αρκετά για να αποδειχθεί η ανάγκη για ολική Ποιότητα.

2. Δέσμευση.

Όταν θα έχει αναγνωρισθεί η ανάγκη, η δέσμευση των αρμοδίων κάθε αυτόνομου φορέα υπηρεσιών υγείας θα είναι πιο εύκολη. Χρειάζεται, όμως, και έμπρακτη απόδειξη της δέσμευσης, μέσω ενός Στρατηγού Μάνατζμεντ της Ποιότητας, τα στάδια εφαρμογής του οποίου είναι απλά και αποτελεσματικά, αλλά χρειάζεται και γι' αυτά μια ξεχωριστή σχετικά εκπαίδευση.

3. Σχεδιασμός. Η ποιότητα δεν συμβαίνει «τυχαία». Πρέπει να προσχεδιαστεί. Σε αυτό το Στάδιο πρέπει να προσδιοριστεί ποιος είναι ο πελάτης (εσωτερικός και εξωτερικός), ποιες οι ανάγκες του και πως αυτές θα ικανοποιηθούν. Θα ορισθούν οι στόχοι βελτίωσης, τα μέσα επίτευξης των στόχων και οι υπεύθυνοι υλοποίησης των έργων βελτίωσης.



4. Επιμόρφωση. Ο θεμελιώδης λίθος για τη βελτίωση. Ένα συνεχές συμβόλαιο με το μέλλον. Επιμόρφωση στη θεωρία και την πράξη. Υπάρχουν εργαλεία βελτίωσης που πρέπει να μαθευτούν όπως επίσης και οι διάφορες θεωρίες των *gurus* της ποιότητας.

5. Βελτίωση. Μέσω των εργαλείων βελτίωσης και με τη συμμετοχή όλων.

6. Έλεγχος - αξιολόγηση των επετεχθέντων.

Κατά πόσο οι στόχοι που τέθηκαν στην αρχή έχουν επιτευχθεί.

7. Επιστροφή στο βήμα 1. Αίτια στη ποιότητα δεν υπάρχουν. Άρα στόχος θα είναι ο εντοπισμός νέων περιοχών για βελτίωση.

Τέλος, οργανισμοί φροντίδας υγείας που εφάρμοσαν επιτυχώς Προγράμματα Βελτίωσης Ποιότητας, πήραν κάποια μαθήματα τα οποία έχουν αξία για τα άτομα που επιθυμούν να πραγματοποιήσουν παρόμοιες βελτιώσεις στους οργανισμούς τους. (Barwick Donald M. Blanton Gadfrey A & Roessner Jane, 1990).

Τέτοια μαθήματα αποτελούν τα παρακάτω:

- Εξασφάλιση της πλήρους υποστήριξης και δέσμευσης των ανωτέρων ιεραρχικών επιπέδων της διοίκησης και των φυσικών παραγόντων.

- Πραγματοποίηση όλων των απαραίτητων αλλαγών στη δομή, στην πολιτική και στο *style* διοίκησης πριν την εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας.

- Οι γιατροί πρέπει να αντιμετωπιστούν με τέτοιο τρόπο ώστε να συνεργαστούν σωστά και να πάψουν να θεωρούν τα προγράμματα ποιότητας σαν προσπάθεια κρίσης του έργου και μάλιστα από άτομα άσχετα προς το ιατρικό επάγγελμα.

- Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης.

- Κατανόηση του ότι η διαδικασία βελτίωσης είναι χρονοβόρα.

- Εκπαίδευση, επιβράβευση και αναγνώρισης εργαζομένων.

- Προτεραιότητα στα προβλήματα. Συνήθως υπάρχουν πολλά προβλήματα, αλλά είναι σημαντικό να επιλέγει ένα το οποίο θα επιλυθεί πρώτα.

- Χρειάζεται επιμονή. Δεν πρέπει να τα παρατάει κανείς ακόμη και όταν φαίνεται ότι τίποτα δεν πρόκειται να επιτευχθεί.

- Σύγκριση εσωτερικών και εξωτερικών μέτρων ποιότητας. Είναι σημαντικό να συγκρίνονται οι εσωτερικές μετρήσεις ποιότητας για κάτι σε σχέση

με την αντίληψη του πελάτη γι' αυτό. Μπορεί τα πράγματα να είναι διαφορετικά από τα αναμενόμενα.

- Δεν χρειάζεται η γρήγορη εφαρμογή λύσεων. Υπάρχει η τάση στις ομάδες να ξεκινούν να εφαρμόζουν λύσεις στα κύρια προβλήματα, χωρίς όμως να χρησιμοποιούν πρώτα την ερώτηση «γιατί». Οι λύσεις που απευθύνονται στα συμπτώματα του προβλήματος μπορεί μεν να είναι προφανείς, αλλά συχνά αποτελούν και ακριβές λύσεις.

- Οι συναντήσεις ατόμων και ομάδων που περιλαμβάνει το Πρόγραμμα Βελτίωσης της Ποιότητας δεν πρέπει να σταματούν όταν οι βελτιώσεις έχουν επιτευχθεί.

- Επιβεβαίωση του γεγονότος ότι οι βελτιώσεις συνεχίζονται έπειτα από την αρχική εφαρμογή έτσι ώστε να μην υπάρχει οπισθοδρόμηση. Ο οργανισμός πρέπει να εγκαθιδρύσει τις αλλαγές, Σε αυτό βοηθά η διαδικασία P-D-C-A ( PLAN –DO CHECK-ACT), δηλαδή η διαδικασία: Σχεδιασμός - Εφαρμογή- Έλεγχος - Δράση.

- Επέκταση του οράματος και των ευκαιριών για βελτιώσεις, συνεχώς. Όταν οι στόχοι επιτευχθούν είναι καιρός να βρεθούν άλλες ευκαιρίες για βελτίωση.

- Οι προσπάθειες βελτιώσεις δεν θα πρέπει να αποτελούν βραχυπρόθεσμη επένδυση. Χρειάζονται υποστήριξη από τα ανώτερα επίπεδα και συνεργατική πειθαρχία με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενή. Όλα αυτά χρειάζονται χρόνο και μερικές φορές μπορεί να ματαιωθούν, αλλά τελικά αξίζουν την επένδυση.

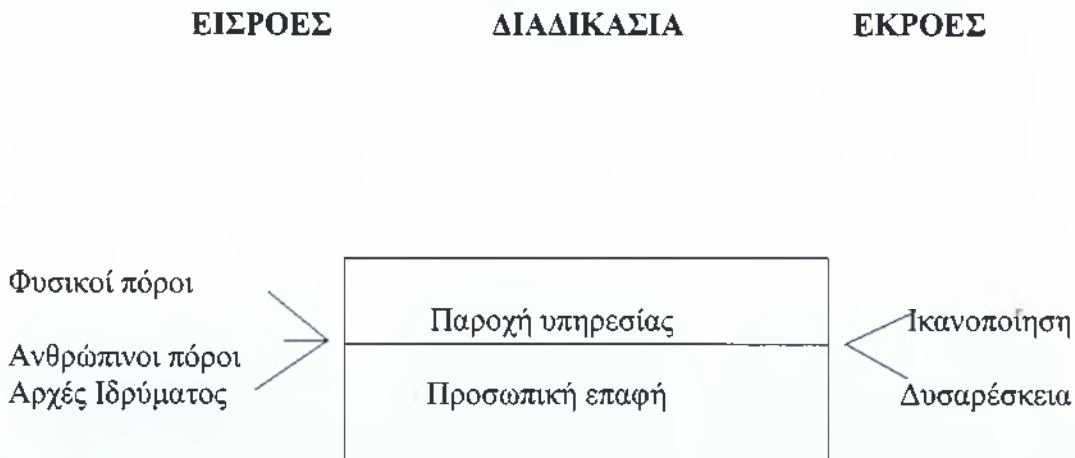
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

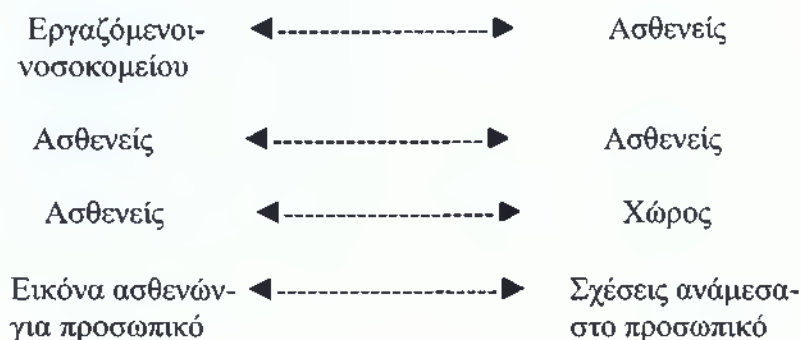
Η διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, έχει την παρακάτω μορφή:

Σχήμα 1. διαδικασία παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Senior Randall, 1991)



Οι εισροές αφορούν τους πόρους που συμπεριλαμβάνουν τον τεχνικό εξοπλισμό, τις εγκαταστάσεις, τους εργαζομένους και τις αρχές του ιδρύματος, πράγμα που σημαίνει τα πιστεύω και τους στόχους του ιδρύματος σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ εργαζομένων νοσοκομείου και ασθενών, μεταξύ των ασθενών με τους άλλους ασθενείς του νοσοκομείου, μεταξύ των ασθενών και του χώρου που περιβάλλονται και τέλος ανάμεσα στην εικόνα που έχουν οι ασθενείς για το προσωπικό του ιδρύματος και τις μεταξύ των σχέσεις.

**Σχήμα 2. Αλληλεπιδράσεις εμπλεκομένων στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας**



Έτσι λοιπόν καθιστά σαφές, ότι οι ασθενείς δεν είναι παθητικοί αποδέκτες της υπηρεσίας, αλλά σημαντικοί συνδιαμορφωτές της. Για το λόγο αυτό, το χάσμα μεταξύ των αναγκών – απαιτήσεων του ασθενή και των υπηρεσιών που του παρέχονται πρέπει να γεφυρωθεί με σκοπό την μεγιστοποίηση των οφελών που θα αποκομίσει και άρα την ικανοποίησή του σαν εκροή της διαδικασίας. Αν το χάσμα αυτό δεν γεφυρωθεί, μοιραία επέρχεται η δυσαρέσκεια του αποδέκτη των υπηρεσιών.

### **3.2 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Προτού επιχειρηθεί η περιγραφή και ανάλυση της παρούσας κατάστασης που παρουσιάζουν οι παρεχόμενες εν Ελλάδι υπηρεσίες μέσω των νοσοκομείων, κρίνεται σκόπιμη μια σύντομη περιγραφή των οργανισμών αυτών.

Τα νοσοκομεία του ελλαδικού χώρου διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

- Γενικά: τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας περισσότερων της μίας ειδικοτήτων.

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

Τα γενικά νοσοκομεία μπορεί να είναι περιφερειακά ή νομαρχιακά, δηλαδή να λειτουργούν στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ή σε κάθε νομό, αντίστοιχα. Τα περιφερειακά νοσοκομεία παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ενώ τα νομαρχιακά καλύπτουν μόνο

μερικές ειδικότητες. Από την άλλη μεριά, και τα δύο συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Μέσα σε ένα νοσοκομείο συναντώνται οι εξής υπηρεσίες:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική
- Τεχνική

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

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι αρμοδιότητες της κάθε υπηρεσίας.

**Πίνακας 1. Αρμοδιότητες διαφόρων υπηρεσιών Νοσοκομείου (Σιγάλας , 1992)**

<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Παροχή ιατρικής περίθαλψης</li><li>• Εκπαίδευση ιατρών προπτυχιακά και σε ειδικότητες</li><li>• Έρευνα</li></ul>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Νοσηλευτικές</li><li>• Διοικητικές</li><li>• Εκπαιδευτικές</li></ul>
<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Υποστήριξη έργου λοιπών υπηρεσιών</li><li>• Συντονισμός λειτουργιών</li><li>• Διαχείριση κινητής-ακίνητης περιουσίας</li><li>• Εκπαίδευση στελεχών διοίκησης</li><li>• Εκπαίδευση στελεχών Νοσοκομείου</li><li>• Φροντίδα λειτουργίας – ανάπτυξης</li></ul>
<b>ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Τεχνική Υποστήριξη</li></ul>



Συνολικά, η νοσοκομειακή φροντίδα στη χώρα μας παρέχεται από:

**Α.** Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (119 γενικά – ειδικά με 27.348 κλίνες, 9 ψυχιατρικά με 5.951 κλίνες ).

**β.** Τα δημόσια Νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ. (13 Στρατιωτικά, 5 του Ι.Κ.Α. 3 μη κερδοσκοπικά , 6 λοιπά ).

**γ.** Τα ιδιωτικά Νοσοκομεία και κλίνες (209 γενικά με 11.060 κλίνες , 40 ψυχιατρικά με 4.219 κλίνες ). (Οικονομοπούλου – Πολύζος, 1994).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν μπορεί να οριστεί επακριβώς διότι στην ουσία είναι μια δυναμική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τις σχέσεις, μεταξύ των παραγόντων των υπηρεσιών υγείας, τις αξιολογήσεις του από τους ασθενείς, των αντιδράσεων των ασθενών, αλλά και των ατομικών διαφορών 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 διαφόρων 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, 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).

## 4.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

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 υγείας. Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζόμενων και συμβάλει 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 νοσοκομείων. Ο τρόπος οργάνωσης της διοίκησης, ο συντονισμός των λειτουργιών και οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού καθορίζουν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. 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 υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι τα πρόσωπα που διοικούν έναν οργανισμό πρέπει να διαθέτουν υψηλές διοικητικές ικανότητες και δεξιότητες και να αναγνωρίζουν την ανάγκη για συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Η ξενοδοχειακή υποδομή και ο σχεδιασμός των χώρων αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει ιδιαίτερα σημαντικά στην ικανοποίηση των ασθενών. Ο σωστός σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων των υπηρεσιών υγείας και επαρκής εξοπλισμός διαμορφώνουν λειτουργικό και ευχάριστο περιβάλλον υποδοχής και περίθαλψης του ασθενούς, οπότε 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 αγωγής, 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 εφημερίδας, 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 χώρων και ενεργειών. (Τσουγκα Μ., 2004)

- Η διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα στο νοσοκομείο. Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά μέσα σε ένα νοσοκομείο από προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων και με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης είναι πολλές και συχνά αλληλοσυγκρούονται. Η αποτελεσματικότητα του έργου των νοσοκομείων εξαρτάται από τη καλή οργάνωση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων αυτών. Ουσιαστικό ρόλο στη διακίνηση των ανθρώπων και των υλικών μέσα στο νοσοκομείο παίζει ο σωστός σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων. (Αδαμαντίδου Τ.2004)

### **4.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σε μια εποχή που ολοένα και περισσότερη βαρύτητα δίνεται στα ζητήματα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, πολύ περισσότερο μάλιστα που η Ιατρική τείνει πλέον να επικεντρώσει την προσοχή της στον ασθενή και να εστιάσει στη σχέση γιατρού-ασθενή, η σωστή αποτίμηση της γνώμης των ασθενών έχει πολύ μεγάλη αξία. Άλλωστε, ένα σύστημα υγείας που δεν ικανοποιεί τους καταναλωτές, ανεξάρτητα από την ποιότητα τεχνικής φύσης, δεν υπηρετεί πρωτίστως την κοινωνία.

Η ικανοποίηση των ασθενών στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας αποτελεί, τα τελευταία χρόνια, αντικείμενο διερεύνησης και μελέτης, για πολλούς λόγους. Καταρχήν, επιτρέπει την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τη

σύγκριση διαφορετικών προγραμμάτων ή συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Επίσης, βοηθά στον εντοπισμό των δυσαρεστημένων πελατών που είναι πιθανό να εγκαταλείψουν τον συγκεκριμένο φορέα, κάτι που ενδιαφέρει οπωσδήποτε τους ιδιωτικούς, αλλά πλέον, και τους κρατικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Μακροπρόθεσμα, μπορεί να αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην προσπάθεια για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Η σημασία που έχει η ικανοποίηση των ασθενών για τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγάλη και έχει αντίκτυπο τόσο στη θεραπευτική διαδικασία, όσο και στα οικονομικά του ασθενούς, του υγειονομικού φορέα και του συστήματος υγείας, γενικότερα. Έτσι, ο ικανοποιημένος ασθενής καταρχήν τείνει να είναι περισσότερο συνεργάσιμος και να δείχνει καλύτερη συμμόρφωση στην αγωγή που του συστήνεται, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Αυτό έχει ως συνέπεια μικρότερη οικονομική επιβάρυνση, τόσο για τον ίδιο, όσο και για το σύστημα υγείας. Παράλληλα, είναι περισσότερο πρόθυμος να εκπαιδευτεί και να μάθει για την ασθένειά του, άρα και να την αντιμετωπίσει με μεγαλύτερη επιτυχία. Ως «πελάτης», ελαττώνει την πίεση και τη συναισθηματική φόρτιση του υγειονομικού προσωπικού, μεταφέρει καλές εντυπώσεις στους συγγενείς και στο περιβάλλον του και, τέλος, είναι απίθανο να κάνει μήνυση κατά του φορέα υγείας. Εκτός αυτών, η ικανοποίηση των ασθενών τείνει να διαδίδεται στον πληθυσμό των χρηστών και να βελτιώνει το κύρος του φορέα.

Στον ελλαδικό χώρο, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες δείχνουν, μεταξύ άλλων, αρκετά μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες των κρατικών νοσοκομείων, με σημαντικές βέβαια διαφοροποιήσεις από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και από περιφέρεια σε περιφέρεια. Πρέπει πάντως να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι οι μετρήσεις διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών, παρότι έχουν καθιερωθεί ως πάγια τακτική στον διεθνή χώρο, αποτελώντας στοιχείο του management ολικής ποιότητας, απουσιάζουν από την καθημερινή πρακτική της πλειοψηφίας των ελληνικών νοσοκομείων. Σπάνια, εξάλλου, πραγματοποιούνται αποδεδειγμένα έγκυρες και αξιόπιστες μετρήσεις του βαθμού ικανοποίησης.



#### 4.4 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 ικανοποίησης 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 δυσαρέσκεια 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 όταν 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).

#### **4.5 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

##### **• 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 απαξιωτική 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 μέσω 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.

### **4.6 Η ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ**

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 υγείας, τους συνάδελφους, τους ανώτερους, κι αυτό αυξάνει την αίσθηση ευθύνης ενάντια 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.

Επίσης, η Βελτίωση των διαχειριστικών προγραμμάτων των υπηρεσιών υγείας και οι υψηλότεροι στόχοι οδηγούν και πάλι σε υψηλά επίπεδα απόδοσης των εργαζόμενων. Τα αποτελέσματα μιας έρευνας 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 ότι, 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.



#### 4.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

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

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 (Παπανικολάου Β., 2003).

#### 4.8 ΠΟΙΟΣ ΜΕΤΡΑ

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 έρευνας, θα τροποποιηθούν στάσεις, πολιτικές, στόχοι και προγράμματα, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος που έχουν θέσει. Ποιος όμως θα σχεδιάσει, θα προγραμματίσει και θα διεξάγει την έρευνά;

Αυτό είναι έργο ειδικών επιστημόνων, αλλά προκειμένου 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 ενδιαφερομένων, πρέπει να είναι αποτέλεσμα συνεργασίας πολλών ειδικοτήτων και ειδικά εκπαιδευόμενων ατόμων.

#### **4.9 ΤΙ ΜΕΤΡΑΤΑΙ**

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 σύνδεσης, με όρους ποιότητας, των παραγόντων με αξιολόγησή τους, εκ μέρους των ασθενών και με τις αντιδράσεις των ασθενών, μετριάσμενες όμως, από τις προσωπικές διαφορές.

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 ασθενών. Και αυτό οφείλεται βέβαια στη δυσκολία να χωρέσουν όλες οι απόψεις, στα χρησιμοποιούμενα συστήματα μέτρησης.

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

### **Γνωρίσματα**

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 γνωρίσματα, οι ιδιότητες θεωρούνται υποκειμενικές γνώμες των ασθενών για τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, οργανισμούς ή 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 τους 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 ασθενών, οι διάφορες κατηγορίες 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 έμπειρες και τις συνέπειες, και επηρεάζει τις μετέπειτα σχέσεις του ασθενή με τον προμηθευτή υπηρεσιών υγείας.

Ένας άλλος διαχωρισμός των χαρακτηριστικών της ποιότητας, σύμφωνα με Parasuraman, Zenithal, and Berry, 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». ( Parasuraman, Zenithal, and Berry, 1995).

### **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 ετερογενείας, 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 υποσχεθείσες 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 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 οιαδήποτε σχέση με την παροχή της ιατρικής φροντίδας.

#### **4.10 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΜΑΣ ΔΙΝΟΥΝ ΟΙ ΕΡΕΥΝΕΣ**

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 κατηγορίες 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 βοηθά 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. (Κυριόπουλος Γ., Λιονης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., 2003).

#### **4.11 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

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. (Κυριόπουλος Γ., Λιονης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., 2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:

#### 5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ (Κ. Σουλιώτης, Λ. Δόλγερας, Δ. Κοντός, Χ. Οικονόμου Περίληψη).

Στο κείμενο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα έρευνας σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Η έρευνα στηρίχθηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών.

Οι συλλεχθείσες πληροφορίες αφορούσαν στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και στη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Η έρευνα καταλήγει στη διαπίστωση ότι η δυσαρέσκεια από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σχετίζεται με τους παράγοντες της ξενοδοχειακής υποδομής, της έλλειψης προσωπικού, της καθαριότητας των χώρων και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας. Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών νοσηλευτικών δομών δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες, κυρίως σε ό,τι αφορά στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας. Τέλος, η έρευνα επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών, αυξάνονται όσο κινούμαστε προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες. (Τομέας οικονομικών της υγείας. Εθνική Σχολή δημόσιας υγείας).

#### Εισαγωγή

Στο κείμενο αυτό, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα έρευνας σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στη χώρα μας. Σημειώνεται ότι η έρευνα αυτή, εξέτασε επιπλέον το ζήτημα της ικανοποίησης από την ασφαλιστική κάλυψη, σε συνδυασμό με την πρόθεση και την πρακτική των χρηστών να καταβάλλουν επιπλέον χρήματα, ώστε να καταναλώσουν υπηρεσίες καλύτερης - όπως οι ίδιοι αντιλαμβάνονται - ποιότητας. Σκοπός του άρθρου αυτού



είναι: (α) η αποτύπωση των χαρακτηριστικών των χρηστών των νοσηλευτικών υπηρεσιών και (β) η μέτρηση της ικανοποίησης από τη χρησιμοποίηση νοσοκομειακών υπηρεσιών.

### **Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος**

Η έρευνα στηρίχθηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν το Φεβρουάριο του 2003 με τη βοήθεια της εταιρείας Opinion, σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών, στην περιοχή της Θεσ/νίκης. Οι συλλεχθείσες πληροφορίες αφορούν αφενός στη σκιαγράφηση των χαρακτηριστικών των ασθενών και στην κατάταξη τους ανά κοινωνική τάξη και αφετέρου στη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας, των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων.

Κατ' αρχάς, όσον αφορά στην ηλικία του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό συμπεριλαμβάνεται στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών (23,4%), ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 25-34 (20,6%), 45-54 (19,4%), 15-24 (18,6%) και 55+ (18%). Σχετικά με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (μόρφωση, επάγγελμα και εισόδημα), τα οποία σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών αφού διαμορφώνουν τόσο τις επιλογές μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όσο και τις προσδοκίες από την παρεχόμενη φροντίδα, αυτά αποτυπώνονται στον Πίνακα 1.

Όπως προαναφέρθηκε, στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε η κατηγοριοποίηση των νοικοκυριών σε μια τριτοβάθμια κλίμακα κοινωνικής διαστρωμάτωσης, χρήσιμο ποιώντας ως κριτήρια ιεράρχησης το επάγγελμα του υπεύθυνου της οικογένειας σε συνδυασμό με το μορφωτικό του επίπεδο. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση, (74,3%) εμφανίζεται ατή μεσαία τάξη της κλίμακας. Σημειώνεται ότι για την κατάταξη των νοικοκυριών στις τρεις τάξεις, υιοθετείται η κατηγοριοποίηση που περιγράφεται στον Πίνακα 2:

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, επιχειρήθηκε η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων (1: καθόλου, 2: λίγο, 3: μέτρια, 4: αρκετά και 5: πάρα πολύ) και συσχετίστηκε με τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων, οι πληροφορίες κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με βάση το ποσοστό ανά κλίμακα απαντήσεων. Στους πίνακες και στα διαγράμματα που ακολουθούν,



παρουσιάζεται η ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων του δείγματος ανά κατηγορία απάντησης. Σημειώνεται ότι για την αξιόπιστη αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών, χρησιμοποιούνται τα αποτελέσματα που αφορούν στο ποσοστό του δείγματος που ανταποκρίθηκε στην έρευνα και όχι στο ποσοστό που αφορά στο σύνολο του δείγματος. (Gavin TK, Turner MJ. Methods of surveying patients satisfaction. BMJ, 314-327, 1997)

**Πίνακας 1. Επάγγελμα, εισόδημα και μόρφωση του υπεύθυνου νοικοκυριού.**

Επάγγελμα υπευθύνου του νοικοκυριού	Μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού	Μόρφωση υπευθύνου του νοικοκυριού			
Επαγγελματική Ομάδα Αναλογία %	Κατηγορία (εισοδηματικά κλιμάκια σε ευρώ % )	Αναλογία	Κατηγορία	Αναλογία %	
Αγρότες 0,6	Κάτω από 600	10,3	10,3	Κατώτερη	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες 23,9 έως 10 υπαλλήλους	601-900	14,1	14,1		
Ελεύθεροι Επαγγελματίες 3,1 έως 10 υπαλλήλους	601 -700		16,9	Γυμνάσιο /Λύκειο	42,9
Ελεύθεροι Επαγγελματίες- 7,4 έως 10 υπαλλήλους	701-1.500		15,7	Ανώτερη	
Υπάλληλοι - Επιστήμονες 8,6	1.501-1.800		17,4	Ανώτατη	28,2
Ειδικοί Γενικοί Διευθυντές - 5,5 Προϊστάμενοι	1.800-2.400		7,7	Δεν απάντησαν	2,5
Υπάλληλοι γραφείου 21,5	2.400- 3.000		4,0		
Υπάλληλοι εκτός γραφείου 4,9	Πάνω από 3.000		8,3		
Ειδικευμένοι Υπάλληλοι - 12,3 Χειρωνακτική εργασία	ΔΓ/ΔΑ				
Νοικοκυρές- Εισοδηματίες 2,5			16,9		
Σπουδαστές 1,2					
Άρνηση - Δεν απάντησαν 6,1					

**Πίνακας 2. κοινωνικές τάξεις σε συνδυασμό με το επάγγελμα και τη μόρφωση των υπευθύνων της οικογένειας.**

A-B		C	D-E		
Συγκέντρωση 1 0,3%		Συγκέντρωση 74,3%	Συγκέντρωσ 15,4%		
Επάγγελμα	Μόρφωση	Επάγγελμα	Μόρφωση	Επάγγελμα	Μόρφωση
Ελεύθεροι επαγγελματίες επιστήμονες, ελεύθεροι επαγγελματίες που απασχολούν μέχρι 10 υπάλληλους, ελεύθεροι επαγγελματίες που απασχολούν πάνω από 10 υπάλληλους, διευθυντές, προϊστάμενοι υπάλληλοι γραφείου, συνταξιούχοι εισοδηματίες	Πτυχιούχοι ανώτατων Σχολών	ελεύθεροι που απασχολούν μέχρι 10 υπαλλήλους, ελεύθεροι που απασχολούν πάνω από 10 υπαλλήλους, προϊστάμενοι υπάλληλοι γραφείου, ειδικευμένοι χειρώνακτες, ανειδίκευτοι χειρώνακτες, συνταξιούχοι αγρότες, εισοδηματίες σπουδαστές	Πτυχιούχοι ανωτέρων Σχολών, Απόφοιτοι Λυκείου Γυμνασίου	υπάλληλοι χειρώνακτες, ανειδίκευτοι υπάλληλοι χειρώνακτες, συνταξιούχοι	Απόφοιτοι Δημοτικού κάποιων τάξεων του Δημοτικού Αναλφάβητοι αγρότες, νοικοκυρές, εισοδηματίες

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας, αποκαλύπτουν εξαιρετικά ενδιαφέροντα στοιχεία για τη διαδικασία και τις συνθήκες χρησιμοποίησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας μας, παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν και την ικανοποίηση των χρηστών από αυτές. Ο βαθμός στον οποίο η κοινωνική τάξη επηρεάζει τόσο την επιλογή του φορέα υγείας, όσο και την ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι εμφανής στους παρακάτω πίνακες. Όπως λοιπόν προκύπτει από τον Πίνακα 3, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που χρησιμοποίησε υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ (29,6%) προέρχεται από τις χαμηλές τάξεις στη σχετική κλίμακα (χωρίς όμως μεγάλες αποκλίσεις), σε αντίθεση με τις ιδιωτικές κλινικές, όπου η πελατεία του προέρχεται κυρίως από τα υψηλά (33,3%) και μεσαία (20,8%) κοινωνικά στρώματα. Από τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι:

- (α) Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ (Πίνακας 4), ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων ενώ οι ασθενείς των υψηλών κοινωνικών τάξεων εκφράζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. Πάντως, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, (59,2%) δηλώνει ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες, ενώ από την άλλη υψηλό θεωρείται και το ποσοστό (10,2%) των ερωτηθέντων που δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο από την παρεχόμενη περίθαλψη
- (β) Οι ιδιωτικές κλινικές παρομοιάζουν ένα πολύ υψηλό ποσοστό ικανοποίησης σε όλες τις κοινωνικές τάξεις (Πίνακας 5) και βέβαια στο σύνολο του δείγματος, το 85,9% δηλώνει ικανοποιημένο είτε πάρα πολύ (50,7%), είτε αρκετά (35,2%), από τις παρεχόμενες φροντίδες. Σημειώνεται ότι οι κατηγορίες από μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση, αποτελούν μόλις το 12,7% του δείγματος.

**Πίνακας 3. Ποια Υπηρεσία Υγείας χρησιμοποιήσατε εσείς ή άλλο μέλος της οικογένειάς σας τελευταία φορά.**

Φορέας	Κοινωνική Τάξη							
	ΑΒ		C		D-E		Σύνολο	
	Περιπτώσεις	%	Περιπτώσεις	%	Περιπτώσεις	%	Περιπτώσεις	%
Νοσοκομείο	10	27,8	72	27,7	16	29,6	98	28,0
Ιδιωτική Κλινική	12	33,3	20,8	5	9,3	71	20,3	
Άλλες υπηρεσίες	21	58,3	172	66,2	38	70,4	231	66,0
ΔΓ/ΔΑ	1	2,8	11	4,2	3	5,6	15	4,3
Ερωτώμενοι	36	100	260	100	54	100	350	100

**Πίνακας 4. Ικανοποίηση από Νοσοκομείο του ΕΣΥ**

ικανοποίηση	Κοινωνική Τάξη							
	Α-Β		C		D-E		Σύνολο	
	Περιπτώσεις	%	Περιπτώσεις	%	Περιπτώσεις	%	Περιπτώσεις	%
Πάρα πολύ	220,0	14	19,4	7	43,8	23	23,5	
αρκετά	2	20,00	30	41,7	3	18,8	35	35,7
μέτρια	4	40,00	19	26,4	5	31,3	28	28,6
λίγο	1	1,4	1	1,0				
καθόλου	2	20,00	7	9,7	1	6,3	10	10,2
ΔΙ7ΔΔ			1	1,4			1	1,0
Ερωτώμενοι	10	100	72	100	16	100	98	100

**Πίνακας 5. Ικανοποίηση από ιδιωτική κλινική**

ικανοποίηση	Κοινωνική Τάξη							
	Α-Β		C		D-E		Σύνολο	
	Περ	ιπτώσεις %	Περ	ιπτώσεις %	Περ	ιπτώσεις %	Περ	ιπτώσεις %
Πάρα πολύ	6	50,00	28	51,9	2	40,00	36	50,7
αρκετά	4	33,3	19	35,2	2	40,00	25	35,2
μέτρια	1	8,3	5	9,3	1	20,00	7	9,9
λίγο			1	1,9			1	1,4
καθόλου			1	1,9			1	1,4
ΔΓ/ΔΑ	1	8,3					1	1,4
Ερωτώμενοι	12		54		5		71	

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης, διαπιστώνουμε ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι προσδοκίες των χρηστών, η μέτρηση της ικανοποίησης από τις φροντίδες που παρέχουν, οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Έτσι, η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία υφίσταται σημαντική επιβάρυνση, από την απορρόφηση ενός μεγάλου μέρους των υλικών και ανθρώπινων πόρων στα εξωτερικά ιατρεία - τα οποία επισκέπτεται περίπου το 30% του πληθυσμού - για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες, αν και όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες τα βαρύτερα περιστατικά αντιμετωπίζονται κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία.

Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι η ικανοποίηση από την πλευρά των χρηστών αφορά κυρίως στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας και λιγότερο σε αυτή καθ' αυτή την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και το ιατρικό έργο.

Ανεξάρτητα πάντως από τους επιμέρους παράγοντες ικανοποίησης, η συνεχής ανάπτυξη ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, φαίνεται πως αντανακλά την αυξημένη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες, ως απόρροια της γενικότερης αίσθησης των πολιτών ότι στον ιδιωτικό τομέα θα καταναλώσουν υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας. (Σουλιώτης Κ, Αθήνα 2000).

Μια άλλη διάσταση της έρευνας που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι η διαφαινόμενη συσχέτιση της κοινωνικής τάξης και της εκφρασμένης ικανοποίησης από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, από την έρευνα επιβεβαιώνεται η υπόθεση ότι οι, απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών αυξάνονται όσο κινούμαστε προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες.



Η διάσταση αυτή των ερευνών ικανοποίησης έχει επιβεβαιωθεί και από αντίστοιχες ευρωπαϊκές έρευνες, απ' όπου προκύπτει ότι οι προσδοκίες των ασθενών για τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας, συνιστούν τον σημαντικότερο παράγοντα της εκφρασμένης ικανοποίησης από αυτές. (Ινστιτούτο Πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών ερευνών, Αθήνα 2000).

Ένα άλλο τέλος ζήτημα που αξίζει να τονιστεί, «φορά στη διαφορά των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας από αντίστοιχες έρευνες, οι οποίες ακολούθησαν διαφορετική μεθοδολογία ως προς την επιλογή του δείγματος, τις ερωτήσεις και τις κλίμακες απαντήσεων. Το εύρος αυτών των διαφορών αποδεικνύει ότι οι έρευνες ικανοποίησης είναι ιδιαίτερα "ευαίσθητες" σε σχέση με τη μεθοδολογία που ακολουθούν, καθώς το υποκειμενικό στοιχείο το οποίο αποτυπώνουν είναι ευμετάβλητο. Σε κάθε πάντως περίπτωση, η αναγκαιότητα τους είναι δεδομένη, αφού συνιστούν τρόπο έκφρασης και αποτύπωσης της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των πολιτών και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη χάραξη της πολιτικής υγείας, διότι: (α) συνιστούν δεξαμενές άντλησης πληροφοριών, (β) λειτουργούν ως εργαλείο βελτίωσης της διαχείρισης των νοσοκομείων και (γ) δημιουργούν τις προϋποθέσεις για επιλογές στόχων διαχείρισης με βάση τις προτιμήσεις των καταναλωτών

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

#### 6.1 ΣΥΣΤΗΜΑ COCHARANE

Ο Cocharane 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 τρόπο για το 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;

#### 6.2 ΣΥΣΤΗΜΑ 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» θεωρούνταν 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 των 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).**

### **6.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ 5 «D:L»**

Η κατηγοριοποίηση των 5<D, (death, disease, discomfort, disability, dissatisfaction), όπως ονομαζόταν η διάκριση σε 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).

### **6.4 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 Parasuraman et al. 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 στις κλινικές. (Parasuraman et al ,1985).

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 9) Πρόσβαση 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. ποία αγωγή ήλπιζαν ότι θα λάβουν και πια 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 κα 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 παράλληλα 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 «ευπρόληπτος» 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 τη 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 εξατομικευμένες 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

## **6.5 SERV.PERF = SERVICE PERFORMANCE**

Εναλλακτικές, στο παραπάνω σύστημα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών, είναι οι προσπάθειες των Joseph Cronin & Steven Taylor, να μετρηθεί ως τελούμενη πράξη, αυτή καθ' εαυτή η παροχή υπηρεσιών, (service performance) και να εξετασθεί 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 παρεχόμενης υπηρεσίας επηρεάζει σοβαρά τις προθέσεις του;

Η διαφοροποίηση σε θεωρητικό επίπεδο έγκειται, στο ότι ενώ στο SERVQUAL μελετάται 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.

### **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 με 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 την εκμείευση της γνώμης των ασθενών, είναι τα ερωτηματολόγια, τα οποία αποτελούν βασικές ευκαιρίες για κλιμάκωση και διερεύνηση των απαντήσεων. (Joseph Cronin & Steven Taylor, 1992).

## Ερωτηματολόγια

Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από σύνολα γραπτών ερωτήσεων, που απατώνται από το άτομο- στόχο. Με το ερωτηματολόγιο γίνεται με 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 πως 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 ερωτήσεων είναι : οι ανοικτές, οι πολλαπλής επιλογής και οι ερωτήσεις κλίμακας.

A) 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.

B) 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 συγκλυμένος. 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 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, ανά 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 τηλεόρασης κ.τ.λ.).

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 ομάδα συγκεντρώσεις (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 αιτιών 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, αντενδείκνυται 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, την 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 καλύτερη 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 δημόσιων 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.

### **6.6 ΕΙΔΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ**

#### **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 της υπηρεσίας 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 υπαισέρχονται παράγοντες όπως π.χ. η ηλικία και το φίλο, 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 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 το δικό τους τρόπο. Αυτό μερικές φορές δίνει παράλληλες πληροφορίες και οδηγεί στην 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 μίας, όλα τα σχόλια που αναφέρονται στους γιατρούς, τις νοσηλεύτριες, τους διοικητικούς, στις συνθήκες εισαγωγής, τι 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.α. 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 τον έλεγχο στατιστικών προβλημάτων.

Οι απαντήσεις που συνίστανται σε γραπτά σχόλια, συχνά περιέχουν για τον ερμηνευτή, 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.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

#### 7.1 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.

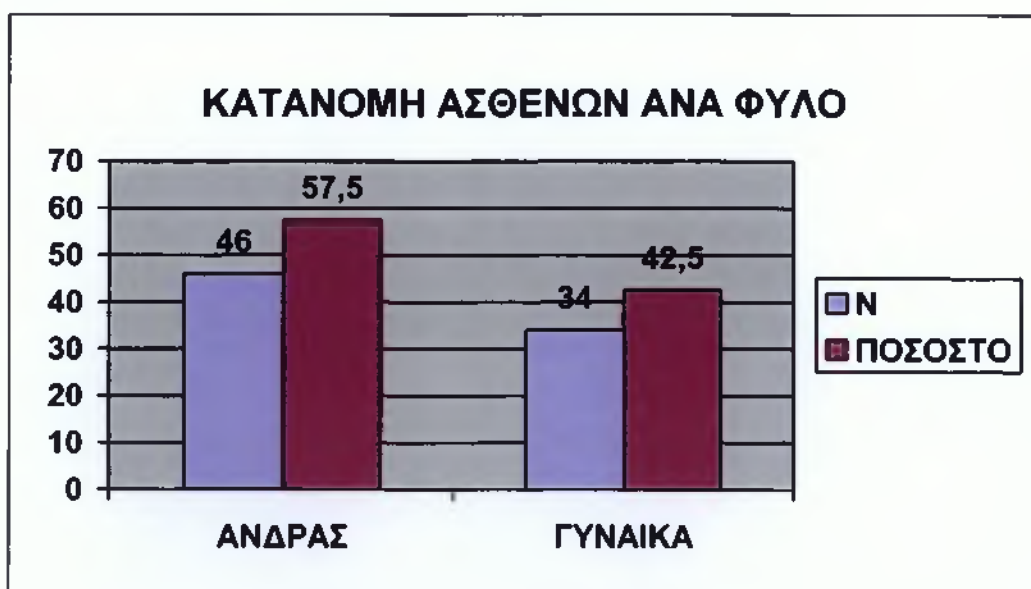
Παρακάτω, παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων, σύμφωνα με τις ενότητες του ερωτηματολογίου.

##### 7.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.

###### 1. Κατανομή ασθενών ανά φύλο.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N(αριθμός ασθενών)	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	46	57,5
ΓΥΝΑΙΚΑ	34	42,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

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



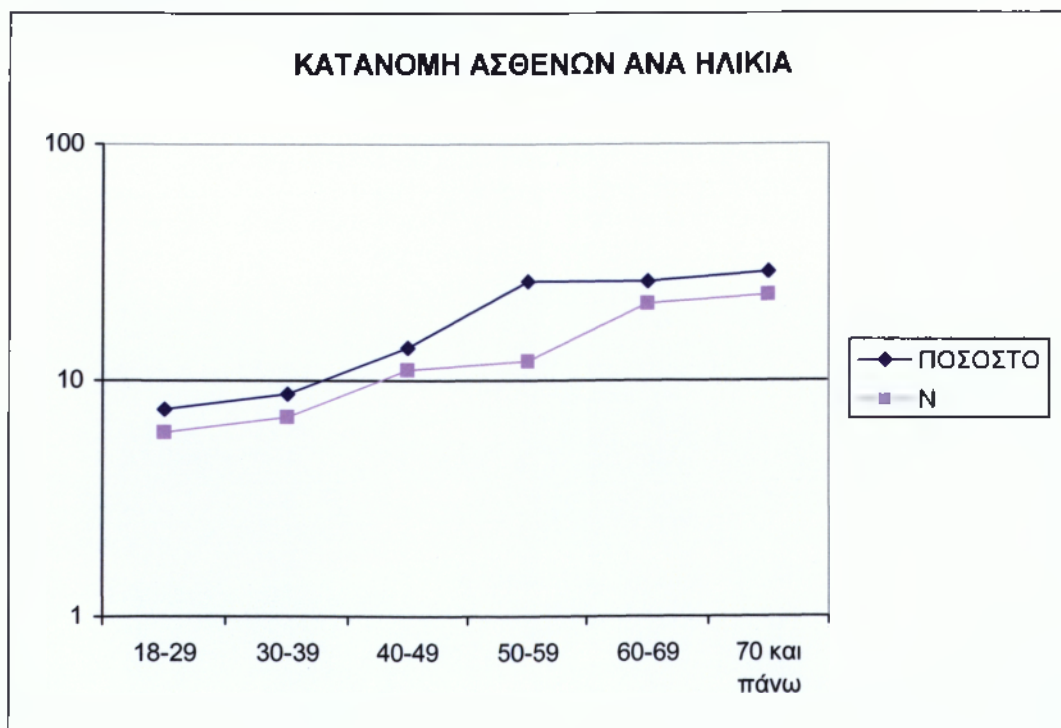


## 7.2 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 2.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
18-29	6	7,5
30-39	7	8,75
40-49	11	13,75
50-5	12	15,00
60-69	21	26,25
70 κι άνω	23	28,75
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, το μεγαλύτερο ποσοστό (28,75%) των νοσηλευθέντων ασθενών στο Γ.Ν.Κ ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 70 κι άνω. Έπονται οι ηλικίες 60-69 με ποσοστό 26,25% , οι ηλικίες 50-59 με ποσοστό 15% και οι ηλικίες 40-49 με ποσοστό 13,75%. Μικρό ποσοστό , 8,75% και 7,50% , αποτελούν οι ηλικιακές ομάδες 3-39 και 18-29 , αντίστοιχα.



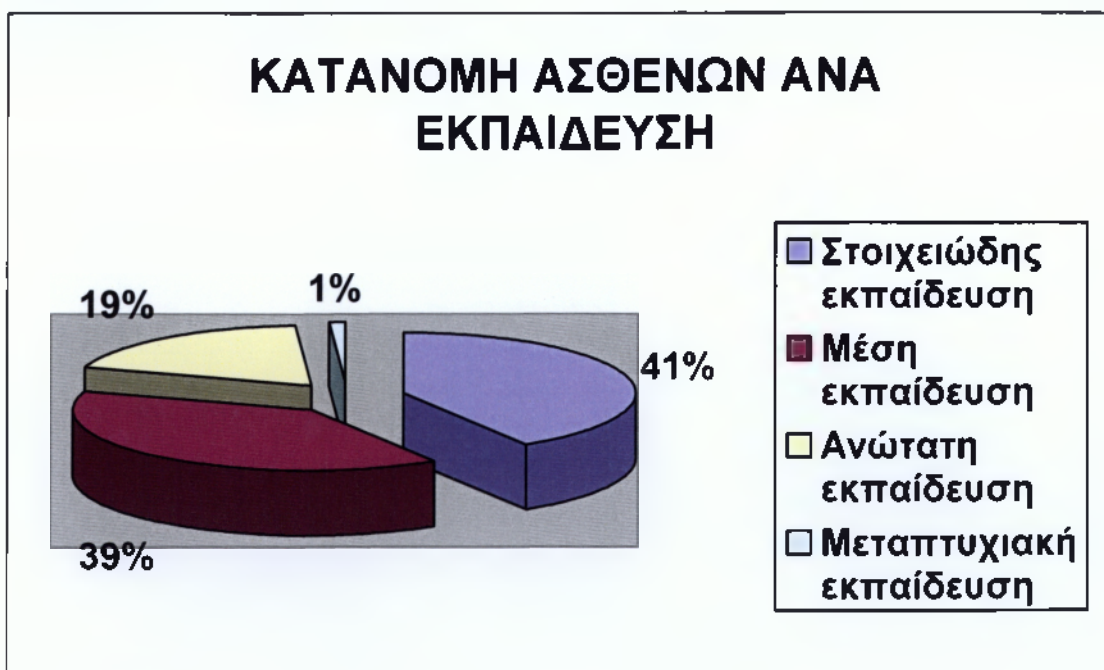
### 7.3 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Πίνακας 3

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	33	41,25
ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	31	38,75
ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	15	18,75
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Ο Πίνακας 3 δείχνει ότι το 41,25% των ασθενών του δείγματος.

Έχει στοιχειώδη εκπαίδευση και το 38,75% έχει τελειώσει τη μέση εκπαίδευση. Την ανώτατη έχει τελειώσει το 18,75% και την μεταπτυχιακή εκπαίδευση μόλις το 1,25%.

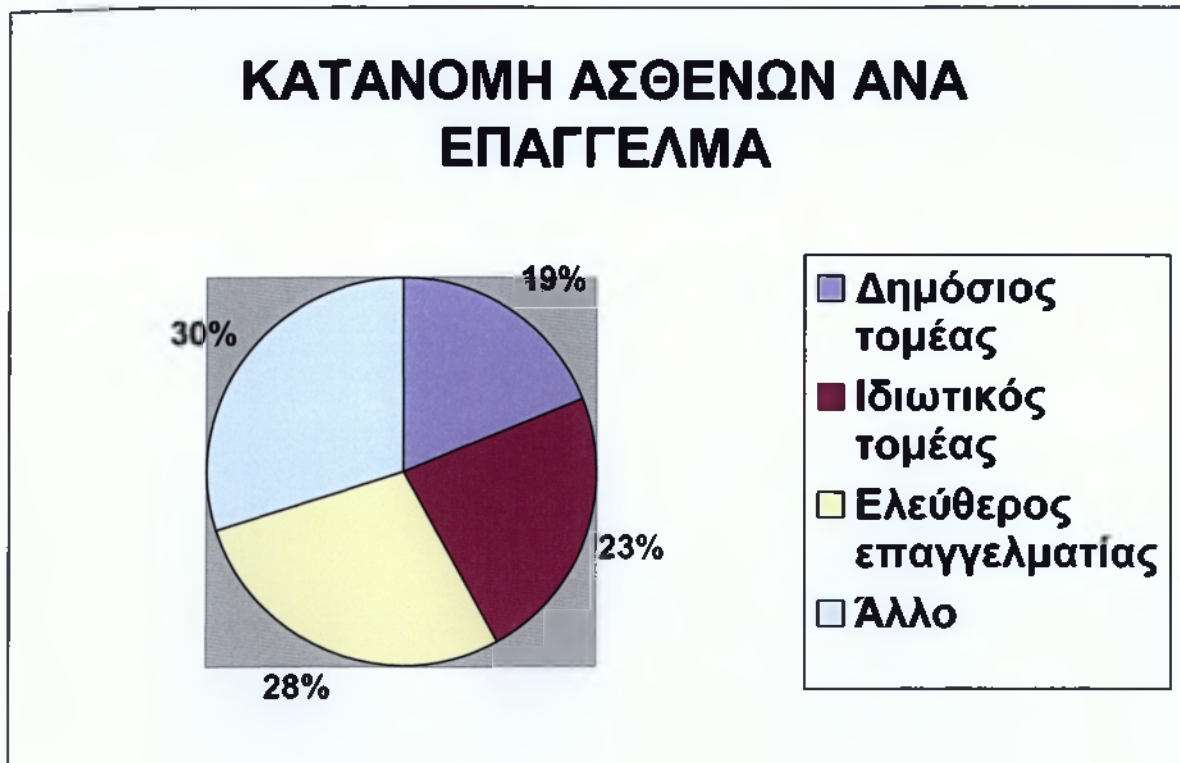


#### 7.4 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.

Πίνακας 4.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	15	18,75
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	18	22,5
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	2	27,5
ΆΛΛΟ	25	31,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Όπως διαπιστώνεται από τον Πίνακα 4, ποσοστό 18,75% των ασθενών ανήκει στον δημόσιο τομέα, στον Ιδιωτικό τομέα ανήκει το 22,5% των ασθενών και στους Ελεύθερους επαγγελματίες ανήκει το 27,5%. Το μεγαλύτερο ποσοστό (31,25%) ανήκει σε ασθενείς που δεν κατατάσσονται στις πάνω κατηγορίες.



## 7.5 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Πίνακας 5

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΚΑ	31	38,75
ΤΕΒΕ	7	8,75
ΟΓΑ	13	16,25
ΆΛΛΟ	29	36,25
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 5, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (38,75%) ανήκει στο ΙΚΑ. Μεγάλο ποσοστό του δείγματος (16,25%) ανήκει στον ΟΓΑ. Στο ΤΕΒΕ ανήκει το 8,75% του δείγματος.

Το 36,25% των ασθενών είτε ανήκει σε άλλα ταμεία, είτε δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη.



## 7.6 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΤΡΟΠΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Πίνακας 6.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΑΝ ΕΠΕΙΓΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	31	38,75
ΣΑΝ ΤΑΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	29	36,25
ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑΤΡΟΥ	20	25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

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





## 7.7 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.

### 7.7.1 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ.

Πίνακας 7.

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

Όπως διαπιστώνεται από τον Πίνακα 7, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (95%) υπήρξε ικανοποιημένο από τη γενική καθαριότητα.

Το 5% τη θεώρησε μέτρια και κανένας (0%) δεν υπήρξε μη ικανοποιημένος.



## 7.8 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Πίνακας 8.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	69	86,25
ΜΕΤΡΙΑ	10	12,5
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Από τον Πίνακα φαίνεται ότι το 86,25% του δείγματος ήταν ικανοποιημένο από την ποιότητα της διατροφής. Το 12,5% τη χαρακτήρισε μέτρια και το 1,25% κακή.



## 7.9 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΣΥΧΙΑ

Πίνακας 9.

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

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

Και το 1,25% όχι.



## 7.10 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Πίνακας 10.

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

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

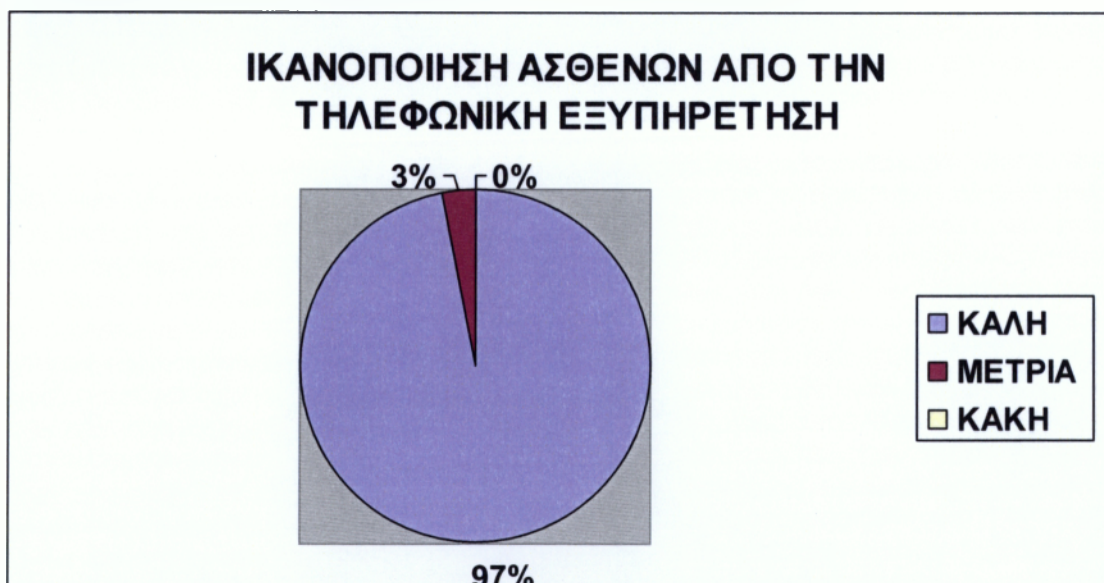


## 7.11 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ.

Πίνακας 11.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,5
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,5
ΚΑΚΗ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

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





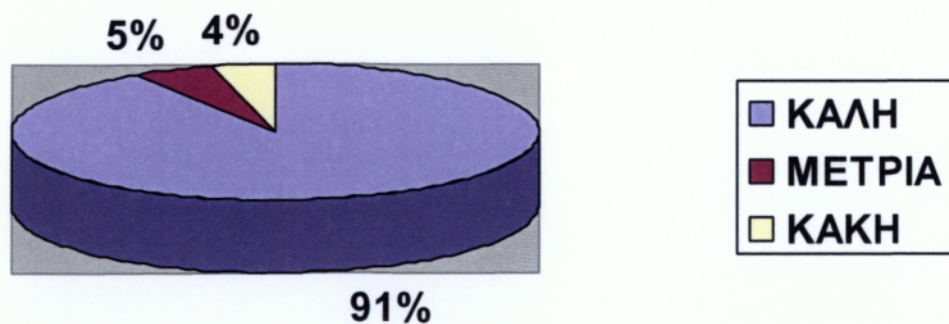
## 7.12 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

Πίνακας 12.

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

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

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

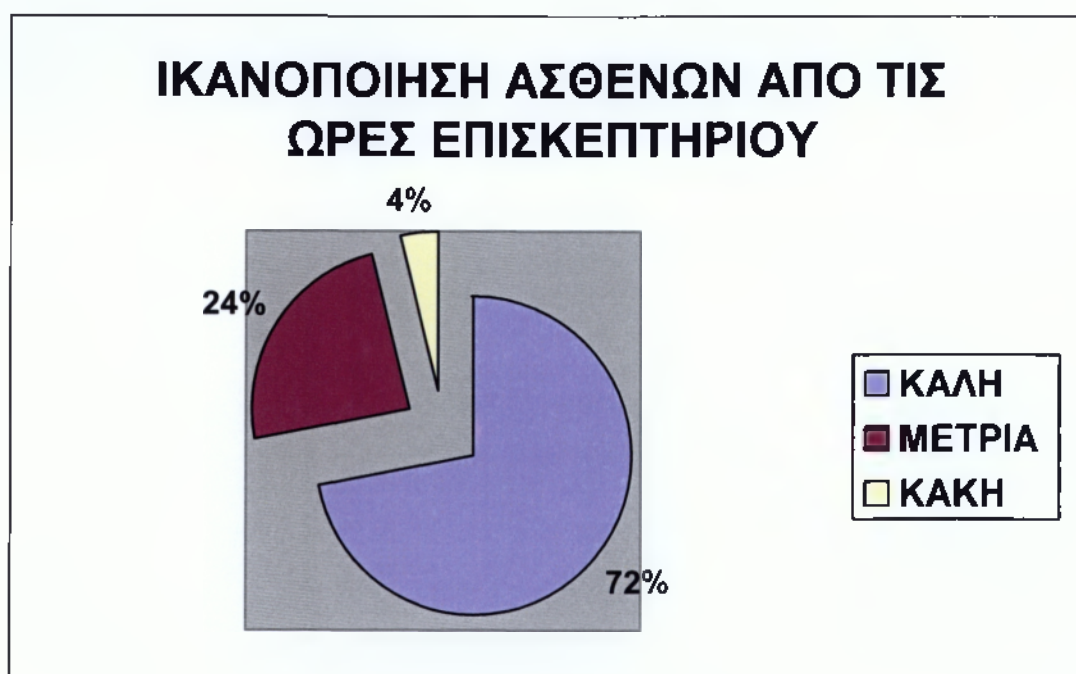


### 7.13 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΩΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟΥ

Πίνακας 13.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	58	72,5
ΜΕΤΡΙΑ	19	23,75
ΚΑΚΗ	3	3,75
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

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



### 7.1.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

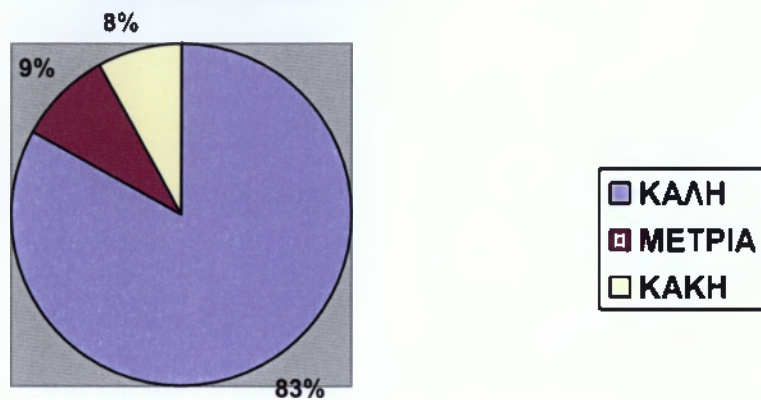
### 7.14 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

Πίνακας 14

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	67	83,75
ΜΕΤΡΙΑ	7	8,75
ΚΑΚΗ	6	7,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Όπως μας δείχνει ο Πίνακας 14, το 83,75% των ασθενών ήταν ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Το 8,75% ήταν μέτρια ικανοποιημένο και το 7,5% ήταν δυσαρεστημένο.

## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



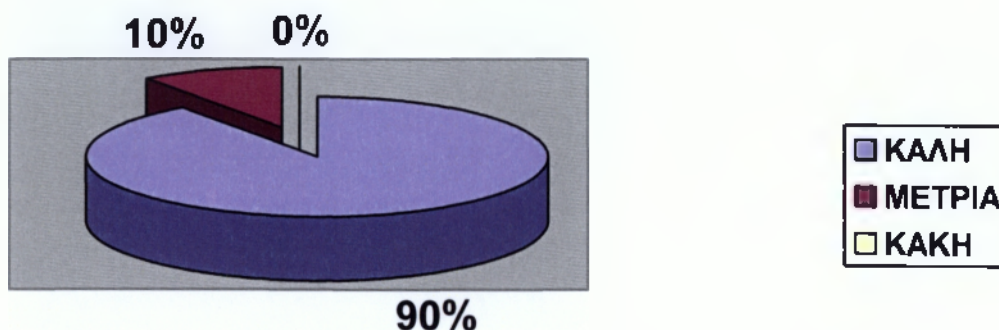
**7.15 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.**

**Πίνακας 15.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	72	90
ΜΕΤΡΙΑ	8	10
ΚΑΚΗ	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

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

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



### 7.16 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

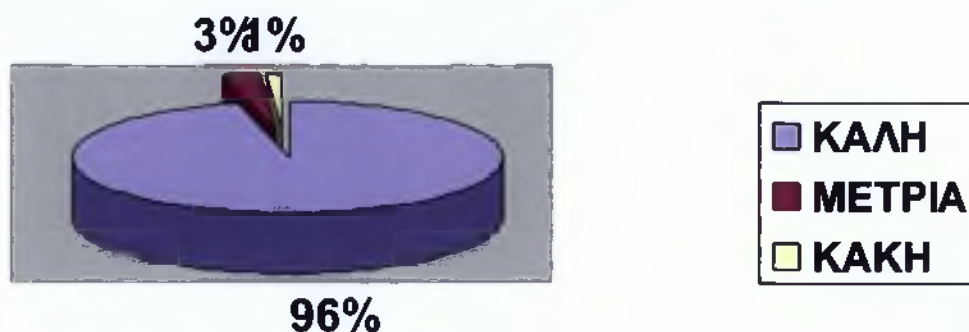
Πίνακας 16.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	96,25
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,5
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 16, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (96,25%) υπήρξε ικανοποιημένο από την ευκολία στις διαδικασίες του διοικητικού προσωπικού. Ένα ποσοστό 2,5% υπήρξε μέτρια ικανοποιημένο και το μικρότερο ποσοστό (1,25%) δεν υπήρξε ικανοποιημένο.



## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



### 7.1.4 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

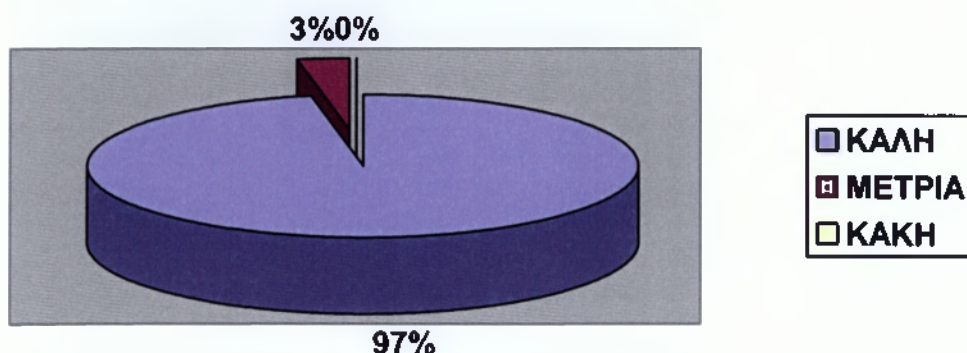
### 7.17 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

**Πίνακας 17.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,5
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,5
ΚΑΚΗ	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Όπως αποδεικνύεται από τον Πίνακα 17, το 97,5% των ερωτηθέντων ασθενών ήταν ικανοποιημένο από τις επιστημονικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και το υπόλοιπο 2,5 % ήταν μέτρια ικανοποιημένο .

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



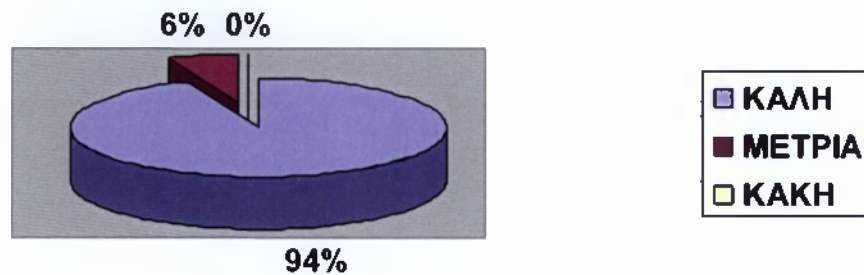
### 7.18 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

Πίνακας 18.

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

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

## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



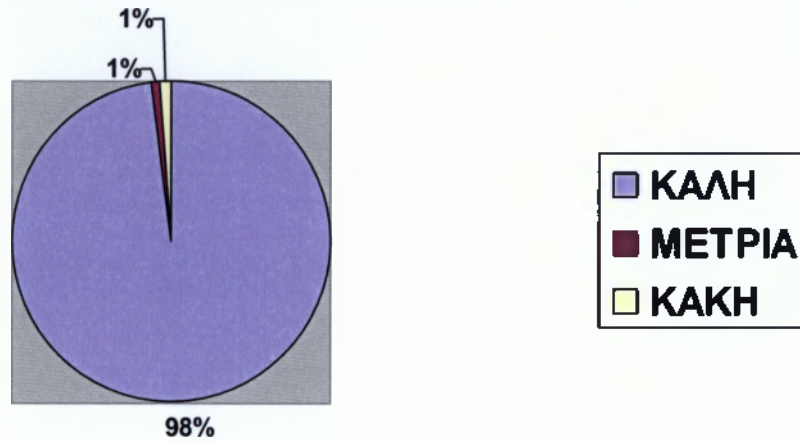
### 7.19 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

Πίνακας 19

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,5
ΜΕΤΡΙΑ	1	1,25
ΚΑΚΗ	1	1,25
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 19, το δείγμα στο μεγαλύτερο ποσοστό του (97,5%) ήταν ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. Το 1,25% του δείγματος ήταν μέτρια ικανοποιημένο και το υπόλοιπο 1,25% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο.

## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



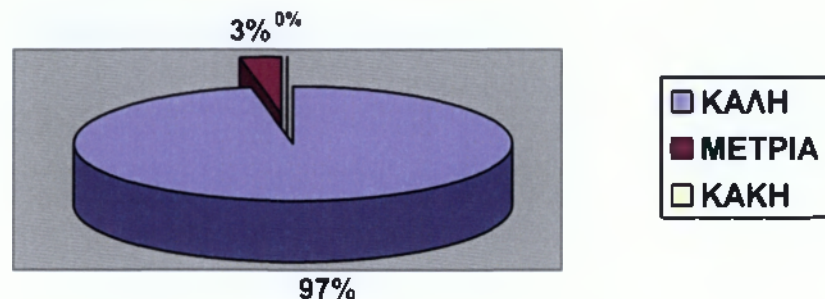
### 7.20 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .

**Πίνακας 20.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	97,47
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,53
ΚΑΚΗ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

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

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**



**7.1.5 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.**

**7.21 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.**

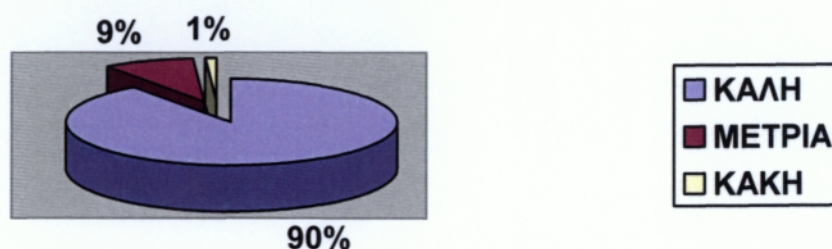
Πίνακας 21.

<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>N</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΚΑΛΗ</b>	72	90
<b>ΜΕΤΡΙΑ</b>	7	8,75
<b>ΚΑΚΗ</b>	1	1,25
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

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



## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



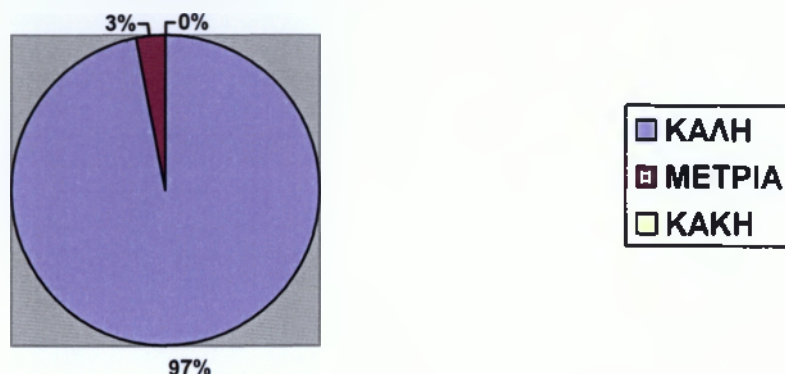
### 7.22 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

**Πίνακας 22**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	78	97,5
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,5
ΚΑΚΗ	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Η επιδεξιότητα του ιατρικού προσωπικού ικανοποίησε το 97,5% των ερωτηθέντων ασθενών και ικανοποίησε μέτρια το υπόλοιπο 2,5% αυτόν.

## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



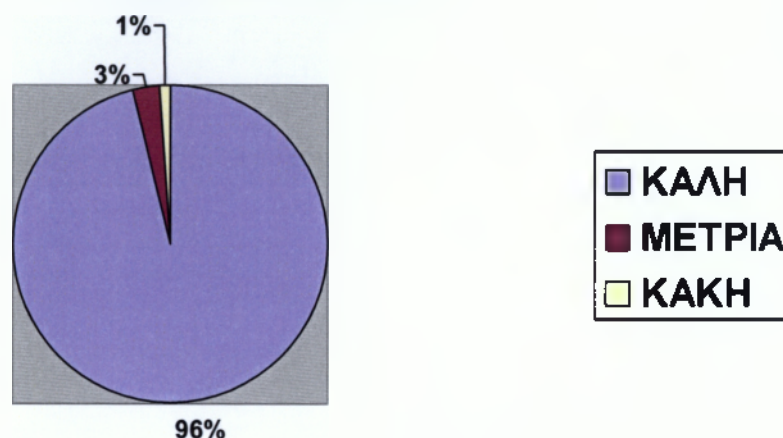
### 7.23 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Πίνακας 23.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	96,25
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,5
ΚΑΚΗ	1	1,25
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

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

## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



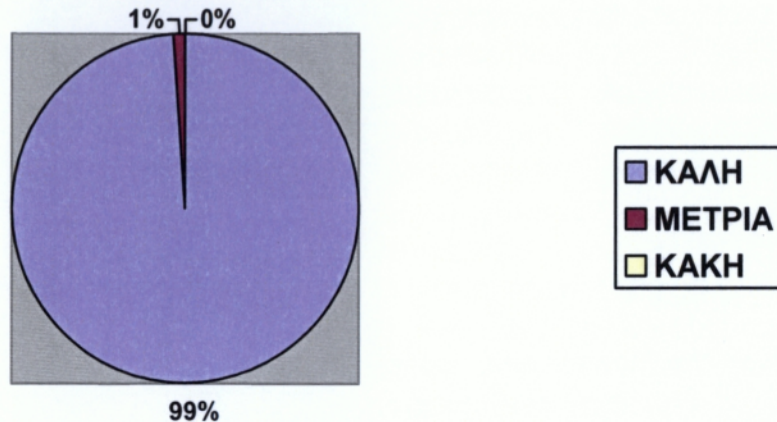
### 7.24 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

Πίνακας 24.

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

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

## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



### 7.1.6 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .

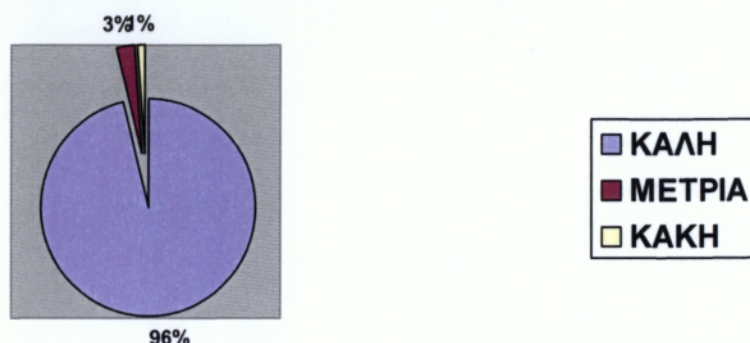
### 7.25 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

**Πίνακας 25.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	77	96,25
ΜΕΤΡΙΑ	2	2,5
ΚΑΚΗ	1	1,25
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

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

### ΙΚΑΝΟΠΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



### 7.26 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.

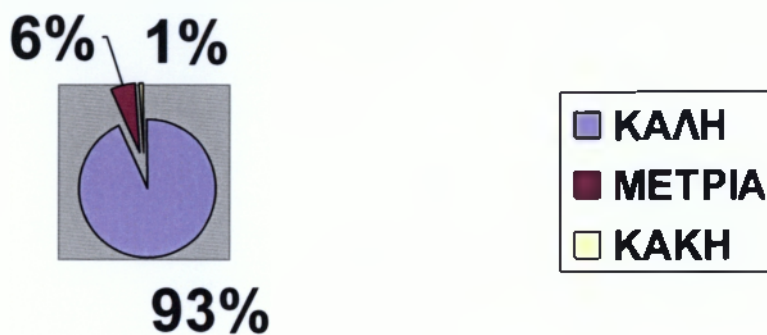
Πίνακας 26.

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

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



## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ



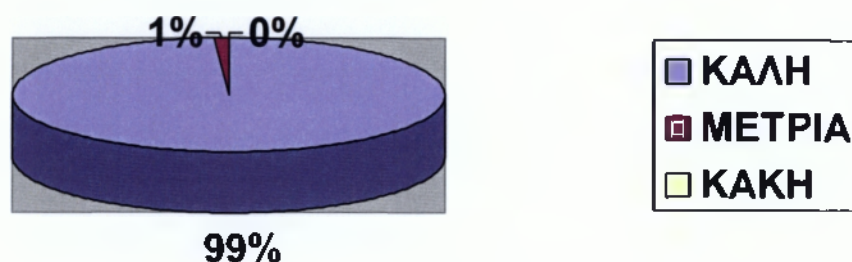
### 7.27 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

Πίνακας 27.

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

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

## ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



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

Πίνακας 28

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Ν	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΛΗ	69	88,46
ΜΕΤΡΙΑ	8	10,26
ΚΑΚΗ	1	1,28
ΣΥΝΟΛΟ	80	100

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

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



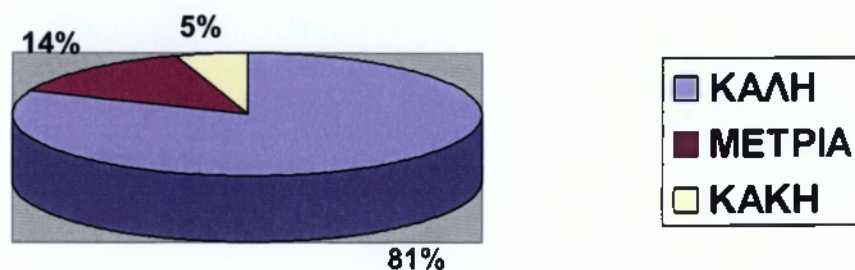
### 7.1.7 ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Πίνακας 29

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

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

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



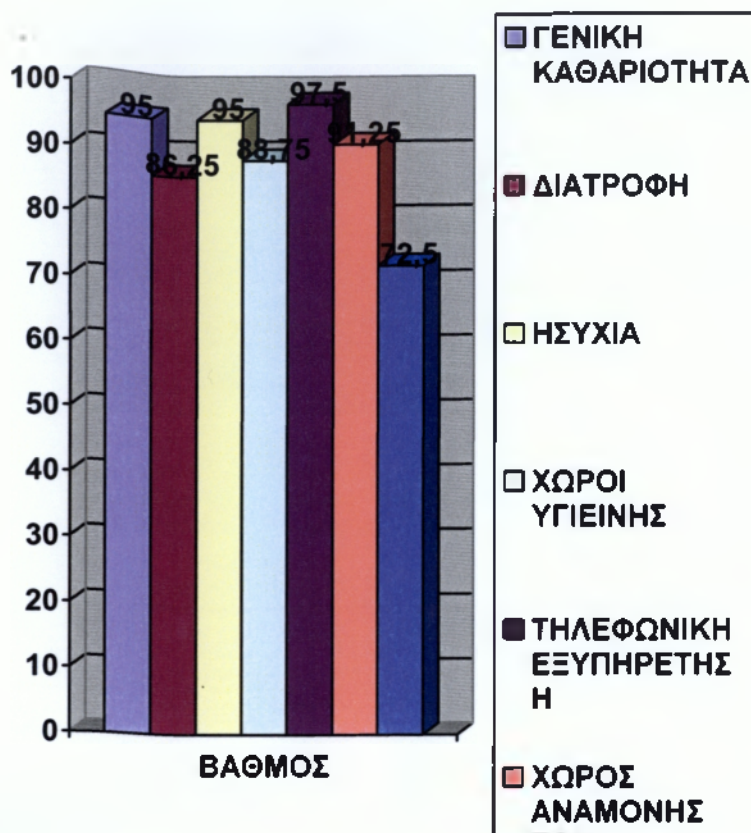
### 7.1.8 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΕΩΣ.

α) Συνολική ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή φροντίδα.

Πίνακας 30

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	95
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	86,25
ΗΣΥΧΙΑ	95
ΧΩΡΟΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	88,75
ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	97,5
ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ	91,25
ΩΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟΥ	72,5
ΣΥΝΟΛΟ	89,46

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



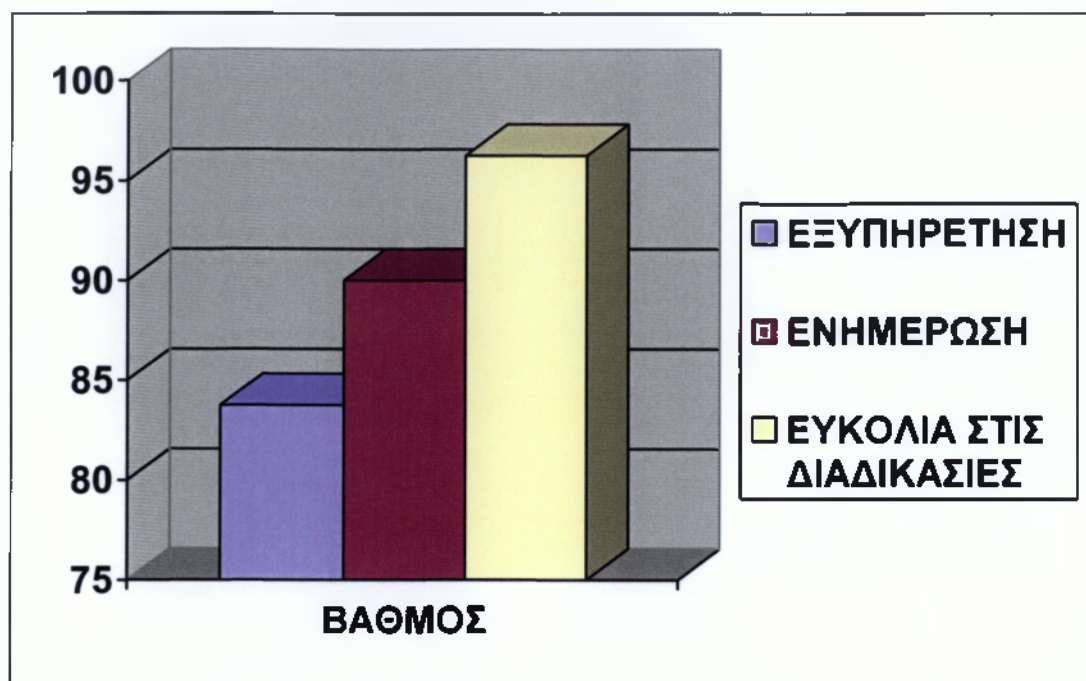
β)Συνολική ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό.

Πίνακας 31.

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

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



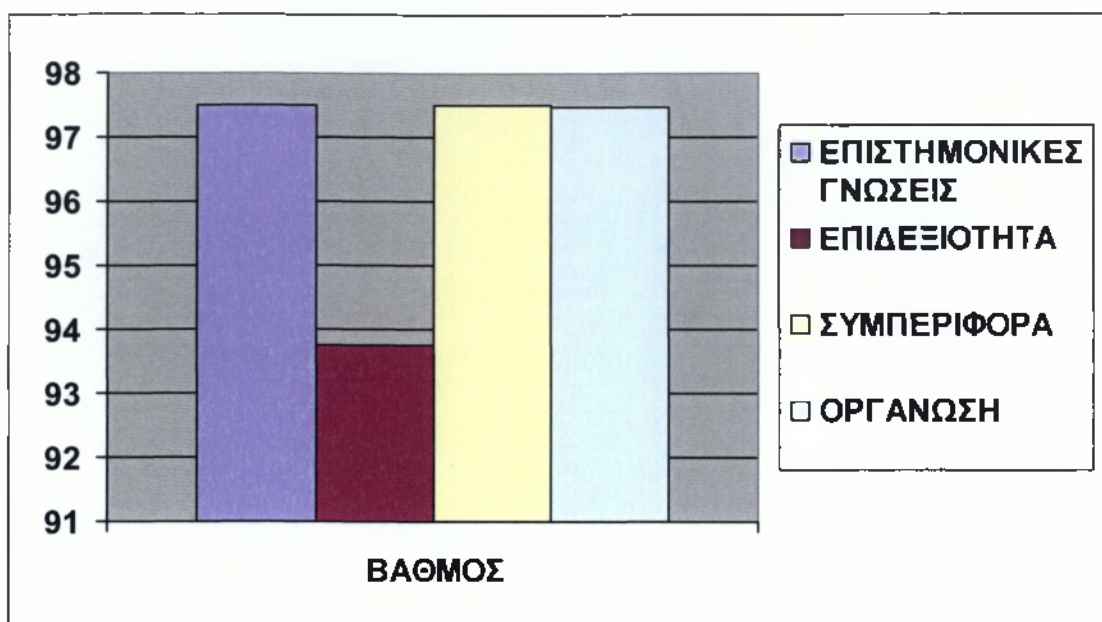


γ) Συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 32

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	97,5
ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	93,75
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	97,5
ΟΡΓΑΝΩΣΗ	97,47
ΣΥΝΟΛΟ	96,56

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

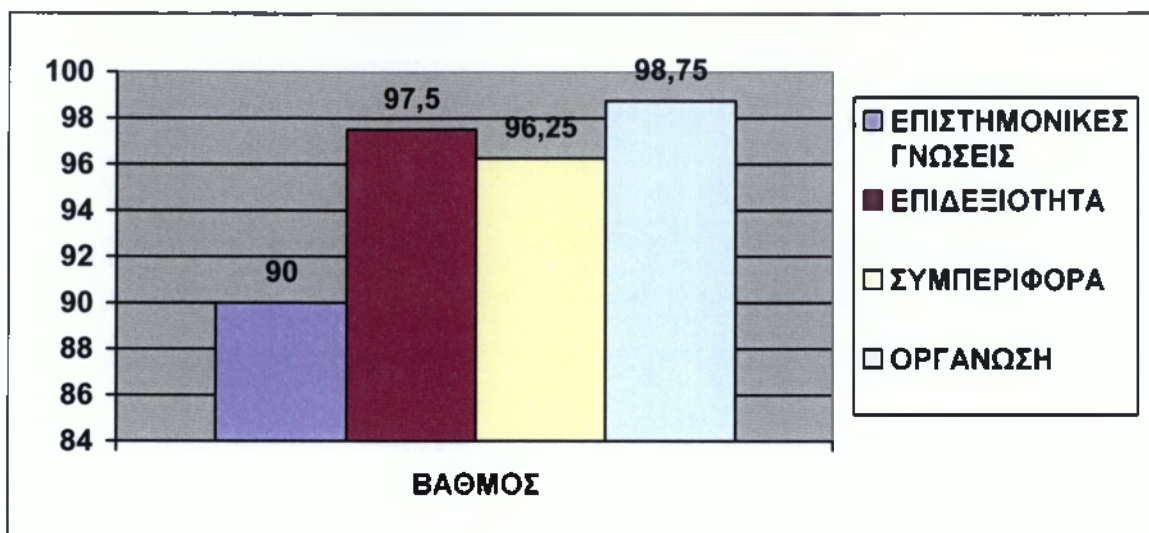


δ) Συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

Πίνακας 33.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	90
ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	97,5
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	96,25
ΟΡΓΑΝΩΣΗ	98,75
ΣΥΝΟΛΟ	95,63

Όπως δείχνει ο Πίνακας 33 , η συνολική ικανοποίηση του δείγματος από το ιατρικό προσωπικό ήταν 95,63%

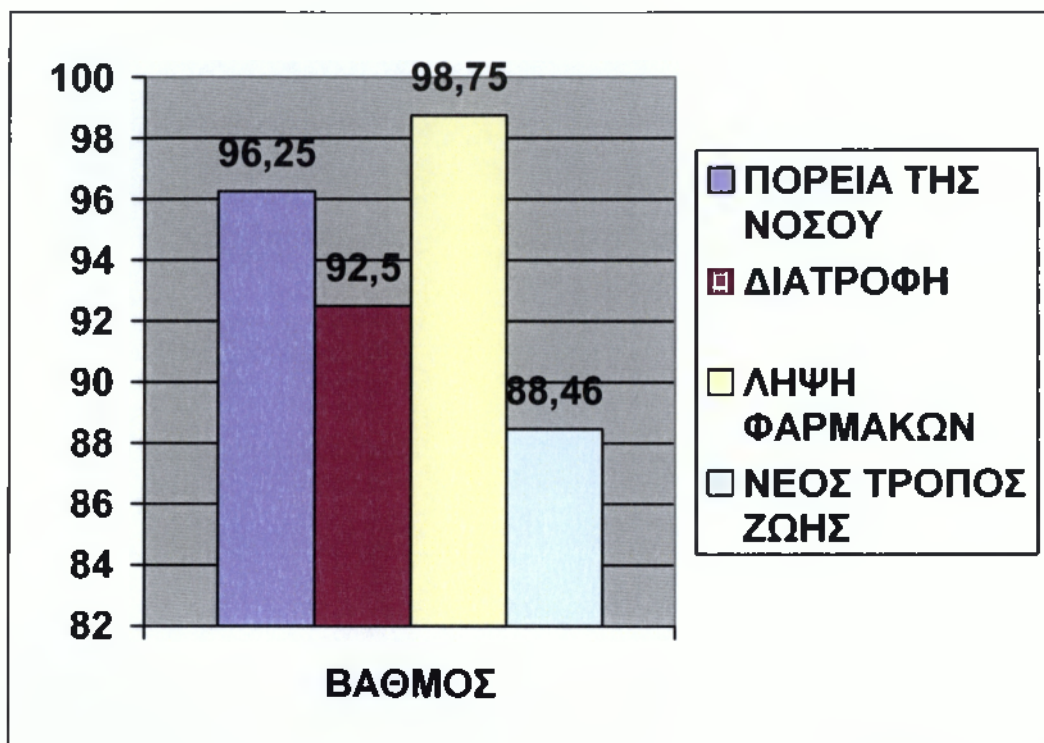


ε) Συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού.

Πίνακας 34.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ
ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	96,25
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	92,5
ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	98,75
ΝΕΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ	88,46
ΣΥΝΟΛΟ	93,99

Όπως δείχνει ο Πίνακας 34, η συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού ήταν το 93,99%.

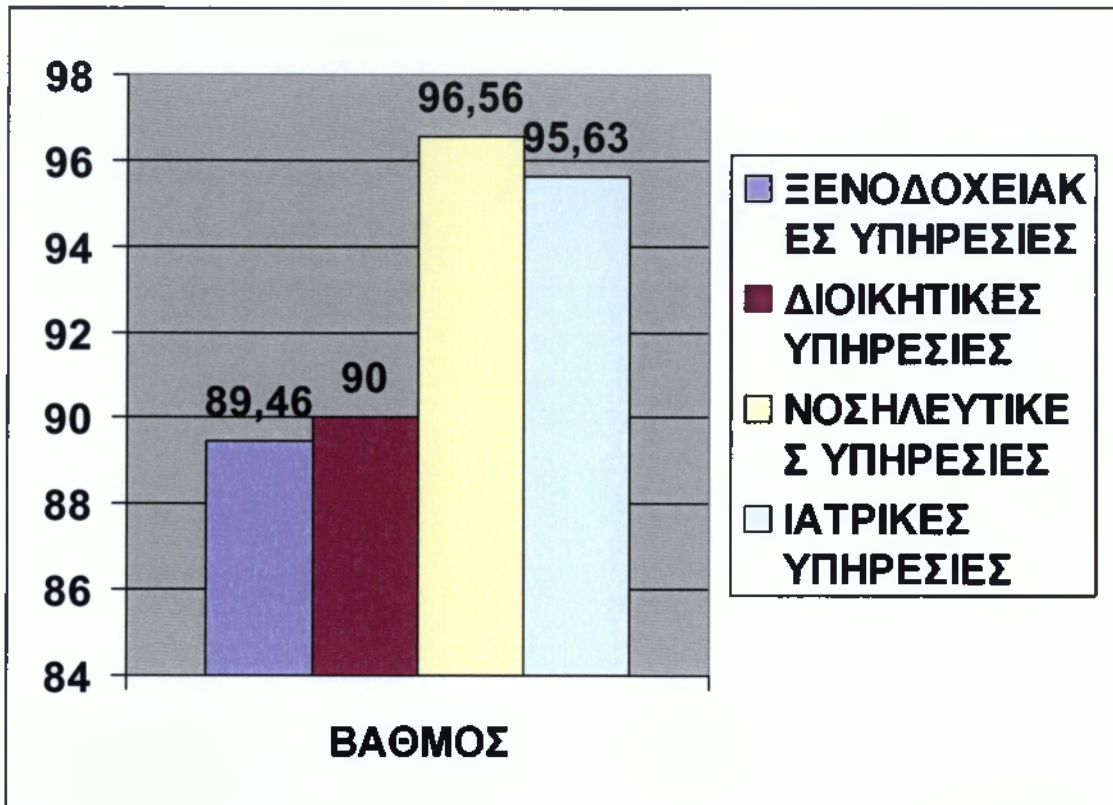


ζ) Ικανοποίηση ασθενών από τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου.

Πίνακας 35.

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

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 35 , το ποσοστό της ικανοποίησης των ασθενών από την συνολική εικόνα του νοσοκομείου ήταν 91,15%.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

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

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

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

Όσον αφορά την ξενοδοχειακή φροντίδα, η ικανοποίηση των ασθενών ήταν μεγάλη (89,46%). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης ικανοποίησης για τη γενική καθαριότητα του νοσοκομείου (95,00%), για την διατροφή (86,25%), την ησυχία (95,00%), τους χώρους υγιεινής (88,75%), την επικοινωνία με το εξωτερικό περιβάλλον μέσω τηλεφώνου (97,50%), καθώς και για την εξυπηρέτηση στους χώρους υγιεινής των επισκεπτών (91,25%). Τον χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης συγκεντρώνουν οι ώρες επισκεπτηρίου (72,50%).

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

ενημέρωση (90,00%), ενώ το χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης συγκεντρώνει η εξυπηρέτηση τους από το διοικητικό προσωπικό.

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

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

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

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

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

ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υγείας είναι μέτριος έως υψηλός για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες

- ο βαθμός ικανοποίησης είναι πολύ υψηλός για το διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό

- η συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού, συγκεντρώνει υψηλό ποσοστό

- η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις συνθήκες παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν μέτριες έως υψηλές.

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

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

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

Η μελέτη αυτή έγινε για να βοηθήσουμε στην κατανόηση των προβλημάτων των ασθενών, τόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό επίπεδο, όσο και στην καλύτερη οργάνωση των ξενοδοχειακών και διοικητικών υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

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

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

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

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

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

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### **Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.**

Είναι προφανές, ότι κάθε δράση ή μέτρο που θα επιλύει ένα από τα προβλήματα και θα βελτιώνει έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, θα βελτιώνει και την ποιότητα συνολικά.

Οι δράσεις αυτές, είναι πάρα πολλές και διαφέρουν ανάλογα με τη μονάδα υγείας, επομένως η παρουσίαση τους εκφεύγει από τα όρια της παρούσας εργασίας. Από τη στιγμή όμως που η διοίκηση των μονάδων υγείας βρίσκεται πλέον σε χέρια ειδικών επιστημόνων και υπάρχουν οι αντίστοιχες διοικητικές δομές, είναι σκόπιμο να παρουσιάσουμε τις πλέον καθιερωμένες μεθόδους αποτίμησης, διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας.

Οι μέθοδοι αυτές, αποτελούν στην ουσία εναλλακτικές προτάσεις για την ηγεσία και τη βελτίωση της ποιότητας σε κάθε οργανισμό. Η εφαρμογή τους, θα διαμορφώσει ένα γενικό πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας, από το οποίο θα εκπορεύονται οι επιμέρους δράσεις.

Οι διοικήσεις λοιπόν, θα μπορούσαν να εφαρμόσουν:

1. Προγράμματα Ποιοτικού Ελέγχου, ο οποίος είναι «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να



δημιουργεί καινούρια». Ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, περιλαμβάνει την ανάπτυξη προτύπων, την περιγραφή της κατάστασης, την αξιολόγηση για τον εντοπισμό των προβλημάτων, τις διορθωτικές ενέργειες και την επαναξιολόγηση, στην ουσία δηλαδή, μοιάζει με τη γενικότερη διοικητική λειτουργία του ελέγχου. Μειονέκτημα του είναι ότι διορθώνει τις αδυναμίες «εκ των υστέρων».

2. Προγράμματα Διασφάλισης της Ποιότητας, που ορίζεται ως «το σύνολο προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληρεί ορισμένες προδιαγραφές». Η Διασφάλιση της ποιότητας, κατοχυρώνει «εκ των προτέρων», ότι το προϊόν ή η υπηρεσία θα συμφωνεί με τις προδιαγραφές, οι οποίες πρέπει να έχουν καθοριστεί με ακρίβεια. Στις επιχειρήσεις η διασφάλιση της ποιότητας, γίνεται με τη βοήθεια των προτύπων ISO, όπως αναφέρθηκε.

Στις μονάδες υγείας η διασφάλιση της ποιότητας, είναι μάλλον αδύνατο να εφαρμοστεί στο ιατρικό κλινικό έργο, αφού οι προδιαγραφές της ποιότητας των πράξεων, είναι δύσκολο να καθοριστούν. Μπορεί όμως να εφαρμοστεί στον εργαστηριακό ιατρικό τομέα και πολύ περισσότερο σε δραστηριότητες διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές, διακίνησης ασθενών, επιλογής προσωπικού, κ.ά.

3. Προγράμματα Κύκλων Ποιότητας, δημιουργία δηλαδή ομάδων στελεχών / εργαζομένων, από 2 έως 12 άτομα, που εργάζονται σε παραπλήσιους τομείς και εθελοντικά, συναντιόνται τακτικά για να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα εργασίας τους. Η μέθοδος αυτή, στην ουσία, στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας, μέσω επίλυσης επιμέρους προβλημάτων από ευέλικτες ομάδες στελεχών.

4. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Δ.Ο.Π.), η οποία είναι ένα «σύστημα διοίκησης με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων».

Η ΔΟΠ, είναι ένα συνολικό μοντέλο διοίκησης που γνωρίζει μεγάλη ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία. Βασισμένη σε στοιχεία και επιστημονικές



αναλύσεις, επιδιώκει την πλήρη ικανοποίηση του πελάτη και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, με συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Σε έναν οργανισμό, εκτός από τους εξωτερικούς, υπάρχουν και οι εσωτερικοί πελάτες, τμήματα δηλαδή που καταναλώνουν προϊόντα ή υπηρεσίες άλλων τμημάτων (π.χ. μια κλινική που καταναλώνει υπηρεσίες του μικροβιολογικού εργαστηρίου). Η ικανοποίηση των εξωτερικών πελατών, προϋποθέτει την ικανοποίηση όλων των εσωτερικών πελατών.

Στην ουσία, η ΔΟΠ, καθιστά την επιδίωξη της ποιότητας, καθημερινή μέριμνα όλων των εργαζομένων.

Τα θεαματικά αποτελέσματα της σε άλλους τομείς, την καθιστούν την πλέον ελπιδοφόρα πρόταση για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

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

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

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ.**

Αγαπητή κυρία, Αγαπητέ κύριε,

Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας είναι εμπιστευτικό. Διαθέτοντας λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας, παρακαλούμε απαντήστε σημειώνοντας ένα μόνο τετράγωνο σε κάθε ερώτηση. Έτσι μας βοηθάτε σημαντικά να κάνουμε το νοσοκομείο καλύτερο.

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

***A. Παρακαλούμε σημειώστε:***

1. Το φύλο σας:                    Άνδρας                                Γυναίκα
  
2. Την ηλικία σας:                    18-29              
                                                  30-39              
                                                  40-49              
                                                  50-59              
                                                  60-69              
                                                  70 και πάνω
  
3. Την εκπαίδευσή σας:            Στοιχειώδης εκπαίδευση                      
                                                  Μέση εκπαίδευση                                      
                                                  Ανώτατη εκπαίδευση                                  
                                                  Μεταπτυχιακή εκπαίδευση
  
4. Το επάγγελμά σας:                    .....
  
5. Το ταμείο ασφάλειας:                    .....
  
6. Τον τρόπο εισαγωγής σας: Σαν επείγον περιστατικό                      
                                                  Σαν τακτικό περιστατικό                             
                                                  Επιλογή γιατρού

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **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
- (Οικονομοπούλου – Πολύζος, 1994).
- (Λογοθέτης Νικόλαος: ``Οι θεμελιώδεις αρχές ...υγείας``. Θεσσαλονίκη, 5,6/11, 1994. σελ. 39-45).
- **Σαπέρα-Τσούση Β., (2001)**, Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, διπλωματική εργασία, Αθήνα, σελ, 9.
- **Αδαμαντίδου Τ.**, Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, περ. Επιθεώρηση της Υγείας, αρ.89, Ιούλιος-Αύγουστος 2004, σελ.29-34
- **Τσούγκα Μ.**, Διασφάλιση ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, περ. Επιθεώρηση της Υγείας, αρ. 86, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2004, σελ. 41-44
- **Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ.**, Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, 2003, ενοτ. Δ', εκδόσεις Θεμέλιο /Κοινωνία και υγεία'', Αθήνα.
- **Μάλλιαρης Π.** (1990), Εισαγωγή στο marketing.
- **Σουλιώτης Κ.** Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2000.
- **Θεοφανόπουλος Παναγιώτης.** ``Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: πρόκληση ή ουτοπία; Η ελληνική κατάσταση`` (Θεσσαλονίκη 1994, σελ. 31-38).



## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Gavin TK, Turner MJ.** Methods of surveying patient's satisfaction. *BMJ*, 314-327, 1997.
- **Barwick Donald M. Blanton Gadfrey A & Roessner Jane,** "Curing Health care" San Francisco 1990.
- **Parasuraman A., Zeithaml V., and Berry L. (1985),** A Conceptual of Service Duality and Us implications for future Research, *Journal of Marketing*.V.49, 41-50.
- **Getting results from TOM, HR Magazine,** V37, Sept 92 p. 34-36.
- **Donabedian A.,** "Quality assurance in health care: consumer's role Quality in talth Care, 1992
- **Mc Stravic Scott, (1990),** Patient's Loyalty.
- **Naumann E. and K. Giel,** "Customer satisfaction measurement and management: Using the voice of the customer", 1995, Thomson Executive Press, Cincinnati.
- **Selber, K., (1998),** Family and community Health, Findarticles.com
- **Patrick, D.L., (1986),** Measurement of health care and quality of life
- **Parasuraman A., Zeithaml V., and Berry (1988),** SERVQUAL: a Multiple-Item for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing* Vol.62 Spring 1988.
- **Cronin, Taylor, St., (1992)** Measuring Service Quality : A reexamination and • Extension, *Journal of Marketing*, V 56, 55-58.