



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΕΛΕΝΗ Α. ΧΡΥΣΟΠΟΥΛΟΥ**



**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.  
ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ  
ΔΗΜΟΥ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ**

**Διπλωματική εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
Στη «Διοίκηση της Υγείας»**

**Πειραιάς, 2012**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΕΛΕΝΗ Α. ΧΡΥΣΟΠΟΥΛΟΥ**



**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.  
ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ  
ΔΗΜΟΥ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ**

**Διπλωματική εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
Στη «Διοίκηση της Υγείας»**

**Επιβλέπων Καθηγητής:**

**Χατζηδήμα Σταματίνα,  
Αν. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιά**

**Πειραιάς, 2012**



Master  
IN HEALTH MANAGEMENT



HELEN A. CHRISOPOULOU



QUALITY OF HEALTH CARE SERVICES.  
MEASUREMENT OF PATIENT SATISFACTION IN THE CLINICS OF THE  
MUNICIPALITY OF PALEO FALIRO

Graduate thesis Submitted for the Degree  
“Master of Science in Health Management”

Supervisor: Dr Hadjidema Stamatina  
Associate Professor of University of Piraeus

Piraeus, 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Στην κόρη μου

*Δανιέλα*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τις σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας» αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν καθ' όλη τη διάρκεια των δύο χρόνων.

Την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Χατζηδήμα για την ουσιαστική καθοδήγηση και την άρτια συνεργασία κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Όλους τους καθηγητές και συμφοιτητές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα για την ανταλλαγή επιστημονικών γνώσεων και απόψεων. Ομολογώ ότι πέρασα δύο υπέροχα χρόνια γεμάτα γνώση κι εμπειρίες.

Δεν θα παραλείψω να ευχαριστήσω το Δήμαρχο Παλαιού Φαλήρου κ. Χατζηδάκη, καθώς και τον Αντιδήμαρχο κ. Φωστηρόπουλο, που με εμπιστεύτηκαν και μου έδωσαν τη δυνατότητα να πραγματοποιήσω την έρευνα για την πτυχιακή μου εργασία στο χώρο των Δημοτικών Ιατρείων. Δεν ξεχνώ την προϊσταμένη υγείας του Δήμου κα. Παπαδοπούλου, αλλά κυρίως θα ήθελα να αναφερθώ στην βοήθεια και συμπαράσταση της υπεύθυνης των ιατρείων κα Τσουμάνη Αλίκη.

Τέλος, το πιο μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να το απευθύνω στον σύζυγό μου και την κόρη μου που με στηρίζουν και είναι πάντα δίπλα μου, με αγάπη, κατανόηση και υπομονή.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει στόχο τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών-επισκεπτών στα Δημοτικά Ιατρεία του Δήμου Παλαιού Φαλήρου σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το Δήμο, δεδομένων των αλλαγών που συνέβησαν στη λειτουργία και τις αρμοδιότητες των Δήμων στα πλαίσια του σχεδίου «Καλλικράτης».

Έναυσμα επιλογής του συγκεκριμένου θέματος της πτυχιακής εργασίας υπήρξαν οι οικονομικές εξελίξεις σε παγκόσμιο επίπεδο και ο βαθμός στον οποίο επηρεάζουν τον τομέα της υγείας, κυρίως την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Συχνά γίνεται αναφορά στις εξελίξεις και στις αλλαγές που θα επέλθουν στον τομέα της Υγείας, με την αποκέντρωση των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών και την αύξηση των αρμοδιοτήτων των Δήμων. Ένα τέτοιο εγχείρημα είναι ιδιαίτερα επίπονο και χρονοβόρο και εξαρτάται καθαρά από τη δυναμική του εκάστοτε Δήμου και την ύπαρξη σωστά δομημένων Δημοτικών Ιατρείων. Η μελέτη των απόψεων των χρηστών ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα Δημοτικά Ιατρεία, καθώς τα βασικά στοιχεία της ποιότητας σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό, την οργάνωση, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα ελέγχου. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ένας βασικός και ουσιαστικός δείκτης ποιότητας υπηρεσιών.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση και η έρευνα της ικανοποίησης των επισκεπτών στα ιατρεία μέσω ενός τροποποιημένου, σύμφωνα με τις ανάγκες του Δήμου, δομημένου ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι αρκετά ικανοποιητικά, δίνοντας το μήνυμα ότι ο εθελοντισμός από την πλευρά των ιατρών και η προσπάθεια της Δημοτικής Αρχής για κάλυψη των αναγκών για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορούν να αποφέρουν οφέλη για τον εγγύ πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας απευθύνονται στην Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας του Δήμου Παλαιού Φαλήρου, ούτως ώστε να ερευνηθούν και να βοηθήσουν στην προσπάθειά της για την κάλυψη των αναγκών των δημοτών.

**Λέξεις Κλειδιά:** Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Διασφάλιση Ποιότητας, Ικανοποίηση Ασθενών, Δημοτικά Ιατρεία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.

## ABSTRACT

This present thesis aims to explore the views of visiting patients in Municipal Clinics of the Municipality of Paleo Faliro on the quality of health services provided by the Municipality, given the changes that occurred in the operation and responsibilities of the Municipalities under the project Kallikrates.

Trigger selection of the particular topic of the thesis were the economic developments worldwide and the extent to which the health sector is affected, mainly the Primary Health Care.

Often reference is made to the developments and changes which will be made to the Health sector, by decentralizing the medical and nursing services and increasing the responsibilities of Municipalities. Such a venture is arduous and time consuming and depends purely on the dynamics of each Municipality and the existence of properly structured Municipal Clinics. The study of the views of medical and nursing service users aims to improve the quality of health services from the Municipal Clinics, as the key elements of quality are related to the human resources, the organization, the procedures and the test results. The measurement of patient satisfaction is a key indicator of quality and effective services.

The methodology used was the extensive literature review and research visitor satisfaction in the clinics through a modified, according to the needs of the Municipality, structured questionnaire.

The results are quite satisfactory, giving the message that volunteering on the part of doctors and the effort of the Municipal Authority to meet the needs for Primary Health Care can bring benefits to the proximal population.

The results of the research are directed to the Development of Health and Welfare of the Municipality of Paleo Faliro in order to investigate and assist in helping to meet the needs of citizens.

**Keywords:** Quality of health care services, Quality assurance, Patients satisfaction, Municipal Clinics, Primary Health Care in Local Government.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
<b>ΚΕΦ. 1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>	
1.1 Τι είναι ποιότητα	3
1.2 Ποιότητα και υπηρεσίες	5
<b>ΚΕΦ.2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	
2.1 Ιστορική αναδρομή	6
2.2 Ορισμός ποιότητας στην υγεία	7
2.3 Η προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	10
2.3.1 Οι προσδοκίες των χρηστών/καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας	11
2.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	12
2.5 Οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας	14
2.6 Τρόποι και μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	16
2.6.1 Τρόποι και κατηγορίες μέτρησης της ποιότητας	16
2.6.2 Ποιοτικός έλεγχος	19
2.6.3 Η Διασφάλιση ποιότητας	20
2.6.3.1 Εφαρμογή ISO στις υπηρεσίες υγείας	21
2.6.3.2 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ISO στις υπηρεσίες υγείας	21
2.6.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	22
2.6.5 Χαρακτηριστικά Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	25



### **ΚΕΦ. 3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**

3.1 Βασικές έννοιες και ορισμοί	27
3.2 Χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών	30
3.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών	32
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή	34
3.4.1 Σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή	36
3.4.2 Η επικοινωνία στη θεραπευτική σχέση	38

### **ΚΕΦ. 4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

4.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	40
4.2 Δημοτικά Ιατρεία	44

### **ΚΕΦ. 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

5.1 Το προφίλ των Δημοτικών Ιατρείων Παλαιού Φαλήρου	46
5.2 Σκοπός και ερευνητικές μέθοδοι	47
5.3 Περιγραφή δεδομένων και στατιστική ανάλυση	49
5.3.1 Στοιχεία επισκέπτη	49
5.3.2 Κύρια έρευνα	50

### **ΚΕΦ. 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

6.1 Συμπεράσματα	57
6.2 Προτάσεις	58

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.	61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	74

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
4.2	Φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων Πηγή: Θεοδωράκης (2006)	44
5.3.1	Βασική στατιστική ανάλυση των δεδομένων των επισκεπτών. xtsum sex, age, greek, education, same	49
5.3.2	Βασική στατιστική ανάλυση των τεσσάρων πρώτων ερωτήσεων της κύριας έρευνας xtsum perpose of visiting, first visiting, date, waiting	51
5.3.2	Βασική στατιστική ανάλυση των τεσσάρων τελευταίων ερωτήσεων της κύριας έρευνας xtsum cleaning, satisfaction, spread, full	52
5.3.2	Ιατρικές ειδικότητες που επιθυμούν οι επισκέπτες των ιατρείων	52
5.3.2	Παλινδρόμηση reg satisfaction age sex education	54

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1	Ερωτηματολόγιο έρευνας	61
2	Αριθμητική κωδικοποίηση δεδομένων	64
3	Διαγραμματική απεικόνιση δεδομένων	67
4	Διαγραμματική απεικόνιση σχέσης εξαρτημένης (satisfaction) με ανεξάρτητες μεταβλητές (sex-age-education)	73

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Ο.Υ & W.H.O	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Ο.Τ.Α	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ISO	Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης
ΕΛΟΤ	Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης
ΔΟΠ & TQM	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
QA	Διασφάλιση Ποιότητας
QC	Ποιοτικός Έλεγχος
JCAHO	Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας
UNICEF	Οργάνωση Ηνωμένων Εθνών για τα παιδιά
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΕΛΕΠΥ	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικής Ανάπτυξης
ΚΑΠΗ	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας γίνεται μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας, κάτω από την πίεση της οικονομικής κρίσης αλλά πάντα σύμφωνα με τις επιταγές των Παγκόσμιων Οργανισμών για πρόληψη, προαγωγή και καταπολέμηση δυσμενών για την υγεία καταστάσεων.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του ανεπτυγμένου κόσμου, αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας, με επόπτη τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.). Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων της κοινότητας με το Σύστημα Υγείας. Ο ΠΟΥ προωθεί ένα πρόγραμμα «Υγιείς Πόλεις» που διασυνδέει τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με σκοπό την ανάπτυξη της υγείας, μέσα από μια διαδικασία πολιτικής δέσμευσης, αλλαγής των καθημερινών ιδεών, ανάπτυξης νέων ικανοτήτων, συνεργασίας που να βασίζεται σε προγραμματισμό και καινοτόμες ιδέες. Προωθεί την περιεκτική και συστηματική πολιτική και σχεδιάζει με έμφαση στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και της αστικής φτώχειας. Πάνω από 1200 πόλεις σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι «Υγιείς Πόλεις» (ΠΟΥ).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της υγείας και της παροχής κοινωνικής φροντίδας. Οι ΟΤΑ έχουν πολλαπλές δυνατότητες εντοπισμού των αναγκών της τοπικής κοινωνίας, δημιουργίας ορθολογικά σχεδιασμένων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πρόληψης και διενέργειας αξιολόγησης του έργου πρόληψης.

Ένας σημαντικός παράγοντας για την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας είναι η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο. Ο βασικότερος δείκτης αποτίμησης αυτού είναι η συνολική αντίληψη των ασθενών για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, γνωστή ως ικανοποίηση ασθενών. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας ταυτίζεται κυρίως με την παροχή των αναγκαίων και πλέον αποτελεσματικών υπηρεσιών και με την ικανοποίηση των ασθενών και των εργαζομένων.

Η μέτρηση αυτών των παραγόντων οδηγεί στη διαμόρφωση κριτηρίων, προτύπων, οδηγιών και πρωτοκόλλων καλής πρακτικής, τα οποία αποτελούν μέτρα σύγκρισης για την αποτίμηση της ποιότητας, αλλά και οδηγούς δράσης για τη βελτίωσή της. Τα τελευταία χρόνια οι δράσεις ποιότητας εντάχθηκαν στα σύγχρονα συστήματα διοίκησης

των Οργανισμών υγείας και στην Ελλάδα και γίνονται προσπάθειες για πιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και προϊόντων υγείας. Η ποιότητα είναι σημαντική για την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς και είναι σε θέση να επηρεάσει την εξέλιξη της κλινικής τους εικόνας.

Είναι γνωστό, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στο πλαίσιο αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στις περισσότερες ερευνητικές προσπάθειες, για την προσδιορισμό της βαρύτητας των παραγόντων που διαμορφώνουν το επίπεδο της ικανοποίησης ασθενών χρησιμοποιούνται μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης ή απλά μοντέλα προσδιοριστικών παραγόντων (key-driven models).

Στη συγκεκριμένη εργασία γίνεται αναφορά στην ποιότητα, πως επηρεάζει τη διαμόρφωση της παροχής υγείας και ποια η σχέση της με την ικανοποίηση των χρηστών/καταναλωτών υγείας. Έπειτα, γίνεται προσπάθεια μέτρησης ικανοποίησης, μέσω πολλαπλής παλινδρόμησης, των επισκεπτών των Δημοτικών Ιατρείων του Παλαιού Φαλήρου, σε μια προσπάθεια αναγνώρισης μιας παραμέτρου της διαδικασίας ελέγχου ποιότητας. Προτείνεται μάλιστα να αποτελέσει αντικείμενο ολοκληρωμένης μελλοντικής εργασίας.

# 1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

## 1.1 Τι είναι ποιότητα

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το σύγχρονο περιβάλλον, στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικό. Έχουμε στη διάθεσή μας μια μεγάλη ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών να επιλέξουμε. Ως εκ τούτου, οι επιχειρήσεις πρέπει να διαφοροποιηθούν, να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή. Σήμερα ο καταναλωτής είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους.

Έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών και μερικοί απ' αυτούς μάλιστα είναι αμφιλεγόμενοι. Αυτό οφείλεται στο ότι ο όρος ποιότητα ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τη σκοπιά από την οποία εξετάζεται. Στην αρχαία Ελλάδα, ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι η ποιότητα είναι συνδεδεμένη με την αρετή, την ηθική, την πνευματική και φυσική υπεροχή του ανθρώπου. Σήμερα, ως ποιότητα θεωρείται η αίσθηση της υπεροχής που προσδίδει η απόκτηση ενός αγαθού, απόλυτα αναγνωρίσιμου, για τα εξαιρετικά χαρακτηριστικά του. Αρχικά ο ορισμός σήμαινε, ότι ένα αγαθό ή μια υπηρεσία συμφωνούσε με τις προδιαγραφές, που τίθονταν εκ των πρότερων. Αργότερα έγινε κατανοητό, ότι ορισμένες φορές οι προδιαγραφές δεν ικανοποιούν ακριβώς και σαφώς την συγκεκριμένη ανάγκη του χρήστη - καταναλωτή και παρ' όλο, που κάποιο αγαθό ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές, είναι δυνατό να μην ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των αγοραστών.

Κατά τους Evans και Lindsay (2002), ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη, ενώ για τους Glenn Laffel και David Blumental (1989) η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πελατών.

Σύμφωνα με τον John Ovretveit (2004), ποιότητα είναι «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος». Περιλαμβάνει, δε, σ' αυτό τον



ορισμό τρία στοιχεία: 1) την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν, του προσφέρει αυτό, που ζητάει 2) την επαγγελματική ποιότητα, που είναι ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη, σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και 3) την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος, κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Ο Brook (1999) διατύπωσε την άποψη ότι στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές η ποιότητα σχεδιασμού και η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία, που έλαβε.

Οι Abbot και Feigenbaum (2005) όρισαν την ποιότητα ως αξία (value-based criteria). Η αξία αυτή καθορίζεται από την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος ή της υπηρεσίας και της τιμής, που προσφέρεται, τα οποία αποτελούν κριτήριο αποδοχής ή απόρριψης από τον πελάτη.

Καταλυτικό παράγοντα για τον πελατο-κεντρικό ορισμό της ποιότητας αποτέλεσαν πολλές επιχειρήσεις, δημόσιες και ιδιωτικές, στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι οποίες θεώρησαν την ποιότητα συνώνυμη με την εκπλήρωση των προσδοκιών των πελατών (meeting and/or exceeding customers' expectations). Αντίστοιχα, ο Crosby καθορίζει την ποιότητα σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη (conformance to requirements), ενώ ο Juran (1974) θεωρεί, ότι η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση» (fitness for intended use-used based criteria).

Τέλος, ο Deming (1982) θεωρεί την ποιότητα ως ένα ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης (never ending cycle of continuous improvement or PDCA-cycle). Βάσει αυτής της μεθόδου, πριν εφαρμοστεί μία διαδικασία, σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετούνται τα αποτελέσματα και γίνονται οι ανάλογες ενέργειες, για να προχωρήσει η επιχείρηση σε ένα νέο κύκλο βελτίωσης.

Έγινε σαφές ότι η ποιότητα είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

## 1.2 Ποιότητα στις υπηρεσίες

Υπηρεσία είναι «κοινωνική ενέργεια, που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρείας, που παρέχει την υπηρεσία». Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας είναι αυτά, που διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας στον εκάστοτε κλάδο. Οι διαδικασίες παραγωγής και παράδοσης θα πρέπει να είναι συμμορφωμένες στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του καταναλωτή. Οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες σύμφωνα με τους Parasuraman et al. (1985) είναι οι ακόλουθες:

- Αξιοπιστία: η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία.
- Ανταπόκριση: η προθυμία και θέληση της εταιρείας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη
- Ασφάλεια: η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- Ακρίβεια: η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- Μοναδικότητα: η παραγωγή μιας υπηρεσίας, διαφορετική για κάθε πελάτη.

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας κρίνεται και αξιολογείται με βάση την έρευνα, την εμπειρία και την πίστη.

Οι επιχειρήσεις υπηρεσιών θα πρέπει να συμπεριλάβουν στον στρατηγικό τους σχεδιασμό προγράμματα ποιότητας, προκειμένου να γίνουν ανταγωνιστικές. Είτε πρόκειται για την παραγωγή τροφίμων, είτε για μια χειρουργική επέμβαση, η ύπαρξη προγραμμάτων ποιότητας προάγει τα συμφέροντα της επιχείρησης διασφαλίζοντας παράλληλα την ικανοποίηση των πελατών.

## 2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1. Ιστορική αναδρομή

Παράλληλα με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας εμφανίζεται και η έννοια της ποιότητας σ' αυτή. Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας, όπως αυτά αποτυπώνονται σε ιερογλυφική μορφή, πάνω σε λίθινες πλάκες στην Αρχαία Αίγυπτο («Πάπυρος Smith» Hook, 1973), ήταν η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας.

Το 2000 π.χ. γίνεται αναφορά στον ποινικό κώδικα του βασιλιά Χαμουραμπί της Αιγύπτου με προβλεπόμενη ποινή για την ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής, βασισμένη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν θα προέκυπτε από την κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση (Garnson, 1929).

Στους δεοντολογικούς κανόνες και κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη, στην αρχαία Ελλάδα, γίνεται αναφορά στην ανάγκη για διασφάλιση της ποιότητας στις ιατρικές πράξεις, όπως αυτή εκφράζεται από την επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δεν σημειώνεται καμία αλλαγή από τις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως λόγω του ότι η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών από την Εκκλησία και τους αυτοκράτορες.

Ουσιαστικά, το 1858 η νοσηλεύτρια Florence Nightingale, την περίοδο του Κριμαϊκού πολέμου, προσπάθησε να εφαρμόσει ποιοτικού ελέγχους, βασισμένη σε δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Κατόπιν, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τη θνησιμότητα, αλλά και την αδυναμία των ιατρών σε κάποιες χειρουργικές επεμβάσεις. Τέσσερα χρόνια αργότερα, ο χειρουργός Godman, ακολουθεί το ίδιο παράδειγμα σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης και συμπεραίνει ότι *τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που περιέθαλπαν, τόσο κατά τη νοσηλεία τους, όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά το εξιτήριο* (ιδέα του τελικού αποτελέσματος, the end result idea). Η έρευνα του όμως παρέμεινε στον έλεγχο ενός μόνο νοσοκομείου!

Τη δεκαετία του 1960, με την ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους αυτών επανέρχεται η έννοια της ποιότητας στην υγεία. Ακολούθησε συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και την επόμενη δεκαετία δημιουργούνται τα πρώτα πρότυπα για τις διαδικασίες που ακολουθούνται.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο (Cronin & Taylor, 1992). Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση και προσπάθεια των ακαδημαϊκών και επαγγελματιών να δημιουργήσουν πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία και διεθνείς οργανισμοί ασχολούνται με την προώθηση του ζητήματος.

## **2.2 Ορισμός ποιότητας στην υγεία**

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια από τη στιγμή που οι συμμετέχοντες σ' αυτόν είναι πολλοί και καθένας έχει τη δική του άποψη. Αποτελεί δε σημαντικό στόχο για το σύνολο των επιστημόνων και των στελεχών, που ασχολούνται και κύριο ζητούμενο από την πλευρά των ασθενών.

Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι δυνατό να ακολουθηθεί συγκεκριμένη και τυποποιημένη διαδικασία παραγωγής, όπως συμβαίνει με τα άλλα βιομηχανικά προϊόντα. Κι αυτό γιατί οι ίδιοι οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες, που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Αναμενόμενο είναι η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές, αλλά αναγκαίες διαφορές αντιμετώπισής τους. Γι' αυτό η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς, έχοντας αυτό ως ανάγκη και επιθυμία. Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο επιχείρημα από ό, τι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία (Τούντας, 2003).

Ας μη ξεχνάμε, ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολλά περισσότερα από ό, τι σε άλλη προσωπική υπηρεσία.

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο Avedis Donabedian, ο οποίος ασχολήθηκε με την ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από παραμέτρους, που επιδρούν σημαντικά στον ορισμό της. «Ποιότητα είναι το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών, που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους της σημεία». Διέκρινε τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή φροντίδας το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine), το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine) και την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities).

Το πρώτο μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή. Το δεύτερο αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας, δηλαδή στη συμπεριφορά τους, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών. Στο τρίτο μέρος γίνεται αναφορά στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις (Οικονομοπούλου, 2002).

Οι Laffer & Blumenthal (1989), πρότειναν ως ποιότητα υγείας τον εξής ορισμό: «Τη συνεχή προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών-χρηστών, αλλά και των άλλων πελατών» (Οικονομοπούλου, 2002). Οι ανάγκες των ασθενών είναι σημαντικές, αλλά οι οργανισμοί υγείας καλούνται να ικανοποιούν τις ανάγκες και άλλων μεμονωμένων ατόμων ή ομάδων, όπως το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών, τους ασφαλιστικούς φορείς που καλύπτουν τις δαπάνες νοσηλείας κ.α.

Το 1991 η Palmer μετρώντας τόσο την άποψη του ιατρικού προσωπικού, όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, δίνει τον εξής ορισμό: «Η ποιότητα της φροντίδας μετράται με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία, όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο» (Οικονομοπούλου, 2002).

Την ίδια χρονιά, η Ronar αναφέρεται διεξοδικά στην ηθική διάσταση της φροντίδας, στους ηθικούς και δεοντολογικούς κώδικες του ιατρικού σώματος και στις

συνθήκες (δυνατότητες, περιορισμούς) λειτουργίας των συστημάτων υγείας, τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης κοινωνίας, με τους πόρους της οποίας καλούνται να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας του συνόλου, χωρίς να παραβιάζουν θεμελιώδης αρχές των δημοκρατικών πολιτευμάτων (Οικονομοπούλου, 2002). Τονίζει ότι η ποιότητα πρέπει να ορίζεται πάντα σε σχέση με τους επιθυμητούς στόχους, τους ενυπάρχοντες κινδύνους στη διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας και τους διαθέσιμους πόρους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization), στον ορισμό της ποιοτικής φροντίδας προσδίδονται τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή

Ο Maxwell (1993) προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους: Προσπελασιμότητα, Ισότητα, Κοινωνική αποδοχή, Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες, Αποδοτικότητα, Τεχνική αποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με τον Maxwell: *Προσπελασιμότητα* είναι η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών), προκειμένου να διασφαλιστεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η *Ισότητα* αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες όλων των κοινωνικών στρωμάτων ανεξαρτήτως. *Κοινωνική αποδοχή* είναι η άποψη του πελάτη, που σχετίζεται με τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, η κριτική του και η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται. *Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες* είναι η συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων και στις υπηρεσίες που προσφέρονται. Η *αποδοτικότητα* αναφέρεται στο χαμηλότερο δυνατό κόστος συγκεκριμένης ιατρικής πράξης. Τέλος, *τεχνική αποτελεσματικότητα* είναι η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή.

Στη συνέχεια, το 1996 ο Harvey έδωσε έναν απλό ορισμό «Ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας», ενώ ο Nelson όρισε την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία, βάσει της υπάρχουσας επαγγελματικής γνώσης για άτομα και πληθυσμούς.

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

Η διαφορετικότητα και η ποικιλία που παρουσιάζουν οι παραπάνω αλλά και άλλοι ορισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οδηγούν, όπως είναι αναμενόμενο, σε διαφορετικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης και βελτίωσής της.

### **2.3 Η προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας**

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν τριπλή πρόκληση που απαρτίζεται από την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των οργανισμών, αλλά και των κοινωνιών για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης για όλους, το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητα.

Προκειμένου να απαντηθούν και να βρεθούν λύσεις στις τρεις αυτές προκλήσεις, έγινε εισαγωγή και εφαρμογή σειράς πολιτικών υγείας, όπως i) η εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής για την υγεία, σε συνδυασμό με την προσπάθεια περιφερειακής ανάπτυξης (αποκέντρωση), ii) η εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας και iii) η θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Ο ΠΟΥ διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση των κρατών για εγκατάσταση αποτελεσματικών μηχανισμών, εξασφαλίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων υγείας.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας απασχολεί σήμερα όλο και πιο έντονα τους επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς, τις κυβερνήσεις των χωρών αλλά και τους ίδιους τους χρήστες-καταναλωτές των υπηρεσιών. Το αίτημα για ποιότητα, πόσο μάλλον στις υπηρεσίες υγείας, είναι διαχρονικό, αλλά τόσο η διεκδίκηση/απόκτησή της όσο και η προσφορά της ήταν περιορισμένες γεωγραφικά, διαφοροποιούνταν ανάλογα με την κοινωνική τάξη στην οποία απευθύνονταν και σχετίζονταν άμεσα με το επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό). Σήμερα, το αίτημα αυτό είναι καθολικό, καθώς διαπιστώνεται από όλες τις κοινωνικές τάξεις στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες, γεγονός που τοποθετεί την ευθύνη για ποιότητα σε πέντε βασικές ομάδες: Τα κλινικά επίπεδα, Το φυσικό περιβάλλον, Την ικανοποίηση των χρηστών/καταναλωτών, Την ανάπτυξη του προσωπικού και Τις σχέσεις με τους χρήστες/καταναλωτές.

Είναι φανερό ότι η ποιότητα επεκτείνεται σε όλο και περισσότερους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και το περιεχόμενό της διαρκώς αυξάνεται.

### 2.3.1 Οι προσδοκίες των χρηστών/καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας

Οι ασθενείς και κατ' επέκταση η κοινωνία διατηρούν βασικές προσδοκίες αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, που εξελικτικά έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών. Έρευνα των Parasuraman, Zeithaml, & Berry έδειξε, ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά κριτήρια αξιολόγησης των υπηρεσιών, που αντιστοιχούν στα βασικά κριτήρια-παράγοντες της ποιότητας και δύναται να αντιστοιχίσουν στα ακόλουθα:

- Αξιοπιστία όσον αφορά την εκτέλεση της υπηρεσίας, αλλά και τη διάρκεια στην παροχή αυτής.
- Ανταπόκριση που αφορά την προθυμία και ετοιμότητα των εργαζομένων στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Οι πολίτες θέλουν να βρίσκουν αποτελεσματική ανταπόκριση (διαγνωστική, θεραπευτική ή συμβουλευτική) από τις μονάδες παροχής υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που τυχόν αντιμετωπίζουν, σύμφωνα πάντα με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας.



- Ικανότητα των εργαζομένων (προσόντα και δεξιότητες) να ακολουθήσουν τη προβλεπόμενη διαδικασία.
- Προσβασιμότητα στις μονάδες παροχής υγείας.
- Ευγένεια σε όλες τις εκφράσεις της.
- Επικοινωνία και κατανοητοί τρόποι πληροφόρησης, που θα τους εξασφαλίσουν δικαίωμα επιλογής.
- Επαγγελματική πίστη, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη των παρόχων υπηρεσιών υγείας.
- Ασφάλεια και όσο το δυνατόν μικρότερο ρίσκο ή αμφιβολία.
- Κατανόηση από τη μεριά των επαγγελματιών υγείας, ώστε να εξασφαλιστούν ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης, καθώς και σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους.
- Φυσικά χαρακτηριστικά που εξασφαλίζουν πολιτισμένες, άνετες συνθήκες διαβίωσης, τόσο στους χώρους διαμονής-διατροφής, όσο και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

#### **2.4 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας**

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας προσδιορίζεται βάσει της δυνατότητας άμεσης παροχής της, την ευκολία πρόσβασης των χρηστών σ' αυτή, την καταλληλότητά της, την αξιοπιστία της και την παροχή επαρκούς υποστήριξης μετά τη διάθεσή της. Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ποιότητας περιπλέκεται, όπως προαναφέρθηκε, λόγω των πολλών και διαφορετικών παραγόντων που την επηρεάζουν. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αφορά το σύνολο των υπηρεσιών σε όλες τις διαστάσεις τους. Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι οι ακόλουθοι:

- Οι ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία και επαγγελματική ευσυνειδησία των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Βασική προϋπόθεση για την

έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία είναι το επίπεδο των ιατρών.

- Οι ικανότητες και η εκπαίδευση του νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού και γενικά όσων εμπλέκονται στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας.
- Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Η φιλικότητα, η ευγένεια και ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του χρήστη/καταναλωτή είναι καθολική απαίτηση στη σύγχρονη εποχή.
- 24ωρη ετοιμότητα παροχής ιατρικής φροντίδας.
- Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας χωρίς γραφειοκρατία, ενδιάμεσους και αναμονές, με δυνατότητα επιλογής.
- Η ταχύτητα επίλυσης των προβλημάτων υγείας των ασθενών.
- Η ορθότητα στην επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας. Παροχή αναλυτικών οδηγιών, ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανελέγχου των ασθενών.
- Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού που σχετίζεται άμεσα με τις παραμέτρους της ετοιμότητας και της ταχύτητας αντιμετώπισης των περιστατικών.
- Η χρήση της νέας τεχνολογίας.
- Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή στήριξη της παροχής φροντίδας, αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών, ρύθμιση όλων των θεμάτων για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας.
- Η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής.
- Ο κατάλληλος σχεδιασμός των κτηριακών εγκαταστάσεων, προκειμένου να διευκολύνεται η διακίνηση ανθρώπων και υλικών.
- Η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας.

- Ο βαθμός στον οποίο η ηγεσία του εκάστοτε οργανισμού επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών με αναγνώριση και μετάδοση της σημασίας της σε όλο το προσωπικό εφαρμόζοντας μεθόδους αξιολόγησης και διασφάλισης αυτής.
- Το κόστος. Η ικανοποίηση των παραπάνω παραμέτρων πρέπει να γίνει με το μικρότερο κόστος.

## 2.5 Οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας

Η βελτιστοποίηση της ποιότητας, καθώς και η διαρκής προσπάθεια για την επίτευξη αυτής, συνεπάγεται, ουσιαστικά, υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για το σύνολο των συμμετεχόντων στους φορείς των υπηρεσιών υγείας. Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας και τη διατήρησή της σ' ένα επαρκές-υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα. Διακρίνονται οι ακόλουθες κατηγορίες:

### 1. Οφέλη για τον ασθενή

- Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος υγείας, την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας αργοπορημένης ή λανθασμένης αγωγής κ.α.
- Ψυχολογικά οφέλη. Σχετίζονται αφ' ενός με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας, αφ' ετέρου με τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενούς, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει. Επιπρόσθετα, η ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής στη μονάδα υγείας επηρεάζει θετικά τον ασθενή. Ας μη ξεχνάμε ότι το ψυχολογικό υπόβαθρο προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλλει κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να διαγνωστεί έγκαιρα το πρόβλημα

υγείας και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές, ότι σ' αυτή την περίπτωση, το κόστος υγείας είτε άμεσα είτε έμμεσα θα είναι σημαντικά μικρότερο για τον ίδιο τον ασθενή.

## 2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας για τους επαγγελματίες του χώρου (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς, τεχνικούς) συνίστανται κυρίως:

- Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη από την πλευρά των ασθενών και των οικείων τους.
- Στην απαλλαγή τους από συμπτώματα άγχους.
- Στην ικανοποίηση που νιώθουν για την εργασία τους.
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

## 3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Οικονομικά οφέλη: Συνέπεια της βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η μείωση του λειτουργικού κόστους, όπως αυτό επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, εξασφαλίζοντας σε σημαντικό βαθμό την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι με τη σειρά τους δύνανται να διατεθούν για την κάλυψη άλλων λειτουργικών αναγκών, όπως τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, την εξοικονόμηση κονδυλίων για κλινική έρευνα κι άλλες δραστηριότητες, που εξασφαλίζουν την απώτερη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με ό,τι αυτό συνεπάγεται ακόμα και σε επίπεδο υστεροφημίας.

## 4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τη μείωση του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υγείας για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.

- Κοινωνικά οφέλη. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της υψηλού επιπέδου ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, συνδέεται με τα συγκεκριμένα οφέλη.
- Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν τον κοινωνικό τους ρόλο.

#### 5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης χρόνου παραμονής τους στις μονάδες παροχής υγείας. Επιπλέον, ο περιορισμός των αδικαιολόγητων δαπανών, δημοσίων και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας ωφελεί το κράτος.
- Υγειονομικά οφέλη. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών/καταναλωτών από τις υπηρεσίες υγείας.
- Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Συνεπώς, βελτιώνεται η γενικότερη εικόνα της χώρας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

### 2.6 Τρόποι και μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Έχουν αναπτυχθεί διάφοροι τρόποι και μέθοδοι για την αποτίμηση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ακολούθως παρατίθενται τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

#### 2.6.1 Τρόποι και Κατηγορίες μέτρησης της ποιότητας

Η μέτρηση ποιότητας περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων και την επισήμανση αιτιολογικών σχέσεων. Βασικά εργαλεία, που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της πραγματικότητας, είναι τα διαγράμματα ροής και

τα διαγράμματα αιτιότητας. Τα διαγράμματα ροής απεικονίζουν τη χρονική εξέλιξη της διαδικασίας, ενώ στα διαγράμματα αιτιότητας αποτυπώνεται η αιτιολογική αλληλουχία μεταξύ μεταβλητών, ούτως ώστε να διερευνηθεί η εμφάνιση των προβλημάτων.

Σύμφωνα με τον Avedis Donabedian (Evaluating the Quality of Medical Care, 2005), οι μετρήσεις ποιότητας πραγματοποιούνται σε τρεις τομείς:

- Δομή (structure): Κτήρια, εξοπλισμός, υλικά, πόροι, αριθμός εργαζομένων, οργανωτική δομή. Η δομή είναι η πλέον εύκολη αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, αλλά δεν μπορεί να θεωρηθεί από μόνη της ως ασφαλές εργαλείο μέτρησης, καθώς δεν επαρκεί για την παροχή φροντίδας υγείας. Από την άλλη, η ύπαρξη μικρού αριθμού κλινών και η έλλειψη σημαντικών κτηριακών εγκαταστάσεων, όπως η Εντατική, η έλλειψη προσωπικού, δημιουργούν a priori την αίσθηση ότι η υπό μελέτη μονάδα υπολείπεται.
- Διαδικασία (process): Σ' αυτή συγκαταλέγονται οι ενέργειες περίθαλψης, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια αναμονής κ.α. Μπορεί να μετρηθεί, σε μεγάλο βαθμό, μέσω της εξέτασης του ατομικού φακέλου του ασθενή.
- Αποτελέσματα (outcome): η έκβαση, η μεταβολή της κατάστασης του ασθενή, η ικανοποίηση και ο βαθμός ενημέρωσής του. Σε κάποιες περιπτώσεις, είναι δύσκολος ο προσδιορισμός των αποτελεσμάτων. Γι' αυτό, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη, κατά προσέγγιση, παράμετρος αξιολόγησης της ποιότητας.

Καθοριστικό παράγοντα, κατά την παραγωγή αποτελεσμάτων, αποτελεί η αλληλεπίδραση των μεταβλητών. Λόγου χάρη, μια αποτελεσματική παρέμβαση (διαδικασία) θα έχει ως συνέπεια, η μεταθεραπευτική υγεία του ασθενή να είναι καλύτερη απ' ό,τι θα ήταν χωρίς θεραπεία. Η συσχέτιση του αποτελέσματος με τη θεραπεία, είτε υποτίθεται, είτε συνεπάγεται. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα μεταξύ της παρέμβασης και της μέτρησης, τόσο αβέβαιη καθίσταται η συσχέτιση του αποτελέσματος με την παρέμβαση.

Η μέτρηση των αποτελεσμάτων από μόνη της δεν παρέχει αναμφισβήτητες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Δεν μπορεί να αντικαταστήσει τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές ή άλλες πειραματικές μεθόδους.

Για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία, όπως τα φύλλα συλλογής δεδομένων, τα φύλλα ελέγχου δεδομένων, οι συνεντεύξεις κ.α.

Για την ανάλυση δεδομένων χρησιμοποιούνται τα διαγράμματα ανάλυσης συνεχών μεταβλητών, όπως είναι ο χρόνος και το κόστος, ή ασυνεχών μεταβλητών, όπως η συχνότητα απογραμμάτιστων επανεισαγωγών. Χρησιμοποιούνται, επίσης, και οι στατιστικές συσχετίσεις δύο ή περισσότερων μεταβλητών (πολλαπλή παλινδρόμηση).

Η μέτρηση της ποιότητας μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορες διαστάσεις. Αυτές που έχουν να κάνουν με τους άμεσα εμπλεκόμενους στον τομέα της υγείας είναι η ικανοποίηση ασθενών και η επαγγελματική ικανοποίηση.

#### 1. Ικανοποίηση ασθενών (patient satisfaction)

Οι μετρήσεις, που αφορούν την ικανοποίηση ασθενών, γίνονται με τη βοήθεια ερωτηματολογίων, τα οποία απευθύνονται στις απόψεις, παρατηρήσεις και προτάσεις των ασθενών, σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Εκτός από παραδοσιακούς τομείς αξιολόγησης, όπως είναι η πρόσβαση, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος, έχουν προστεθεί και νέοι τομείς, που έχουν να κάνουν με το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενή, τις συνθήκες διατροφής και περιβάλλοντος, καθώς και συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας.

Τα ερωτηματολόγια πρέπει να είναι αξιόπιστα, ώστε τα αποτελέσματα να είναι επαναλήψιμα με διαφορετικά εργαλεία ή σε διαφορετικές καταστάσεις, απλά και κατανοητά. Το δείγμα της έρευνας πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό και να διερευνάται καλά το ποσοστό εκείνων που δεν απάντησαν.

Οι συνεχείς διενέργειες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, ενταγμένες σ' ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης με τους πελάτες και αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων και στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, κάθε ικανοποιημένος πελάτης θα μιλήσει για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας σε άλλους τρεις, ενώ κάθε δυσαρεστημένος σε άλλους έντεκα. Τα προβλήματα καταγράφονται ως παράπονα κι αφορούν κυρίως το χρόνο αναμονής, την παροχή πληροφοριών, την καθαριότητα και την ποιότητα των γευμάτων.

Υπάρχουν, όμως, και εκείνοι που αμφισβητούν την αξία και τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, υποστηρίζοντας ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις για να κρίνουν τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Έχει υποστηριχθεί η άποψη, ότι υπάρχει μεγαλύτερο όφελος ανά κόστος με τις άμεσες προσωπικές συνεντεύξεις ορισμένων ασθενών ή με ομάδες εντοπισμού προβλημάτων (focus groups), απ' ό,τι με τις έρευνες ερωτηματολογίων.

## 2. Επαγγελματική ικανοποίηση (job satisfaction)

Οι υπηρεσίες υγείας είναι χώροι έντασης εργασίας. Η απόδοσή τους εξαρτάται άμεσα από τους ανθρώπινους πόρους. Συνεπώς, τα ανθρώπινο δυναμικό πρέπει να επιλέγεται σωστά, να εντάσσεται σε αποτελεσματικά οργανωτικά σχήματα και να είναι ικανοποιημένο με την εργασία του. Οι βασικότεροι παράγοντες, που συντελούν στην ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, είναι οι οικονομικές απολαβές, το εργασιακό περιβάλλον, η επαγγελματική εξέλιξη και οι ανθρώπινες σχέσεις.

Η επαγγελματική ικανοποίηση μετριέται με ειδικά ερωτηματολόγια, που περιλαμβάνουν ερωτήσεις σε αντιστοιχία με λίγες ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες παραμέτρους.

### 2.6.2 Ποιοτικός έλεγχος

Η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές είναι η πρωταρχική μορφή ελέγχου αυτών. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο εξελιγμένων τεχνικών, γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας (Σπανός, 1993). Ο έλεγχος αυτός, όσο εύκολο είναι να εφαρμοστεί στις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, τόσο δύσκολο είναι να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών, σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, όπου πάντα ισχύει ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενή.

Ο Ποιοτικός Έλεγχος μπορεί να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση την επάρκεια ή την καταλληλότητα των δομών του συστήματος και των διαδικασιών που ακολουθούνται. Επίσης, κρίνει και τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων. Η ποιότητα μπορεί να κριθεί παράλληλα σε ένα, δύο ή και τρία βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας.



Σημαντικό είναι να αναφέρουμε το σημαντικό χαρακτηριστικό του Ποιοτικού Ελέγχου, που είναι ο εντοπισμός των αδυναμιών σχεδιασμού και παραγωγής-διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας μετά την παραγωγή τους.

### 2.6.3 Η Διασφάλιση ποιότητας

Ως Διασφάλιση ποιότητας ορίζεται το σύνολο των ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές (Μέριανου-Μιχαήλ κ.α., 1993, Τσότρας, 1995).

Η Διασφάλιση ποιότητας αποτελεί μια μέθοδο εξασφάλισης, εκ των προτέρων, ποιότητας, σε αντίθεση με τον Ποιοτικό Έλεγχο, που λειτουργεί εκ των υστέρων. Επίσης, ο Ποιοτικός Έλεγχος διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση από δεδομένες προδιαγραφές, η Διασφάλιση Ποιότητας κατοχυρώνει, ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές τους.

Τελικός στόχος είναι η αποτροπή του λάθους με την εξασφάλιση ποιότητας σε όλα τα στάδια παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Προκειμένου να υπάρξει διεθνώς μια κοινή γλώσσα στο θέμα αυτό, δημιουργήθηκαν διεθνή πρότυπα.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Standardization Organization) συνέταξε τα διεθνή πρότυπα, γνωστά ως ISO 9000:2000. Εκτός αυτού υπάρχει και η πιστοποίηση ISO 9004:2000 από τη CEN (European Committee for Normalization).

Το Σεπτέμβριο του 2001, το ISO δημοσίευσε το αποτέλεσμα ενός διεθνούς workshop (IWA) ως ISO 9004:2000, Οδηγίες για τη Βελτίωση Διεργασιών σε Οργανισμούς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, για τη διασαφήνιση των αρχών του συστήματος διοίκησης σε αυτούς τους οργανισμούς.

Το Μάιο του 2002 ξεκίνησαν οι διαδικασίες για την ανάπτυξη μιας τεχνικής οδηγίας και αναφοράς για την εφαρμογή των ISO 9001:2000 και ISO 9004:2000, στον Ευρωπαϊκό τομέα υγείας. Η τεχνική αυτή οδηγία θα ήταν ένας οδηγός στη χρήση ISO 9001:2000 για τις υπηρεσίες παροχής υγείας στη διοίκηση ποιότητας κλινικών και μη υπηρεσιών. Η οδηγία θα χρησίμευε σε οργανισμούς υγείας, που στοχεύουν στη βελτίωση ποιότητας, αλλά και ως βάση για τη διαδικασία πιστοποίησης.

Ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) υιοθέτησε τα πρότυπα σειράς ISO 9000 με την ονομασία ΕΛΟΤ EN ISO 9000. Αυτά περιλαμβάνουν μια σειρά από

απαιτήσεις, η ικανοποίηση των οποίων πιστοποιείται από κάποιο διαπιστευμένο φορέα, στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ΕΛΟΤ.

Η σειρά ISO 9000 αποτελείται από διάφορες κατηγορίες. Όταν μια επιχείρηση επιδιώκει πιστοποίηση, επιλέγει ένα από τα τέσσερα επίπεδα, που αντιπροσωπεύουν το ISO 9001, 9002, 9003, 9004.

Όλα τα πρότυπα ISO είναι γενικής εφαρμογής και έχουν τη δυνατότητα να προσαρμοστούν σε κάθε κλάδο δραστηριότητας και σε κάθε τομέα παραγωγής αγαθών ή υπηρεσιών. Η διαδικασία πιστοποίησης ISO 9000, συνήθως, εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες εγκαταστάσεις παραγωγής ή παροχής υπηρεσιών.

#### *2.6.3.1 Εφαρμογή ISO στις υπηρεσίες υγείας*

Παρά το γεγονός ότι τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από παράγοντες, που σχετίζονται με τις οργανωτικές δομές των φορέων, τον τύπο του ιδρύματος υγείας, τη φύση των υπηρεσιών καθώς και τις ασκούμενες πρακτικές, οι βασικές αρχές παραμένουν ίδιες με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001 : 2000 και αποτελούν μια λογική σύνθεση όλων των διαφορετικών εθνικών προσεγγίσεων. Τα βασικά τμήματα, που θα πρέπει να καλύπτονται από το σύστημα ποιότητας, είναι η υποδομή ( άνθρωποι, τεχνογνωσία, περιβάλλοντας χώρος, ιατροτεχνική υποδομή, εγκαταστάσεις ), οι διεργασίες ( το σύνολο των μεθόδων και τεχνικών που εφαρμόζονται σε επίπεδο μεμονωμένης κλινικής, εργαστηρίου κ.α., αλλά και διατμηματικά με εμπλοκή περισσότερων τμημάτων, τομέων και υπηρεσιών ) και τα αποτελέσματα ( δείκτες παρακολούθησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών ).

#### *2.6.3.2 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ISO στις υπηρεσίες υγείας*

Τα οφέλη, που αποκομίζει ένας οργανισμός υγείας από την εφαρμογή του προτύπου ISO 9001:2000, είναι τα εξής:

1. Βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
2. Ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών
3. Αύξηση παραγωγικότητας και μείωση λειτουργικού κόστους
4. Αύξηση της ικανοποίησης των πελατών

5. Αποσαφήνιση υπευθυνοτήτων και μεθόδων εργασίας
6. Εντοπισμός και αξιοποίηση ευκαιριών για βελτίωση
7. Βελτίωση συνθηκών εργασίας
8. Ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και αύξηση διαπραγματευτικής δύναμης
9. Βέλτιστη ικανοποίηση νομοθετικών και κανονιστικών απαιτήσεων
10. Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων, από τη λειτουργία των νοσοκομείων, στο περιβάλλον

Οι αδυναμίες του ISO 9001:2000 είναι οι ακόλουθες:

- Γραφειοκρατική κωλυσιεργία
- Είναι χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία εκμάθησης και υιοθέτησης της ιδεολογίας και των τεχνικών, που χρησιμοποιεί το πρότυπο
- Καθορίζει την περιγραφή των θέσεων εργασίας, γεγονός που δημιουργεί ανακατατάξεις στον εργασιακό ρυθμό
- Είναι πιθανό να επιφέρει ανεπιθύμητο φόρτο εργασίας
- Χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος για την υλοποίησή του και απαιτεί αναδιοργάνωση του οργανισμού και εκπαίδευση του προσωπικού.

#### 2.6.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής ποιότητας, γνωστή κι ως Total Quality Management (TQM), είναι ένα σύστημα διοίκησης-διαχείρισης επιχειρήσεων και οργανισμών, το οποίο αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον Αμερικανό καθηγητή William Edwards Deming και επεκτάθηκε αργότερα στην Αμερική. Τη δεκαετία του '80 άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη. Είναι μια φιλοσοφία, ένα σύνολο αρχών, που αποτελούν τη βάση της συνεχούς βελτίωσης της λειτουργίας ενός οργανισμού. Ασχολείται με το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων, που εφαρμόζει ένας οργανισμός, έχοντας ως στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού (έμπυχου και άπυχου) του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος. Είναι

ένα σύστημα διοίκησης, βάσει του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Στην πιο απλή μορφή της ασπάζεται την ιδέα της δημιουργίας βέλτιστης κουλτούρας, με στόχο την ενδυνάμωση των εργαζομένων, ώστε να καταστεί δυνατή η μετακίνηση της αναγνώρισης, ανάλυσης και αντιμετώπισης πιθανού προβλήματος από την όσο πιο κάτω γίνεται βαθμίδα ιεραρχίας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας έχει ως βασικό προσανατολισμό την καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. Ως πελάτης δεν νοείται μόνο ο τελικός αποδέκτης του ολοκληρωμένου προϊόντος ή υπηρεσίας, αλλά και κάθε άτομο ή τμήμα μέσα στον οργανισμό, που δέχεται το αποτέλεσμα ή την επίδραση της δραστηριότητας κάποιου άλλου εργαζομένου ή τμήματος. Κάθε εργαζόμενος ή τμήμα μέσα στον οργανισμό αναπτύσσει, στα πλαίσια της εργασίας του, δραστηριότητες, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία άλλων τμημάτων. Έτσι έχουμε τη διάκριση των πελατών σε Εξωτερικούς πελάτες (οι τελικοί καταναλωτές ή χρήστες) και σε Εσωτερικούς πελάτες (τα διοικητικά στελέχη και οι εργαζόμενοι, οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία των προϊόντων ή συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών).

Η τελειότητα, που είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, προϋποθέτει πάνω απ' όλα τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών του οργανισμού. Για να γίνει κατανοητό αυτό, θεωρούμε τους εξής φορείς: τις κλινικές ενός νοσοκομείου, το μικροβιολογικό εργαστήριο, το φαρμακείο του νοσοκομείου και τους ασθενείς, που νοσηλεύονται και επηρεάζονται από τους τρεις προαναφερθέντες τομείς. Οι κλινικές αποτελούν τους πελάτες του μικροβιολογικού εργαστηρίου, καθότι ζητούν απ' αυτό τα αποτελέσματα των εξετάσεων των ασθενών. Ταυτόχρονα, το εργαστήριο είναι πελάτης του φαρμακείου, όσον αφορά τον εφοδιασμό του σε αντιδραστήρια, που είναι απαραίτητα για τη διενέργεια των εξετάσεων, που ζητούν οι κλινικές. Η συνισταμένη όλων αυτών των επιμέρους δραστηριοτήτων διαμορφώνει την τελική ολοκληρωμένη υπηρεσία (διάγνωση, θεραπεία), τελικός αποδέκτης της οποίας είναι ο ασθενής, που αποτελεί και τον τελικό (εξωτερικό) πελάτη του νοσοκομείου.

Μετά από πολυετή χρήση των διαγραμμάτων ελέγχου και άλλων στατιστικών εργαλείων στη μελέτη της παραγωγής, οι επιστήμονες, που ασχολούνται με την ποιότητα, προτείνουν ένα πλαίσιο διαχειριστικών αρχών, που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας μέσα από:

- Ενεργή και εμφανή υποστήριξη της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας, τόσο από την ηγεσία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, όσο κι από την ηγεσία της διοίκησης. Οι κλινική και οι διοικητικοί οφείλουν να πράττουν τα βέλτιστα με στόχο την ποιότητα και να ωθούν τα θέματά της στην κορυφή της ημερήσιας διάταξης.
- Δημιουργία κουλτούρας βέλτιστης απόδοσης. Σύμφωνα με τους Deal & Kennedy, η κουλτούρα είναι ένα σύστημα άτυπων κανόνων, που εκφράζει τον τρόπο συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι εργαζόμενοι πρέπει να γνωρίζουν τι κάνουν, χωρίς σπατάλη χρόνου και προσπαθειών. Πρέπει να κατέχουν όλες εκείνες τις επιστημονικές γνώσεις και τεχνικές δεξιότητες, που απαιτούνται, ώστε το προϊόν της εργασίας τους να είναι υψηλής ποιότητας, να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητά τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση.
- Εστίαση στις διεργασίες ως αντικείμενα προς βελτίωση. Στόχος είναι η βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων (output) μέσα από τη διαδικασία της επεξεργασίας των εισερχομένων (input). Στον τομέα της υγείας υπάρχει ύψιστη ανάγκη βελτιστοποίησης των διαδικασιών.
- Αναθεωρημένες στρατηγικές για τη διαχείριση και ανάπτυξη προσωπικού. Το σύνολο των εργαζομένων είναι πολύτιμο και συμβάλλει τα μέγιστα στη διαδικασία επίτευξης της ποιότητας. Η εφαρμογή της ποιότητας απαιτεί την ενεργό συμμετοχή όλων στη διαδικασία βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Η στρατηγική επιλογή, που πρέπει να ακολουθηθεί, είναι η συνεχής αναζήτηση ευκαιριών, ικανών να μεγιστοποιήσουν το αποτέλεσμα των διεργασιών (kaizen, κατά τους Ιάπωνες). Τα βήματα που οφείλουν να ακολουθηθούν είναι i) Οργάνωση ευέλικτων ομάδων εργασίας για ενασχόληση με διατμηματικές διεργασίες ii) Ηγέτες πρωτοποριακοί στη βελτίωση της ποιότητας iii) Σεβασμός και ανάπτυξη των εργαζομένων iv) Διάλογος μεταξύ πελατών και παρόχων υπηρεσιών υγείας v) Εκπαίδευση στις περίπλοκες παραγωγικές διεργασίες και vi) Χρήση σύγχρονων τεχνολογικών εργαλείων ποιότητας για τη βελτίωση των διεργασιών

Με την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, τα πλεονεκτήματα για έναν οργανισμό είναι η βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων/υπηρεσιών, που παράγει, η

αύξηση της ικανοποίησης των εξωτερικών και εσωτερικών πελατών, η αύξηση της ανταγωνιστικότητας και της παραγωγικότητας των υπηρεσιών/προϊόντων του, η μείωση κόστους, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και η αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων του. Η σχέση, που συνδέει τον ποιοτικό έλεγχο, τη διασφάλιση ποιότητας και τη διοίκηση ολικής ποιότητας διατυπώνεται στην ακόλουθη εξίσωση:

$$TQM = QA + QC$$

ή

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας = Διασφάλιση Ποιότητας + Ποιοτικός Έλεγχος

Η επιτυχής εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ σε μια νοσοκομειακή μονάδα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Απαιτείται από τους ηγέτες της επιχείρησης να διαθέτουν τη γνώση, τις ικανότητες, αλλά και την εμπειρία στον τομέα της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης (Jackson, 2001).

#### 2.6.5 Χαρακτηριστικά Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Τα χαρακτηριστικά, που διασφαλίζουν το βαθμό ποιότητας ενός παρόχου υπηρεσιών υγείας, είναι τα εξής:

Καταλληλότητα: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα, που παρέχεται, είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενή, με δεδομένη των παρούσα γνώση

Διαθεσιμότητα: ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη, ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενή, που εξυπηρετείται.

Συνέχεια: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα, που προσφέρεται στον ασθενή είναι συντονισμένη από τους επαγγελματίες υγείας.

Αποτελεσματικότητα: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος για τον ασθενή.

Δραστικότητα: ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα, που χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Αποδοτικότητα: αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές, που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή φροντίδας.

Σεβασμός και Φροντίδα: Ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της φροντίδας του και οι επαγγελματίες υγείας το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές τους.

Ασφάλεια και επικαιρότητα: Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή, που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο, καλό θα ήταν να συνοψίσουμε τις Βασικές Αρχές Διαχείρισης στους οργανισμούς υγείας:

- Επικέντρωση στον πελάτη
- Εμπλοκή των ενδιαφερομένων μερών
- Ηγετικές ικανότητες
- Δημιουργία κουλτούρας επικεντρωμένης στον άνθρωπο και τη φροντίδα του λήπτη της υπηρεσίας υγείας
- Προσέγγιση διεργασίας
- Καθοδήγηση μέσω δεδομένων και τεκμηριωμένων πληροφοριών
- Συνεργασία διαφόρων υπηρεσιών υγείας βασισμένη σε αρχές ποιότητας
- Περίθαψη προσανατολισμένη στην απαίτηση
- Αμοιβαία επωφελείς σχέσεις με τους προμηθευτές
- Διαρκής βελτίωση
- Εναρμόνιση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο / συμβατότητα με τα πρότυπα ISO

### 3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 3.1 Βασικές έννοιες και ορισμοί

Παρ' όλο που η ποιότητα και η ικανοποίηση δεν ταυτίζονται, υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ τους. Σύμφωνα με τους Parasuraman, Zeithaml και Berry, η ποιότητα μιας υπηρεσίας προσομοιάζει με μία στάση του χρήστη που σχετίζεται με την ικανοποίηση και ειδικότερα με μια μακροπρόθεσμη στάση κατά τους Bolton & Drew καθώς η ικανοποίηση αποτελεί την βραχυπρόθεσμη κρίση του, ως αντίδραση απέναντι σε κάποιο συμβάν.( Κάππας Κ., 2006) ). Εμπειρικές έρευνες αποδεικνύουν την παραπάνω άποψη, καθώς δείχνουν ότι η αντίληψη των ασθενών για το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει διάρκεια, ενώ η συναίσθηση της ικανοποίησης εξαρτάται από την έκβαση συγκεκριμένου περιστατικού. (Cronin J., 1992). Άλλοι υποστήριξαν, ότι η ιδεώδης προσδοκία των χρηστών για τις υπηρεσίες χρησιμοποιείται ως σημείο αναφοράς για την ποιότητα, ενώ η αναμενόμενη προσδοκία ως μέτρο σύγκρισης της ικανοποίησης (Κωσταγιόλας Π., 2006, Cho WH, 2004).

Από πολλούς ερευνητές η ικανοποίηση των ασθενών εκλαμβάνεται ως ένδειξη της ποιότητας. Ο Donabedian (1980) υποστήριξε ότι «η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενή, που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών». Ο Vuori (1987) επικροτεί την ίδια άποψη και διατείνεται ότι η ικανοποίηση είναι ιδιότητα της ποιότητας, ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, ένας δείκτης, που εκφράζει την αντιλαμβανόμενη ποιότητα εκ μέρους των ασθενών και συγχρόνως την προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα.

Στην ουσία, οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας γίνεται χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής (Μερκούρης Α., 1996). Εκτός από τη θεραπεία την οποία χρειάζεται κατά βάση ο ασθενής από ένα νοσοκομείο, υπάρχει ένα πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο χρήστης υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, ανασφάλεια και άγχος κι επίσης δεν δύναται να προγραμματίσει τις ανάγκες γι' αυτού του είδους τις υπηρεσίες, αλλά ούτε να κάνει σύγκριση ανταγωνιστικών υπηρεσιών. Δεν γνωρίζει πότε και πως μπορεί να



θεραπευτεί κι αυτή η «κυριαρχία» του ιατρικού προσωπικού συναντά ελάχιστα αμυντικά μέτρα για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Κρητικός Α., 2004). Η ικανοποίηση του ασθενή-χρήστη καθορίζεται από δύο ομάδες παραγόντων: τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας και τις σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενή (Θεοδώρου Μ., 1993). Όταν για παράδειγμα, οι ασθενείς καλούνται να κρίνουν τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται, κρίνουν τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας, την εξυπηρέτηση και συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού, τη διαδικασία διαχείρισης παραπόνων και τις ξενοδοχειακές ανέσεις, γιατί πιθανόν δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν την κλινική φροντίδα (Κρητικός Α., 2004). Άρα οι ασθενείς είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της ποιότητας και τις ανέσεις του περιβάλλοντος.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαφαίνεται η μεγάλη δυσκολία προσδιορισμού της έννοιας της ικανοποίησης, καθώς εκφράζονται διαφωνίες σ' ότι αφορά τον ορισμό και το περιεχόμενό της, ενώ δύναται να έχει διαφορετικό νόημα σε κάθε άτομο, αλλά κι από το ίδιο το άτομο σε διαφορετικό χρόνο (Γαβριήλ Ε., 2009). Άλλοτε ερμηνεύεται ως προσωπική άποψη, άλλοτε ως στάση κι άλλοτε ως υποκειμενική αντίληψη του ασθενή (Μερκούρης Α., 1996). Ο Donabedian (1980) αναφέρει, «ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο (τεχνικό και κοινωνικό)». Ο Pascoe (1983) όρισε ως ικανοποίηση «μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών». Σύμφωνα με τις αντιλήψεις του υπάρχουν δύο μοντέλα, που σχετίζονται με την ικανοποίηση. Το μοντέλο αντιπαράθεσης και το μοντέλο αφομοίωσης. Στην περίπτωση ενός απλού περιστατικού, η ικανοποίηση ή μη ενός ασθενή είναι το αποτέλεσμα της σύγκρισης μεταξύ των αρχικών προσδοκιών και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας (μοντέλο αντιπαράθεσης). Σε μια σύνθετη περίπτωση, στην οποία η μη πλήρης κατανόηση του προβλήματος αποτελεί τον κανόνα, οι ασθενείς μπορούν να ανασκευάζουν τις προσδοκίες τους και να αναπροσαρμόζουν τις

εκτιμήσεις τους, εφόσον η πρακτική τους εμπειρία δεν υπολείπεται σημαντικά των αρχικών τους προσδοκιών (μοντέλο αφομοίωσης). Αυτό το μοντέλο εξηγεί γιατί καταγράφονται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ έχουμε χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης για υπηρεσίες, που αφορούν, την τροφοδοσία και καθαριότητα, καθώς αυτά προσεγγίζονται και γίνονται πιο εύκολα αντιληπτά από τους ασθενείς.(Κάππας Κ., 2006). Ο Smith (1976) διατύπωσε τον ορισμό «ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας».

Κατά τον Petersen (1988) η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο αποδεκτός ορισμός είναι της Risser (1975) σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική μονάδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών, που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα, που πραγματικά προσφέρεται.

Οι Ware & Snyder (1975) ανέφεραν δέκα περιοχές ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας. Κατόπι, εφαρμόζοντας παραγοντική ανάλυση, κατέληξαν σε οκτώ περιοχές: τεχνική, τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις), φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, πρόσβαση, συνέχεια, αποτελεσματικότητα και οικονομικά. Παρ' όλο που στη διαδικασία αξιολόγησης της εγκυρότητας του περιεχομένου δεν συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητας αυτών των περιοχών, αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή, ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (Oberst, 1984).

Οι Greeneich, Long & Miller το 1992 κάνοντας κριτική ανάλυση των προηγούμενων θεωριών για την ικανοποίηση των ασθενών, κατέληξαν ότι τέσσερις από τις διαστάσεις, που έχουν προταθεί από τους Ware & Snyder για τη φροντίδα υγείας, έχουν εφαρμογή στη νοσηλευτική: τέχνη, τεχνική, φυσικό περιβάλλον και αποτελεσματικότητα. Οι ίδιοι πρότειναν πέντε νοσηλευτικές διαστάσεις: α) χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (ευγένεια, ενδιαφέρον, σεβασμός), β) χαρακτηριστικά νοσηλευτικής φροντίδας (διδασκαλία, εμπιστοσύνη, συνέχεια, φροντίδα, υπεράσπιση δικαιωμάτων του ασθενούς και τεχνικές

επικοινωνίας), γ) νοσηλευτική ικανότητα (τεχνική, γνώσεις και οργανωτική ικανότητα), δ) περιβάλλον (θόρυβος, ευκολίες, φαγητό, καθαριότητα) και ε) προσδοκίες ασθενών.

Σύμφωνα με τον Meterko και τους συνεργάτες του (1990), υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: υποδοχή των ασθενών, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, υπόλοιπο προσωπικό, περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Τέλος, οι Carey & Seibert (1993) αναφέρουν επίσης την ύπαρξη οκτώ περιοχών ικανοποίησης: ευγένεια, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φαγητό, άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης, θρησκευτικές ανάγκες και αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

Οι περισσότεροι ερευνητές αναγνωρίζουν τις προσδοκίες ως ένα σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών, αλλά δεν υπάρχει συμφωνία ως προς το βαθμό και τον τρόπο με τον οποίο οι ακάλυπτες προσδοκίες επιδρούν στη συνολική ικανοποίηση (Μερκούρης Α., 1996).

### **3.2 Χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών**

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός (McDonnel & Nash, 1990, Scardina, 1994) και οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών (Miller – Bader, 1988) είχαν σαν αποτέλεσμα να δοθεί έμφαση στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές (Bond & Thomas, 1992, Fitzpatrick, 1991). Πλέον, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (ΟΤΑ, 1988). Οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση συμφωνούν, ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για αναγνώριση, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (JCAHO, 1991) και αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα και την εγκυρότητα της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη ποιότητας της φροντίδας (Bond & Thomas 1991, Donabedian 1980, Strasen 1988, Vuori 1987).

Η ταχύτερη ανάρρωση των περισσότερο ικανοποιημένων ασθενών μπορεί να αποδοθεί στο αίσθημα εμπιστοσύνης και την απορρέουσα συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, η οποία πηγάζει από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης λόγω

της συμμετοχής των ασθενών μέσω της έκφρασης των απόψεών τους για την ποιότητα των υπηρεσιών (Cleary & McNeil, 1988). Γι' αυτό το λόγο πολλοί θεωρούν, ότι και μόνο η αναζήτηση της άποψης των ασθενών για τη φροντίδα που τους παρέχεται, αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση, καθώς αυξάνει την ικανοποίησή τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή, αποτρέποντας την υιοθέτηση ενός παθητικού ρόλου ( Bond & Thomas 1992, Simpson 1985).

Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Vuori (1987), δύο φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο σ' αυτό. Πρώτα, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελιμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή του *' να κάνεις το περισσότερο καλό, για το καλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων '*. Δεύτερον, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σ' έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό, λαμβάνοντας υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες, την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά κι όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα.

Η ικανοποίηση του ασθενή συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας (Linder-Pelz, 1982). Αυτό συνεπάγεται ότι η μέτρηση της μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας (Fitzpatrick, 1991).

Σύμφωνα με τον Petersen (1988), οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι πλήρως σχηματισμένες πριν την είσοδό τους στο νοσοκομείο. Εάν το προσωπικό το επιθυμεί, μπορεί να διαμορφώσει ή να επηρεάσει τις προσδοκίες και την αντίληψη που έχει ο ασθενής για τη φροντίδα υγείας. Οι νοσηλευτές, λόγω χάρη, βρίσκονται στη στρατηγική θέση να επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών λόγω της συνεχούς τους παρουσίας δίπλα στους ασθενείς (Scardina, 1994) και μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη διόρθωση των προβλημάτων και να εγγυηθούν ένα θεραπευτικό περιβάλλον όλο το 24ωρο (Taylor, 1970).

Η μέτρηση ικανοποίησης είναι πολύ σημαντική για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που υπάρχει σήμερα στις υπηρεσίες υγείας. Η διερεύνηση της δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές του ανάγκες σε προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και για την επιτυχία ή όχι των συστημάτων οργάνωσης

της φροντίδας. Το προσωπικό μπορεί να αξιοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για να κάνει διορθωτικές παρεμβάσεις που όχι μόνο βελτιώνουν άμεσα τη φροντίδα και την κατάσταση των ασθενών, αλλά παράλληλα αυξάνουν την ικανοποίησή τους, κάτι που δύναται να οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία (Abdellah & Levine 1957, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983). Επιπλέον, η διοίκηση μπορεί να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών, για επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού. Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξεύρεση τρόπων επιτυχούς προσέλκυσης πελατών. Στη θέση ενός πελάτη μη ικανοποιημένου πρέπει να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις, για να εξισορροπηθεί η κατάσταση (Leebon, 1988).

Σε μια εποχή όπου η γνώμη του καταναλωτή για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς, έχοντας ως στόχο τη βελτίωση των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών, θα ήταν παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών, του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Το δικαίωμα έκφρασης του ασθενή δείχνει την ευθύνη που έχει το προσωπικό, για τη συλλογή αυτών των πληροφοριών (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1995).

Πολλοί ερευνητές αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας όχι μόνο ως ένα απλό μέτρο της ποιότητας αλλά ως σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης (Linder-Pelz, 1982).

Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών δύναται να χρησιμοποιηθεί στην: 1. Αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, 2. Αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας, 3. Λήψη διοικητικών αποφάσεων, 4. Αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας, 5. Προσέλκυση ασθενών-πελατών (marketing) και 6. Διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

### **3.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών**

Από τους πρώτους φιλοσόφους έχει επισημανθεί η έννοια της ποιότητας της ζωής. Ο Αριστοτέλης έγραψε για τη φύση της ευτυχίας και τι απαιτείται προκειμένου να έχουν οι άνθρωποι μια καλή ζωή. Στα επόμενα χρόνια, πρωταρχικός στόχος πολλών φιλοσόφων ήταν η επίτευξη υψηλότερης κατάστασης ή αγαθού, σύμφωνα πάντα με τις περιστάσεις.

Το άτομο που θα πετύχαινε αυτό το στόχο, θα είχε καλύτερη ποιότητα ζωής (Osterfeld E., 1994). Το ίδιο ισχύει και για τον ασθενή. Το υψηλότερο αγαθό για τον άρρωστο πρέπει να είναι η επιβεβαίωση της ζωής, παρά η εμπλοκή σε δυσμενείς περιστάσεις που δημιουργούνται από την ασθένεια και τη θεραπείας της (Faden R., 1992).

Από τη δεκαετία του '80, οπότε και άρχισε μια πιο επιστημονική προσέγγιση του θέματος «ικανοποίηση ασθενών και ποιότητα», διατυπώθηκε και συμφωνήθηκε σε γενικές γραμμές, ότι η ποιότητα καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Donabedian 1980, Vuori 1987). Συμπληρώνοντας ο τελευταίος, ανέφερε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι: α) ιδιότητα της ποιότητας φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, β) δείκτης της ποιότητας φροντίδας, που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας, γ) προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η Henry και οι συνεργάτες της (1993) πρότειναν ένα βασικό μοντέλο, ως ελάχιστο για την αξιολόγηση της ποιότητας, το οποίο περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: καταλληλότητα θεραπείας, χρόνο νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας και τέλος ικανοποίηση ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Υπάρχουν και ερευνητές που αμφισβητούν την εγκυρότητα του δείκτη (ικανοποίηση ασθενών) για την ποιοτική φροντίδα. Για παράδειγμα, ο Eriksen (1987) αμφισβήτησε το ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνεπάγεται και ποιοτική φροντίδα, γιατί η άσκηση επαγγελματικής νοσηλευτικής, όπως η διδασκαλία για αυτοφροντίδα, μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τρόπο ζωής. Γι' αυτό το λόγο, διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης δείχνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας κι όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Παραδοσιακά οι επαγγελματίες υγείας καθορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να ικανοποιηθούν (ΟΤΑ, 1988). Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν δυσκολία στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων. Η δυσκολία αυτή μπορεί να οφείλεται σε άλλα βαθύτερα αίτια, όπως αποτυχία κατανόησης των ιατρικών

οδηγιών, ελλιπής ενημέρωση, αδυναμία αποδοχής της νόσου, ή και ακόμη να αποδίδεται σε άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, καθώς και στη βαρύτητα της νόσου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς αξιολογούν φτωχή ποιότητα ζωής και είναι απρόθυμοι στο να διατυπώσουν τις βαθύτερες ανάγκες τους. Αυτή η δυσκολία είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή/και στην εξάρτηση από το προσωπικό (Bond S., 1992, Μερκούρης Α., 1996, Πολυκανδριώτη Μ., 2009).

Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενή, την οποία οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δουν σαν πραγματικότητα, ανεξάρτητα από το αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Το πιο σημαντικό είναι πως αισθάνεται ο ασθενής ακόμη κι αν το προσωπικό υγείας έχει διαφορετική αντίληψη, γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Bond S., 1992).

Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge (1990) για την ποιότητα που είναι «οτιδήποτε αφορά τον καταναλωτή», στο χώρο της υγείας ποιότητα είναι «οτιδήποτε αφορά τον ασθενή». Ό, τι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή, ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος. Για να είναι μια υπηρεσία παροχής υγειονομικών υπηρεσιών πετυχημένη πρέπει να συμπεριλαμβάνει την άποψη των χρηστών-πελατών της στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας, καθώς και στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων (Μερκούρης Α., 1996).

### **3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή**

Η θεραπευτική σχέση εκλαμβάνεται ως μια ιδιόμορφη κοινωνική σχέση που διαμορφώνεται από δύο άτομα: α) τον άρρωστο με την ασθένειά του και β) το θεραπευτή με τις ειδικές του γνώσεις και την τεχνική. Στην πραγματικότητα όμως, τη σχέση αυτή εξαρτάται κι από τις κοινωνικές δομές και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται (Σαρής Μ., 2001).

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή είναι πολυπαραγοντικός. Οι J. Fox & D. Storms υποστήριξαν ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των ασθενών είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ικανοποίησή τους από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Αυτοί οι παράγοντες είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη και η περιοχή διαμονής.

Η εθνικότητα είναι ίσως από τα πιο πολύπλοκα χαρακτηριστικά. Οι δυσκολίες στη γλώσσα είναι πρόβλημα κλειδί με το υγειονομικό προσωπικό. Οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις ορισμένων μεταναστευτικών ομάδων π.χ. η εξέταση μουσουλμάνων γυναικών από άντρες ιατρούς ή νοσηλευτές, επηρεάζει ιδιαίτερα αρνητικά την αξιολόγηση των συγκεκριμένων χρηστών.

Οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές είναι υπεύθυνοι για μια σειρά λαθών, κάνοντας την ικανοποίηση ως εργαλείο πιο περίπλοκη. Υπάρχουν ασθενείς που απαντούν στον ερευνητή αυτό που θέλει εκείνος ν' ακούσει (ο ερευνητής) (social desirability response bias) θέλοντας να γίνουν ευχάριστοι στον ερευνητή, αποβλέποντας να αποκομίσουν κάποιο είδους ωφέλεια από τις υπηρεσίες υγείας (ingratiating response bias, self-interest bias) (Sitzia, 1997).

Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που πηγάζουν από τη σχέση ασθενή επαγγελματία υγείας είναι: α) η ποιότητα και η ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει ο επαγγελματίας υγείας στον ασθενή και β) το ενδιαφέρον και η ικανοποίηση που δείχνει για την ασθενή (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας επιδρά στη διαμόρφωση της σχέσης επαγγελματία υγείας και ασθενή και της συνακόλουθης άσκησης διαφοροποιημένων ρόλων μεταξύ τους. Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ο άρρωστος αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησής του. Η περιορισμένη συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων επηρεάζουν αρνητικά τη θεραπευτική διαδικασία (Σαρρής Μ., 2001).

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η ικανοποίηση του ασθενή δεν εξαρτάται αποκλειστικά από το επίπεδο πληροφόρησης που δέχεται, αλλά κι από τη δυνατότητα που του παρέχεται, να εκφράσει τα συναισθήματά και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι εισακούονται από τους επαγγελματίες υγείας κι ότι εκείνοι ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).



### 3.4.1 Σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή

Η σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή επηρεάζεται και εξαρτάται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Θεωρώντας την ασθένεια ως μία οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνονται και τον ασθενή ως ένα βιολογικό περιστατικό. Στόχος της εκάστοτε παρέμβασης θα πρέπει να είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Οι γνώσεις των ειδικών είναι πάντα επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται σε αντικειμενικές πληροφορίες, απόρια κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου.

Κατά το βιοϊατρικό πρότυπο, ασθένεια αξιολογείται μόνο ότι σχετίζεται με την πρωταρχική βιολογική διαταραχή. Οι αντιλήψεις του ασθενή για την πάθηση του παρουσιάζουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τον ιατρό, που προτιμά να αποπροσωποποιεί τη σχέση του με τον ασθενή (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Ο ασθενής καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευτεί και να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπεία. Είναι δηλαδή αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Η σχέση ανάμεσα στο άρρωστο και στο προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση. Οι ασθενείς υποτάσσονται στο βιοϊατρικό μοντέλο φοβούμενοι την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους που μερικές φορές είναι βλαπτικός για την υγείας τους. Έτσι, την ευθύνη εξολοκλήρου την αναλαμβάνουν οι ειδικοί καθιστώντας τους εαυτούς τους αποκλειστικά υπεύθυνους για τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας των ασθενών.

Αυτή η άνιση σχέση ενισχύεται κι από τα δύο μέρη. Βραχυπρόθεσμα, δείχνει να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στο βάθος χρόνου δεν είναι θεραπευτική, καθώς αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και οι δυνατότητες αυτοθεραπείας, του ίδιου του ασθενή, ενώ συγχρόνως αναπτύσσονται δύο αρνητικές καταστάσεις στον άρρωστο, η παθητικότητα και η εξάρτηση που τον αποτρέπουν ν' αναλάβει τις ευθύνες του και να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα υγείας (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

Μολονότι κατά βάση μοντέλο αναγωγικό και παρά το γεγονός ότι η κοινωνία οφείλει στο πρότυπο αυτό τα μεγάλα ιατρικά επιτεύγματα, δε φαίνεται πλέον να ικανοποιεί τις σύγχρονες απαιτήσεις (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Μέσα από το πρίσμα της βιοψυχολογικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας του. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής του, ο ασθενής μπορεί να μάθει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το καθημερινό στρες, να περιορίζει κάποιες επιβλαβείς συνήθειες και να υιοθετήσει υγιείς συμπεριφορές. Στη συγκεκριμένη σχέση διαφαίνεται πλέον διάθεση για ουσιαστική συνεργασία. Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στη βαθύτερη κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που οδήγησαν στην ανάπτυξη της ασθένειας και επηρέασαν την υγεία του ασθενή.

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο περιλαμβάνει τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ζωής του αρρώστου. Η νόσος δεν αρχίζει και δεν τελειώνει σ' ένα φυσικό σημείο/σύμπτωμα, αλλά αποτελεί συνάρτηση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Θεωρείται ότι πάσχει το άτομο ως σύνολο κι όχι μεμονωμένα όργανα που εμφανίζουν δυσλειτουργία. Η θεώρηση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την πληρέστερη κατανόηση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου. Σύμφωνα μ' αυτό το πρότυπο, ο ιατρός διακατέχεται από μια ευρεία ολιστική αντίληψη για τη νόσο και το ρόλο του και θεωρεί τη σχέση του με τον ασθενή κοινωνικά ισότιμη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενή (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, η προσοχή στρέφεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή, στην αντίληψη που έχει ο ίδιος για την αρρώστια του, καθώς και τη σχέση του με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Από την άλλη, ενδιαφέρον επικεντρώνεται και στο προσωπικό υγείας, στα κίνητρα που το ώθησαν στη επιλογή του επαγγέλματος, στις αντιλήψεις που έχει για τη σχέση με τον ασθενή και τη στάση που τηρεί απέναντί του.

Αυτή λοιπόν η δυναμική σχέση μεταξύ τους έχει άμεση επίπτωση στην πορεία της νόσου. Ο άρρωστος δεν εκφράζεται μόνο λεκτικά αλλά και μέσω των συμπτωμάτων του. Από την άλλη, οι επαγγελματίες υγείας που είναι υπεύθυνοι για την κατάσταση της υγείας του, μερικές φορές εκφράζουν διαφορετικά τη συμπεριφορά τους απ' αυτό που λένε με λόγια. Είναι σημαντικό να εκπαιδευτεί και να κατέχουν τις απαραίτητες ψυχολογικές γνώσεις που θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν και υποστηρίξουν αποτελεσματικότερα τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωρίζουν τις ικανότητες, αλλά και τα όρια τους. Να παραμένουν ανοιχτοί σε μια διεργασία αυτογνωσίας που τους βοηθά να συνειδητοποιούν, πως επηρεάζονται από τις

καταστάσεις, που ζουν καθημερινά στο χώρο εργασίας τους (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

Λόγω των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών του καθενός από τα δύο βασικά ιατρικά πρότυπα, φαίνεται ότι κανένα από τα δύο δεν πρέπει να προταθεί με αποκλεισμό του άλλου. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι επιλεκτικό και να αντλεί από το καθένα τα στοιχεία εκείνα που θεωρεί, ότι είναι ωφέλιμα για κάθε περιστατικό (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

### 3.4.2 Η επικοινωνία στη θεραπευτική σχέση

Η επικοινωνία, στο χώρο ενός ιατρείου, αναφέρεται στη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών ιατρού – ασθενούς και πραγματοποιείται όχι μόνο σε νοητικό, αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο. Όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι μορφές διαπροσωπικών σχέσεων και δύνανται να βασίζονται στις αρχές της ισότητας ή της ανισότητας. Τα μηνύματα στην επικοινωνία μεταφέρονται με τον προφορικό λόγο, το ρυθμό, τις παύσεις, την έμφαση και τον τόνο της φωνής και τη γλώσσα του σώματος, το βλέμμα, τις χειρονομίες, τη στάση, το ντύσιμο, την τήρηση σωματικών αποστάσεων κ.α.

Έχει διαπιστωθεί, ότι η ικανοποίηση των ασθενών παρουσιάζει μεγάλη συσχέτιση με την ικανότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να εγκαθιστούν μη λεκτική επικοινωνία (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν στην παρότρυνση του αρρώστου να μοιραστεί το πρόβλημά του. Ο επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση να γνωρίζει, ότι παρέχοντας τον κατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» στον ασθενή για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να διακόπτεται ή να καθοδηγείται, λαμβάνει εκείνες τις πληροφορίες, που τον βοηθούν να κατανοήσει το πρόβλημα υγείας.

Αρχικά, οι ανοικτές ερωτήσεις δίνουν τη δυνατότητα στον ασθενή να οργανώσει και να αναπτύξει τις σκέψεις του, να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Ενθαρρύνεται να μοιραστεί τα συναισθήματά και τις σκέψεις του.

Αντίθετα, οι κλειστές ερωτήσεις οδηγούν το άτομο σε απαντήσεις με μία ή δύο λέξεις (ναι ή όχι) περιορίζοντας έτσι τη συζήτηση. Οι συγκεκριμένου τύπου ερωτήσεις είναι χρήσιμες στη λήψη μερικών πληροφοριών.

Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σύντομες, συγκεκριμένες και να παρέχουν την ευκαιρία επικέντρωσης. Είναι σημαντικό να διατηρείται ουδετερότητα από την πλευρά του προσωπικού, που λαμβάνει τις πληροφορίες και να αποφεύγονται τα σχόλια. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η σιωπή του αρρώστου μπορεί να έχει θεραπευτικές επιπτώσεις, καθώς δίνεται ο χρόνος στο άτομο να σκεφτεί και να επικεντρωθεί στην ερώτηση δίνοντας στοχευμένες απαντήσεις. Συχνά, όμως, η σιωπή φέρνει αμηχανία στο προσωπικό υγείας, το οποίο παρεμβαίνει με ερωτήσεις ή σχόλια για να καλύψει το κενό.

Στο μη λεκτικό επίπεδο η οπτική επαφή είναι ένα από τα πιο ισχυρά μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα δε αυτού του είδους της επαφής εξαρτάται από την οικειότητα που νιώθουν οι ασθενείς με τους επαγγελματίες υγείας. Η απόσταση μεταξύ τους, η θέση του καθενός και ο προσανατολισμός τους στο χώρο επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνονται αμφότερα. Η στάση του σώματος και οι χειρονομίες δηλώνουν τη τάση προσέγγισης ή απομάκρυνσης. Επίσης, εκφράζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου τη δεδομένη στιγμή. Όταν υπάρχει συμφωνία της συναισθηματικής διάθεσης και του λεκτικού περιεχομένου, ενισχύονται τα λεγόμενα του ασθενή, ενώ στην αντίθετη περίπτωση τα μηνύματα που μεταδίδονται, είναι αντιφατικά και λειτουργούν συγχυτικά.

Για τους παραπάνω λόγους οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να προσέχουν τον τρόπο προσέγγισης των ασθενών, γιατί η επικοινωνία τροποποιεί και διαμορφώνει, με τη σειρά της, το ποσοστό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

## 4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

### ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

#### 4.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Διάφοροι προβληματισμοί και διαπιστώσεις της Διεθνούς κοινότητας και των επιστημόνων οδήγησαν στην αναθεώρηση παραδοσιακών σκέψεων και αντιλήψεων, για τον τρόπο που μέχρι εκείνη τη στιγμή κάθε κοινωνία αντιμετώπιζε το θέμα υγείας και την οργάνωση των υπηρεσιών παροχής υγείας. Αυτές οι «νέες» σκέψεις που σχετίζονταν με την αντιμετώπιση της ασθένειας, κυρίως με προληπτικές και λιγότερο με θεραπευτικές μεθόδους, κυριάρχησαν στη Διεθνή Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που διοργανώθηκε με πρωτοβουλία του WHO και της UNICEF στην Alma-Ata της Σοβιετικής Ένωσης (12/9/1978) για την υγεία (Primary Health Care) και οδήγησε την τελική διακήρυξη, ότι αποτελεί το μέσο για την υλοποίηση του σκοπού, που υιοθετήθηκε, «Υγεία για όλους ως το έτος 2000». Η διακήρυξη βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού (Μωραΐτης 1995). Η ΠΦΥ οριοθετείται ως ένα σύστημα παροχής βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών παροχής υγείας τόσο σε ατομικό, όσο και σε οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας (Κοντιάδης, 2005).

Σύμφωνος με τις αρχές της διακήρυξης της Alma-Ata ήταν ο νόμος 1397/1983 (νόμος 1397/1983, ΦΕΚ 143<sup>Α</sup>) ο οποίος είχε στόχους την καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, την ισότητα της πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα. Από τους παραπάνω στόχους επιτεύχθηκαν η θεσμοθέτηση νέων ιατρικών ειδικοτήτων, η δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας (αγροτικού τύπου) και η συγκρότηση Επιτροπής ΠΦΥ, ενώ κάποιοι άλλοι έμειναν μόνο στο σχεδιασμό, όπως η κάρτα υγείας και η μείωση του ποσοστού χρηματοδότησης της ΠΦΥ. Από το 1983 κι έπειτα έγιναν προσπάθειες νομοθέτησης με στόχο την περαιτέρω ανάπτυξη κι εφαρμογής των υπηρεσιών, που παρέχουν ΠΦΥ, χωρίς όμως αξιόλογα

αποτελέσματα – όχι από νομοθετικής άποψης αλλά από εκτελεστική- καθώς όλες οι προσπάθειες σκόνταφταν στη γραφειοκρατία και την αναξιοκρατία.

Στο τελευταίο σχέδιο Νόμου που κατατέθηκε και αφορούσε την ΠΦΥ(3/4/2012) ορίζεται ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, *το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες ΠΦΥ. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση κι εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία.*

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει:

1. Ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες με σκοπό την πρόληψη κι αποκατάσταση των βλαβών της υγείας για τις οποίες δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο.
2. Διεξαγωγή ιατρικών και οδοντιατρικών πράξεων κι εξετάσεων και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων.
3. Φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
4. Υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι.
5. Υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
6. Επείγουσα προνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της μεταφοράς ασθενών από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) ή άλλους πιστοποιημένους για τον σκοπό αυτό, οργανισμούς.
7. Παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, σύμφωνα με την πολιτική Δημόσιας Υγείας και τα Εθνικά Σχέδια Δράσης του Υπουργείου Υγείας, στον πρωτογενή και δευτερογενή τομέα. Οι υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής εστιάζουν ιδίως στα προβλήματα των επιδημιών και των παραγόντων κινδύνου της υγείας του πληθυσμού. Υλοποιούνται και με την ιατρική της εργασίας, την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας, την ενημέρωση σε θέματα κοινωνικού

προγραμματισμού και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και κάθε άλλη δράση, που συνδέεται με μέτρα πρόληψης στο πλαίσιο της Εθνικής Πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία. Στα πλαίσια αυτά εξαγγέλθηκαν μέτρα για τους μετανάστες και τον έλεγχο της υγειονομικής τους κατάστασης (Μάρτιος 2012).

8. Παροχή εξ αποστάσεως ιατρικών συμβουλών και υπηρεσιών με τη χρήση προηγμένων τεχνολογιών και υποδομών, τηλεϊατρική και ανοικτή γραμμή επικοινωνίας.
9. Παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας.
10. Σχεδιασμό και υλοποίηση παρεμβάσεων για τη βελτίωση της συνολικής υγείας και των τοπικών κοινωνιών.
11. Μέριμνα και παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ορισμένων ειδικοτήτων, για την αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων υγείας που εμφανίζονται σε τοπικό επίπεδο.
12. Παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δύνανται να παρέχουν δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς.

Οι Δημόσιοι φορείς είναι:

1. Τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου τα οποία είναι αυτόνομες και αυτοδιοικούμενες υπηρεσίες που υπάγονται στην ΥΠΕ, στις οποίες τη χωρική αρμοδιότητα λειτουργούν.
2. Τα Κέντρα Υγείας περιφέρειας, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα κέντρα υγείας των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, τα οποία είναι αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες και υπάγονται διοικητικά στην υπηρεσία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της ΥΠΕ, στις οποίες τη χωρική αρμοδιότητα λειτουργούν.
3. Τα περιφερειακά πολυϊατρεία, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου.
4. Οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες δύνανται να

διενεργούν τις ετήσιες ιατρικές πράξεις πρόληψης και εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα ΠΦΥ, μετά από προγραμματικές συμβάσεις του Υπουργείου Υγείας με τους αντίστοιχους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

5. Οι πρωτοβάθμιες μονάδες ψυχικής υγείας οι οποίες είναι αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες υπαγόμενες στη Γενική Διεύθυνση της ΠΦΥ.
6. Οι κινητές μονάδες πρόληψης ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας.
7. Τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών.
8. Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.
9. Τα αντικαπνιστικά κέντρα.
10. Η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας η οποία συνίσταται ως αυτοτελής υπηρεσία της Γενικής Διεύθυνσης ΠΦΥ στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.Ε.Π.Υ) με σκοπό την παροχή ιατρικών συμβουλών μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας και του διαδικτύου.
11. Οι μονάδες του ΕΣΥ και οι εποπτευόμενες από το Υπουργείο Υγείας οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την παρούσα στιγμή.
12. Οι μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης.

Οι ιδιωτικοί φορείς είναι αντίστοιχων κατηγοριών των δημοσίων φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίοι πληρούν τους όρους και τις προϋποθέσεις της κείμενης νομοθεσίας.

Τέλος, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε τις μη κυβερνητικές – μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες εξυπηρετούν το γενικό πληθυσμό, τους μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυϊατρεία τους συμβάλλοντας κατ' αυτό τον τρόπο στην προσπάθεια πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας.



## 4.2 Δημοτικά Ιατρεία

Τα Δημοτικά Ιατρεία αποτελούν τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των ΟΤΑ α΄ βαθμού.

Η σημαντική συνεισφορά των υπηρεσιών παροχής υγείας των ΟΤΑ α΄ βαθμού με το θεσμό του Δημοτικού ιατρείου έγκειται στο γεγονός ότι το δημοτικό ιατρείο, ως φορέας παροχής ΠΦΥ, αποτελεί την «πύλη εισόδου» στο σύστημα υγείας. Δηλαδή είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη-δημότη με το υγειονομικό σύστημα. Η λειτουργία του στην ουσία επιτελεί τη διαδικασία “gate keeping” στην πρώτη προσέγγιση των ασθενών-δημοτών για την επίλυση των προβλημάτων της υγείας τους. Αφού λάβουν τις πρώτες εκτιμήσεις και γνωματεύσεις, θα ενημερωθούν αποτελεσματικά και αποδοτικά και στη συνέχεια θα προσανατολιστούν, με ποιοτική ενημέρωση, αν χρειάζεται προώθηση τους σε δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια περίθαλψη. Τα δημοτικά ιατρεία παρέχουν ένα ευρύ φάσμα βασικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, που ακολουθεί:

Πίνακας 1 . Φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων

Πηγή: Θεοδωράκης, 2006, σελ. 450

<b>ΠΡΟΛΗΨΗ</b>	
1.	Αγωγή Υγείας
2.	Συμβουλευτική Ιατρική
3.	Γενετική Συμβουλευτική
4.	Περιγεννητική Φροντίδα
5.	Εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων
6.	Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος παιδιών και εφήβων
7.	Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος χρόνιων νοσημάτων
8.	Οικογενειακός προγραμματισμός

9.	Πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
10.	Δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή
11.	Επαγγελματική υγιεινή
12.	Οδοντιατρική πρόληψη
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	
1.	Διάγνωση
2.	Θεραπεία
3.	Παρακολούθηση των χρόνιων ασθενειών
4.	Πρώτες βοήθειες
5.	Διακομιδή ασθενών στα νοσοκομεία
6.	Βραχεία νοσηλεία
7.	Σύστημα παραπομπών σε ειδικές υπηρεσίες
8.	Οδοντιατρική φροντίδα
<b>ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	
1.	Κατ' οίκον νοσηλεία
2.	Τελική φροντίδα
3.	Φυσιοθεραπεία και αποκατάσταση
4.	Κοινωνική εργασία

## 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1 Το προφίλ των Δημοτικών Ιατρείων Παλαιού Φαλήρου

Τα Δημοτικά Ιατρεία έχουν γίνει πλέον θεσμός και έχουν προσφέρει σημαντικό έργο στις πόλεις, στις οποίες έχουν αναπτυχθεί. Λόγω της οικονομικής κρίσης που βιώνει η Ελλάδα τον τελευταίο χρόνο, έχει αυξηθεί η δημιουργία και λειτουργία Κοινωνικών Ιατρείων και Φαρμακείων στα διάφορα δημοτικά διαμερίσματα προσφέροντας Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε ανασφάλιστους Έλληνες, άστεγους και ηλικιωμένους.

Ο Δήμος Παλαιού Φαλήρου στην προσπάθειά του για βελτίωση της ποιότητας ζωής των δημοτών του και δημιουργίας μιας πιο αλληλέγγυας Δημοτικής Κοινωνικής Πολιτικής εφαρμόζει από το 1988 ένα πρόγραμμα λειτουργίας των ιατρείων με μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά εθελοντές ιατρούς, χωρίς εξαρτημένη σχέση εργασίας και αμοιβής, καλύπτοντας τις ανάγκες υγείας ανασφάλιστων και συνταξιούχων του ΟΓΑ, καθώς και ανάγκες πρόληψης και ενημέρωσης του πληθυσμού. Είναι δε από τους πρώτους Δήμους στην Ελλάδα που τόλμησαν το συγκεκριμένο εγχείρημα, το οποίο κέρδισε τη συνολική αποδοχή των δημοτών του.

Πιο συγκεκριμένα, το τμήμα Υγείας και Πρόνοιας έχει υπό την εποπτεία του τα Δημοτικά Ιατρεία, το γραφείο Κοινωνικής Πρόνοιας, την παιδιατροφή με συνεχή προγράμματα ενημέρωσης κι εκπαίδευσης ενάντια στην παιδική παχυσαρκία, τη συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη γονέων, τα προγράμματα κατ' οίκον νοσηλεία για ηλικιωμένα κι ανήμπορα άτομα. Μεριμνά επίσης για τη διεξαγωγή ενημερωτικών εκδηλώσεων (ομιλιών, συζητήσεων, προβολών) και την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής (σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εφήβων, συμβουλευτική γονέων, οικογενειακού προγραμματισμού, εθελοντική αιμοδοσία), λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των πολιτών και της εποχής.

Στα Δημοτικά Ιατρεία παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και παράλληλα κινούνται προγράμματα αγωγής υγείας στα πλαίσια της πρόληψης και ενημέρωσης των δημοτών. Στεγάζονται σε κεντρικό σημείο, ώστε να δίνεται η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης και υπάρχει στενή συνεργασία με τα τρία ΚΑΠΗ του

Δήμου και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, που είναι παράρτημα του Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας και εδράζεται στην περιοχή.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξειδικευμένο σε θέματα αρτηριακής πίεσης, σακχαρώδους διαβήτη και δυσλιπιδαιμίας. Τα ιατρεία που λειτουργούσαν τη δεδομένη στιγμή που διεξήχθη η έρευνα ήταν το διαβητολογικό, πνευμονολογικό, ορθοπεδικό, γυναικολογικό, χειρουργικό, διατροφολογικό (συμβουλές διατροφής), παιδο-οδοντιατρικό, παθολογικό (εξυπηρετούσε ανάγκες συνταγογράφησης και εξέτασης ασθενών) και ψυχοθεραπευτικό για ενήλικες. Οι ιατροί δέχονταν κατόπιν ραντεβού και στην ημέρα που ήταν ορισμένη από το εβδομαδιαίο πρόγραμμα λειτουργίας των ιατρείων.

## **5.2 Σκοπός και ερευνητικές μέθοδοι**

Κύριος σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων των επισκεπτών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν τα Δημοτικά Ιατρεία του Δήμου Παλαιού Φαλήρου. Για την επίτευξή της κατανεμήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο προσαρμοσμένο στη λειτουργία των ιατρείων και τις ανάγκες του Δήμου (Παρ. 1). Από το ερωτηματολόγιο αφαιρέθηκαν ερωτήσεις σχετικές με την προσβασιμότητα (χωροταξική), λόγω των έργων ανέπλασης της περιοχής κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε το διάστημα Νοέμβριο – Δεκέμβριο του 2011 και αφορούσε συνολικό αριθμό 100 επισκεπτών, δηλαδή, περίπου το 10 - 12% του συνολικού ετήσιου αριθμού (έχει υπολογιστεί ότι τα ιατρεία επισκέπτονται το χρόνο 1200 έως 1300 άτομα, εκ των οποίων τα 2/5 είναι επαναληπτικές επισκέψεις). Εφαρμόστηκε τυχαία δειγματοληψία για αξιόπιστα αποτελέσματα. Ο μόνος περιορισμός που τέθηκε ήταν ο τόπος διαμονής. Το δείγμα προέρχεται από δημότες του Παλαιού Φαλήρου, κατόπιν συνεννόησης με τις Δημοτικές Αρχές, εφόσον τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλλουν στη λήψη μέτρων για την αύξηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των κατοίκων του Δήμου. Η διαδικασία ήταν ιδιαίτερα γρήγορη και εύκολη, καθώς οι επισκέπτες συμμετείχαν ευχάριστα και η βοήθεια των εργαζομένων ήταν πολύτιμη.

Με την ολοκλήρωση των απαντήσεων οι επισκέπτες είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις τους για τη βελτίωση της λειτουργίας

των ιατρείων και της δομής τους. Η χρόνος συμπλήρωσης δεν ήταν μεγαλύτερος των πέντε λεπτών και η επαφή των επισκεπτών με την έρευνα γίνονταν στην αίθουσα αναμονής, καθώς δεν υπήρχε η δυνατότητα απομόνωσης.

Το ερωτηματολόγιο ενημέρωνε τον επισκέπτη για τη φύση και το σκοπό της έρευνας και για το ότι οι πληροφορίες που παρείχε ήταν ανώνυμες.

Οι ερωτήσεις διαχωρίζονταν σε δύο ομάδες: τα στοιχεία του επισκέπτη και ερωτήσεις σχετιζόμενες με τις εμπειρίες του στο χώρο των ιατρείων. Στη δεύτερη ομάδα, στις τέσσερις πρώτες έγινε καταγραφή γεγονότων με μία διχοτομική ερώτηση (τύπου ναι/όχι), ενώ στις υπόλοιπες χρησιμοποιήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα 7σημείων του Likert, με την οποία μετρήθηκε η ικανοποίηση των επισκεπτών. Η χρήση κλιμάκων τύπου Likert επιτρέπει στον ερευνητή αντί για ερωτήσεις να θέτει έναν αριθμό δηλώσεων θετικά ή αρνητικά διατυπωμένων. Στη μελέτη αυτή έγινε χρήση της επτάβαθμης κλίμακας έντασης: άριστη = 7, πολύ καλή = 6, καλή = 5, μέτρια = 4, κακή = 3, πολύ κακή = 2 και απαράδεκτη = 1. Υπήρχε δε η εναλλακτική δεν ξέρω/δεν απαντώ, αφήνοντας κενή την απάντηση. Βασικό πλεονέκτημα της συγκεκριμένης κλίμακας είναι η παροχή ολοκληρωμένης πληροφόρησης σχετικά με τη δυσaréσκεια κάποιων και τις πηγές αυτής αποδίδοντας καλύτερα την ικανοποίηση των ασθενών (Pascoe & Attkisson, 1983), αφού όπως είναι γνωστό διαφορετικές μέθοδοι μέτρησης μπορεί να αποφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα (Ross et. al., 1995). Επιπλέον, οι κλίμακες εναλλαγής θετικών και αρνητικών διατυπωμένων ερωτήσεων μπορούν να λαμβάνουν αριθμητικές τιμές, καθώς θεωρούνται «κλίμακες διαστήματος» ή Internal Scales (Krowinski & Steiber, 1996, Lynn & McMillen, 2004).

Μετά τη συλλογή και τον έλεγχο των στοιχείων έγινε συστηματική ανάγνωση του υλικού, κωδικοποίηση και εισαγωγή τους στο πρόγραμμα λογιστικών φύλων Microsoft Office Excel 2007, ενώ στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο STATA 11.

Ως περαιτέρω ανάλυση εξετάστηκε ο βαθμός, στον οποίο επηρεάζεται η ικανοποίηση από την ηλικία και το φύλο των επισκεπτών χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο παλινδρόμησης.

### 5.3 Περιγραφή δεδομένων και στατιστική ανάλυση

Για να γίνει κατανοητή η περιγραφή και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, βάσει του ερωτηματολογίου, θα διαχωριστούν σε δύο ενότητες: Στοιχεία επισκέπτη και κύρια έρευνα. Βασικός στόχος της στατιστικής ανάλυσης είναι να αναδειχθεί η ομοιογένεια του δείγματος και η αξιοπιστία των μεταβλητών και των αποτελεσμάτων.

#### 5.3.1 Στοιχεία επισκέπτη

Η βασική στατιστική ανάλυση μας δίνει τους μέσους όρους των μεταβλητών (ηλικία, φύλο, υπηκοότητα, επίπεδο εκπαίδευσης) και την τυπική απόκλιση αυτών. Σύμφωνα με τον Πίνακα 2 και βάσει της κωδικοποίησης (Παρ. 2), οι γυναίκες που ερωτήθηκαν αποτέλεσαν το 81% του δείγματος με τυπική απόκλιση ( $se=0,39$ ), ενώ το υπόλοιπο ποσοστό ανήκει στον αντρικό πληθυσμό. Ως προς την ηλικία, ο μέσος όρος είναι 3,14 (3 = ηλικία 45-64) με τυπική απόκλιση μεγάλη ( $se=1,1$ ) κάτι που δείχνει, ότι το δείγμα δεν είναι ομοιογενές ως προς την ηλικία, καθώς το 55% των επισκεπτών ήταν ηλικίας άνω των 65. Αυτό εξηγείται από το «within» που είναι αυξημένο (1,09) λόγω της μεταβλητότητας που έχει η ίδια η μεταβλητή στο χρόνο. Το 6% ήταν αλλοδαποί με τυπική απόκλιση ( $se = 0,23$ ), ενώ οι υπόλοιποι επισκέπτες είχαν Ελληνική υπηκοότητα. Το επίπεδο εκπαίδευσης, με μέσο όρο 1,46, καταδεικνύει τη μόρφωση των ερωτηθέντων σε βασική (δημοτικό – γυμνάσιο) με 36% δημοτικό και 11% γυμνάσιο. Η τυπική απόκλιση της συγκεκριμένης μεταβλητής είναι  $se = 1,22$ , αποδεικνύοντας την ανομοιογένεια του δείγματος ως προς την εκπαίδευση. Τέλος, το 24% του δείγματος απάντησαν για άλλους, με τυπική απόκλιση ( $se = 0,42$ ).

Πίνακας 2. Βασική στατιστική ανάλυση των στοιχείων επισκεπτών

```
. xtsum sex age greek education same
```

variable		Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
sex	overall	.81	.3942772	0	1	N = 100
	between		.7071068	0	1	n = 2
	within		0	.81	.81	T-bar = 50
age	overall	3.14	1.101147	1	4	N = 100
	between		.2600536	2.842105	3.209877	n = 2
	within		1.091558	.9301235	4.297895	T-bar = 50
greek	overall	.06	.2386833	0	1	N = 100
	between		.0064324	.0526316	.0617284	n = 2
	within		.2386563	-.0017284	1.007368	T-bar = 50
educat~n	overall	1.46	1.226146	0	3	N = 100
	between		.0119459	1.45679	1.473684	n = 2
	within		1.226128	-.0136842	3.00321	T-bar = 50
same	overall	.24	.4292347	0	1	N = 100
	between		.066162	.2222222	.3157895	n = 2
	within		.4276464	-.0757895	1.017778	T-bar = 50

Όσον αφορά στα ταμεία ασφάλισης των επισκεπτών δεν έγινε κωδικοποίηση και παρατίθενται τα εξής αποτελέσματα σε ποσοστά επί τοις εκατό: ΟΓΑ = 53%, ΙΚΑ = 24%, ΟΠΑΔ = 8%, ΤΣΑΥ = 2%, ΤΥΔΚΥ = 2%, ΑΠΟΡΙΑΣ = 2%, ΝΑΤ = 1%, ΤΑΠΟΤΕ = 1%, ΟΑΕΕ = 1% και Ανασφάλιστοι = 9% (Παρ.3).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι έχουμε ένα ομογενές δείγμα ως προς το φύλο(sex), την υπηκοότητα (greek) και το άτομο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο (same). Η ηλικία (age) και το επίπεδο εκπαίδευσης (education) έχουν μεγάλες αποκλίσεις, καθώς η ηλικία κυμαίνεται από 7 – 90 ετών και το επίπεδο εκπαίδευσης από δημοτικό με υψηλά ποσοστά έως πανεπιστήμιο με ποσοστό 25%. Και στις δύο περιπτώσεις το ποσοστό του «within» είναι μεγάλο, αποδεικνύοντας τις μεγάλες διακυμάνσεις των ίδιων των μεταβλητών στο χρόνο. Στο παράρτημα 3 δίνονται οι διαγραμματικές απεικονίσεις των ποσοστών όλων των μεταβλητών της συγκεκριμένης έρευνας.

### 5.3.2 Κύρια Έρευνα

Αναλύοντας τον Πίνακα 3 και βάσει της κωδικοποίησης (Παρ. 2) διαπιστώνουμε τα εξής: το 58% των ερωτηθέντων επισκέφτηκε τα ιατρεία για εξέταση με τυπική απόκλιση ( $se = 0,51$ ), το 75% είχαν κάνει χρήση των υπηρεσιών και στο παρελθόν με τυπική απόκλιση 0,43, ενώ το 21% έκλεισε το ραντεβού με προσωπική επίσκεψη στα ιατρεία κάποια άλλη στιγμή, ποσοστό με τυπική απόκλιση ( $se = 0,40$ ). Ως προς το χρονικό διάστημα αναμονής του ραντεβού ο μέσος όρος είναι 1,73 και ανταποκρίνεται σε διάστημα μία έως δέκα μέρες (σύμφωνα με την κωδικοποίηση). Το γεγονός αυτό μαζί με το  $se = 1,05$  και το  $within = 1,20$  δείχνει ότι η μεταβλητότητα αλλάζει μέσα στο χρόνο.

Πίνακας 3. Βασική στατιστική ανάλυση των τεσσάρων πρώτων στοιχείων της κύριας έρευνας

```
. xtsum perpose_of_visiting first_visiting date waiting
```

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations	
perpos~g	overall	.58	.5160064	0	2	N = 100
	between		.0450269	.5679012	.6315789	n = 2
	within		.5153953	-.0515789	2.012099	T-bar = 50
first~g	overall	.75	.4351941	0	1	N = 100
	between		.1033782	.6315789	.7777778	n = 2
	within		.4313598	-.0277778	1.118421	T-bar = 50
date	overall	.21	.4093602	0	1	N = 100
	between		.0923512	.1851852	.3157895	n = 2
	within		.4061085	-.1057895	1.024815	T-bar = 50
waiting	overall	1.73	1.052702	0	3	N = 100
	between		.4654316	1.604938	2.263158	n = 2
	within		1.020211	-.5331579	3.125062	T-bar = 50

Συμπερασματικά, έχουμε ομογενές δείγμα ως προς τις τρεις πρώτες μεταβλητές (perpose of visiting, first visiting, date), αλλά όχι ως προς την αναμονή για το ραντεβού (waiting), καθώς επηρεάζεται από τη ίδια της τη φύση μέσα στο χρόνο.

Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο αναφέρεται στο χώρο και τις υπηρεσίες που προσφέρονται και η αξιολόγηση έγινε με βαθμίδα 0 (απαράδεκτη) έως 7 (άριστη). Βάσει του Πίνακα 4 και βάσει της κωδικοποίησης (Παρ. 2) έχουμε τα εξής αποτελέσματα. Ως προς την καθαριότητα των χώρων των ιατρείων (cleaning), ο μέσος όρος είναι 6,77 αγγίζοντας το άριστα, με μικρή τυπική απόκλιση ( $se = 0,46$ ). Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα ιατρεία (satisfaction) παρουσιάζουν μέσο όρο 6,79 εξίσου κοντά στο άριστα και με μικρή τυπική απόκλιση ( $se = 0,45$ ). Ο μέσος όρος την ταχύτητας εξυπηρέτησης (spread) είναι ίσος με 6,73 με  $se = 0,48$ . Τέλος, οι επισκέπτες έκριναν την πληρότητα των ιατρείων σε σχέση με το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων (full) ως άριστη με μέσο όρο 6,55 και τυπική απόκλιση 0,57. Αξίζει να αναφερθεί, ότι βάσει του Παραρτήματος 3 των διαγραμμάτων, δεν εξέφρασαν τη γνώμη τους, για την ερώτηση που αφορά τις προσφερόμενες υπηρεσίες, 6 άτομα, την ταχύτητα εξυπηρέτησης 2 άτομα και την πληρότητα των ιατρικών ειδικοτήτων 21 άτομα.



Πίνακας 4. Βασική στατιστική ανάλυση των τεσσάρων τελευταίων στοιχείων της κύριας έρευνας.

. xtsum cleaning satisfaction spead full

variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
cleaning overall	6.77	.4682872	5	7	N = 100
cleaning between		.0289459	6.736842	6.777778	n = 2
cleaning within		.468009	4.992222	7.033158	T-bar = 50
satisf~n overall	6.797872	.4538909	5	7	N = 94
satisf~n between		.1809632	6.588235	6.844156	n = 2
satisf~n within		.4429558	4.953716	7.209637	T-bar = 47
spead overall	6.734694	.4880219	5	7	N = 98
spead between		.2032932	6.5	6.7875	n = 2
spead within		.4750203	4.947194	7.234694	T-bar = 49
full overall	6.556962	.5717009	5	7	N = 79
full between		.1270743	6.4	6.57971	n = 2
full within		.5685293	4.977252	7.156962	T-bar = 39.5

Κρίνοντας τα αποτελέσματα της βασικής στατιστικής ανάλυσης, θα λέγαμε ότι έχουμε ένα ομογενές δείγμα κι ότι οι επισκέπτες είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται στα Δημοτικά Ιατρεία, κάτι που παρατηρήθηκε και κατά την παραμονή μου στο χώρο για όσο διάστημα διήρκησε η έρευνα.

Όπως αναφέρθηκε, οι επισκέπτες είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις τους για τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ιατρείων και μέσα από αυτό εκδήλωσαν τις προσωπικές τους ανάγκες για παρουσία και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Στο Πίνακα 5 παρατίθενται οι επιθυμητές ειδικότητες με σειρά επιθυμίας.

Πίνακας 5. Ιατρικές ειδικότητες που επιθυμούν οι επισκέπτες των ιατρείων.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ		
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	7	
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	6	
ΩΡΛ	6	
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	5	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ		
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	4	
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	4	
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	4	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	2	
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	2	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ	1	
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	1	
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	1	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	1	
ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ	1	

Επίσης, εξέφρασαν την επιθυμία τους για αύξηση των ημερών εξέτασης από κάποιους ιατρούς που ήδη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Δήμο, καθώς και για επαναλειτουργία του προγράμματος «Κατ' οίκον νοσηλεία», το οποίο είχε σταματήσει λόγω έλλειψης χρηματοδότησης.

Στο κεφάλαιο 3.4 αναφέρθηκε, ότι ο βαθμός ικανοποίησης είναι πολυπαραγοντικός. Μπορεί να αλλάξει ανάλογα την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την κοινωνική τάξη, την περιοχή διαμονής κ.α.

Στη συγκεκριμένη έρευνα θα διερευνηθεί η σχέση ικανοποίησης και ηλικίας, φύλου και επιπέδου εκπαίδευσης και τα αποτελέσματα θα συγκριθούν με εκείνα άλλων ερευνών πάνω στην ικανοποίηση ασθενών από υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Ελλαδικό χώρο.

Για να διερευνηθεί η επίδραση των παραπάνω παραγόντων στην ικανοποίηση που λαμβάνουν οι επισκέπτες από τις υπηρεσίες των Δημοτικών Ιατρείων Παλαιού Φαλήρου, θετική ή αρνητική, χρησιμοποιήθηκε η εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Μέσω της μεθόδου ελαχίστων τετραγώνων OLS, επιζητήθηκε εκτίμηση του υποδείγματος  $satisfaction^{hat}_i = \alpha^h_i + \alpha^h_1 age_i + \alpha^h_2 sex_i + \alpha^h_3 education_i$ . Ως

satisfaction ορίστηκε η ερώτηση 6. Μ' αυτό τον τρόπο εξετάζεται, αν ερμηνεύεται η κατά μέσο όρο συμπεριφορά της ικανοποίησης των επισκεπτών (εξαρτημένη μεταβλητή) από τις άλλες (ανεξάρτητες) μεταβλητές (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης). Στον Πίνακα 6 φαίνεται, ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές δεν ερμηνεύουν ικανοποιητικά (23%) την εξαρτημένη (ικανοποίηση),  $R^2 = 0,23$ . Αλλά, οι μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές, καθώς το t είναι μεγαλύτερο του 2 ( $|t| > 2$ ) και το p-value όλων είναι μικρότερο του 0,05 για ΔΕ 95% (p-value είναι η πιθανότητα να έχει εκτιμηθεί λάθος ο εκτιμητής). Επίσης, η τυπική απόκλιση του μοντέλου είναι μικρή (Root MSE = 0,41) και η F- statistic αποδεικνύει, ότι το μοντέλο είναι καλό (Prob > F = 0.000). Σύμφωνα με τον Πίνακα 5 όλα τα  $\alpha$  (coef.) είναι θετικοί αριθμοί. Το γεγονός αυτό μαζί με τη διαγραμματική απεικόνιση της θετικής σχέσης της εξαρτημένης με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (Παρ. 4), αποδεικνύουν τη θετική συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης. Αν η ηλικία αυξηθεί κατά μία μονάδα, τότε η ικανοποίηση θα αυξηθεί κατά 0,0072. Αν το σύνολο των επισκεπτών αυξηθεί κατά ένα άτομο, τότε η ικανοποίηση θα αυξηθεί κατά 0,228 και αν αυξηθεί το επίπεδο εκπαίδευσης, τότε η ικανοποίηση θα αυξηθεί κατά 0,086.

Πίνακας 6. Παλινδρόμηση

. reg satisfaction age sex education

Source	SS	df	MS			
Model	4.57722763	3	1.52574254	Number of obs =	94	
Residual	15.1674532	90	.168527258	F( 3, 90) =	9.05	
Total	19.7446809	93	.212308396	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.2318	
				Adj R-squared =	0.2062	
				Root MSE =	.41052	

satisfaction	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
age	.0072317	.001813	3.99	0.000	.0036299	.0108335
sex	.2282865	.1121128	2.04	0.045	.0055549	.4510181
education	.086117	.0361159	2.38	0.019	.0143665	.1578674
_cons	6.054332	.1478451	40.95	0.000	5.760612	6.348052

Συμπερασματικά, από την επεξεργασία των στοιχείων φαίνεται, ότι η ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση των επισκεπτών.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας το 2010 στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» και αφορούσε τα Εξωτερικά Ιατρεία («Συγκριτική εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών σε ιδιωτικά απογευματινά και τακτικά εξωτερικά

ιατρεία στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου», Βατάρογλου Ι.), το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να επηρεάζει την ικανοποίηση, ενώ αντίθετα παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία δεν είχαν ιδιαίτερη σχέση.

Το 2007 στα πλαίσια έρευνας μέτρησης ικανοποίησης ασθενών στο Κέντρο Υγείας Ναυπάκτου (Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ., Μαριάτου Δ.), παρουσιάστηκε συσχετισμός των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση). Διαφάνηκε, ότι οι γυναίκες εξέφρασαν περισσότερα παράπονα και όσο μεγαλώνει η ηλικία, τόσο το ποσοστό των θετικών απαντήσεων αυξάνεται. Οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (δημοτικό – γυμνάσιο) παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης.

Ερευνητική εργασία που υποβλήθηκε το 2009 και αφορούσε την «αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία αναφορών περίθαλψης των ασθενών» σε κεντρικό νοσοκομείο των Αθηνών αναφέρει, ότι το φύλο διαδραμάτισε ρόλο, καθώς οι άντρες συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία, η διαφορά στην ηλικία φάνηκε να συσχετίζεται με το επίπεδο ικανοποίησης από την περίθαλψη και αναδείχτηκε θετική συσχέτιση με τα περισσότερα έτη μόρφωσης των ασθενών (Σκαλκίδης Ι., Παπαδόπουλος Φ., Σκαλκίδης Η.).

Πιλοτική έρευνα το 2007, με τίτλο «Αξιολόγηση των υπηρεσιών του Γ.Ν.Θ «Ιπποκράτειο» από τους ασθενείς χρήστες των υπηρεσιών του» (Καραπιστόλης Δ.) ανέδειξε, ότι οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου, ενώ θετική συσχέτιση υπήρξε με την αύξηση της ηλικίας. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο δεν αναφέρθηκε κάποια προσπάθεια συσχέτισης από την πλευρά του ερευνητή.

Οι Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ. και Χουλιάρα Λ. (2002) εκπόνησαν ερευνητική εργασία με θέμα «έρευνα ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα ηλικιωμένα άτομα είχαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης και το ίδιο συνέβη και στις γυναίκες, ενώ η εκπαίδευση του δείγματος δεν αναφέρθηκε σε σχέση με την ικανοποίηση.

Σε έρευνα που διεξήχθη και αφορούσε την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Δήμο Ηρακλείου Κρήτης το 2006 (Χαλκουτσάκη Σ.),

αποδείχτηκε ότι η ηλικία , το φύλο και μορφωτικό επίπεδο δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες διαμόρφωσης των αποτελεσμάτων ικανοποίησης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 6.1 Συμπεράσματα

Από την ανάλυση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων φαίνεται, ότι οι χρήστες των υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων Παλαιού Φαλήρου είναι σε ποσοστό 6,5 % (με άριστα το 7) ικανοποιημένοι, κάτι που σαφώς οφείλεται στις προσπάθειες των εθελοντών ιατρών και των εργαζομένων στα ιατρεία. Η Δημοτική Αρχή από την πλευρά της καταβάλλει προσπάθειες για αύξηση του αριθμού των ιατρών, που θα εξυπηρετούν τις ανάγκες των δημοτών σε υπηρεσίες υγείας. Παρατηρούμε, επίσης, ότι ο εθελοντισμός μπορεί να βοηθήσει στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με ικανοποιητικά αποτελέσματα ως προς την κάλυψη των αναγκών υγείας.

Άξια σχολιασμού ήταν η συμμετοχή των επισκεπτών στην έρευνα, καθώς δεν υπήρξε καμία άρνηση. Το αντίθετο μάλιστα, όλοι ήθελαν να εκφράσουν την άποψή τους και να βοηθήσουν μ' αυτό τον τρόπο στην βελτίωση της λειτουργίας των ιατρείων. Σ' αυτή την κατεύθυνση συνέβαλε και το προσωπικό των ιατρείων, μιας και η συμπεριφορά του ήταν εκείνη που έσβηνε κάθε αμφιβολία για την σημειολογία της παρούσας έρευνας.

Η παρουσία πολλών ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών δικαιολογεί την αυξημένη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας λόγω των προβλημάτων υγείας από το πέρας του χρόνου. Το ότι οι περισσότεροι ήταν ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, έχει να κάνει με το εύρος εξυπηρέτησης των ιατρείων. Τα ιατρεία είναι σε θέση να παρέχουν όλες τις υπηρεσίες σε άτομα ασφαλισμένα στον ΟΓΑ, ανασφάλιστους και άπορους. Ασφαλισμένοι άλλων ταμείων μπορούν να κάνουν χρήση κάποιων επιλεκτικών υπηρεσιών, όπως του διαιτολογικού ιατρού, του ψυχολόγου και του παιδοδοντιάτρου. Τώρα με τον ΕΟΠΠΥ τα ιατρεία συνεχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, χωρίς όμως να υπάρχει η δυνατότητα συνταγογράφησης. Διατηρείται ο προληπτικός χαρακτήρας της υπηρεσίας.

Επίσης, διερευνήθηκε η σχέση ικανοποίησης και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και διαπιστώθηκε, όπως ήταν αναμενόμενο, η άμεση θετική σχέση που υπάρχει. Το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία και συμβαδίζει με άλλες έρευνες που παρατέθηκαν.

Εκτιμάται ότι ο τρόπος προσφοράς των υπηρεσιών στους χρήστες, που διαμορφώνει και το τελικό προϊόν το οποίο προσφέρεται στον χρήστη, επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αντίληψή του και την τελική του ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε σωστά λειτουργούντος κράτους. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι δύσκολο έργο και απαιτεί συστράτευση πολλών δυνάμεων, οργάνωση, πολιτική βούληση και ωριμότητα. Στη σημερινή οικονομική κρίση από την οποία διέρχεται η χώρα μας, οι Δήμοι καλούνται να επιφορτιστούν με παροχές στους πολίτες πέραν των δυνατοτήτων τους, κυρίως οικονομικών. Τα Δημοτικά Ιατρεία που έχουν αναπτυχθεί πρέπει να ενδυναμώσουν το ρόλο τους και τη λειτουργία τους και να προσφέρουν υπηρεσίες αντάξιες των δημοτών και των απαιτήσεών τους. Προς αυτή την κατεύθυνση ένα τακτικό πρόγραμμα ελέγχου ικανοποίησης των χρηστών θα ήταν ένα καλό εργαλείο ανάπτυξης και βελτίωσης. Από μόνο του βέβαια θα ήταν λίγο, χωρίς τον έλεγχο ικανοποίησης των εργαζομένων. Υψηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης συμβάλουν στην αύξηση της αποδοτικότητας και κατ' επέκταση στην αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ο τακτικός έλεγχος των δεικτών ποιότητας οδηγεί στην αναβάθμιση των υπηρεσιών και στο ζητούμενο που είναι η ικανοποίηση των χρηστών.

## 6.2 Προτάσεις

Παρακάτω προτείνεται μία δέσμη μέτρων, που θα ενισχύσουν τη λειτουργία και την ποιοτική αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα Δημοτικά Ιατρεία Παλαιού Φαλήρου:

- Συνεργασία των Δημοτικών Ιατρείων με Πανεπιστημιακούς και Επιστημονικούς φορείς για την υλοποίηση κοινών προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ώστε να εξυπηρετούνται άμεσα ασθενείς που έχουν άλλο ασφαλιστικό φορέα από εκείνους που καλύπτει ο Δήμος και να προλαμβάνουν οι πολίτες ασθένειες μέσα από την καθοδήγηση, ενημέρωση και εκμάθηση.

- Αύξηση του μόνιμου εξειδικευμένου προσωπικού των Δημοτικών Ιατρείων υποβοηθούμενο από προσωπικό εποχιακό, προκειμένου να αυξηθούν οι ώρες λειτουργίας τους.
- Εισαγωγή πληροφοριακού συστήματος και μηχανογράφησης και εισαγωγή τεχνικών και εργαλείων ηλεκτρονικής υγείας (ehealth) με τη χρησιμοποίηση του ηλεκτρονικού φακέλου και ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς. Η τεχνολογία θα εξυπηρετήσει τις περισσότερες από τις λειτουργίες των ιατρείων, όπως οικονομική διαχείριση και έλεγχος, κατάλογος ασθενών, παραγγελίες και προμήθειες υλικών κλπ.
- Χρησιμοποίηση δεικτών, μέτρηση και παρακολούθηση των στατιστικών στοιχείων της πορείας των ιατρείων.
- Η υλοποίηση ενός προγράμματος ISO με την αντίστοιχη πιστοποίηση μόνον οφέλη μπορεί να έχει για τα Δημοτικά Ιατρεία. Θα προσδώσει κύρος και θα αυξήσει την εμπιστοσύνη των πολιτών-χρηστών, θα λύσει διοικητικά και λειτουργικά προβλήματα που τυχόν παρουσιάζονται.
- Υιοθέτηση πολιτικής για την προώθηση της συνεχούς επιστημονικής υποστήριξης, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και διαρκή επιστημονική ενημέρωση, την υποστήριξη στον τομέα του σχεδιασμού της οργάνωσης και της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων και την υποστήριξη της Γενικής Ιατρικής και της Κοινοτικής Ιατρικής.
- Ένταξη της πόλης του Παλαιού Φαλήρου στο Πρόγραμμα «Υγιείς Πόλεις» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) μέσω των Δημοτικών Ιατρείων, που έχει ως σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών και την προαγωγή της υγείας τους. Στόχος του θεσμού αυτού είναι η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, η έμφαση στην πρόληψη, η κοινωνική συμμετοχή σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία, ποιότητα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρεχόμενη στον τόπο που ζουν οι πολίτες και Διεθνή συνεργασία για την επίλυση προβλημάτων υγείας.



- Συνεχή και τακτική μέτρηση των δεικτών ικανοποίησης των χρηστών δημοτικών υπηρεσιών υγείας, καθώς και μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των εργαζομένων σε αυτές.
- Υιοθέτηση μέτρων και μέσων παρακίνησης του προσωπικού που εργάζεται στα Δημοτικά Ιατρεία, ώστε να αυξηθεί η απόδοση τους στο μέγιστο.

Τέλος, θα ήθελα να τονίσω, ότι οι παραπάνω προτάσεις θα αποτελέσουν αντικείμενο έρευνας και μελέτης από τα αρμόδια όργανα του Δήμου, προκειμένου να αυξήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των δημοτών, καθώς κάτι τέτοιο έχει δείξει η μέχρι τώρα παρουσία τους στη Δημοτική Αρχή.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψή σας για τις υπηρεσίες των Ιατρείων του Δήμου Π. Φαλήρου σημειώνοντας με √ στο τετραγωνάκι του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που περιλαμβάνει θα χρησιμοποιηθούν για την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας, αλλά και θα βοηθήσουν το Δήμο να βελτιώσει τις υπηρεσίες των ιατρείων, - όπου χρίζουν βελτίωσης.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ

Φύλο :  Άνδρας  Γυναίκα Ηλικία  ετών

Είστε ασφαλισμένος/η; α.  ΝΑΙ

( Παρακαλώ σημειώστε το ταμείο σας ..... )

β.  ΟΧΙ

Ιθαγένεια / Υπηκοότητα

I.  Ελληνική

II.  Άλλη από Ελληνική ( παρακαλώ σημειώστε..... )

Επίπεδο εκπαίδευσης:  Δημοτικό  Γυμνάσιο  Λύκειο

Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο :  Ο ίδιος  Συγγενής ή συνοδός

Ημερομηνία συμπλήρωσης : .....

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΟΤΥΠΩΣΤΕ ΤΙΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ :**

1. Λόγος επίσκεψης :

Συνταγογράφηση  Ιατρική εξέταση

2. Έρχεστε πρώτη φορά στα Ιατρεία ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, πότε ήταν η πρώτη φορά (έτος).....

3. Με ποιο τρόπο κλείσατε το ραντεβού σας ;

α) Τηλεφωνικά

β) Με προσωπική επίσκεψη

4. Σε πόσο χρονικό διάστημα ορίστηκε το ραντεβού σας ;

α) Αμέσως

β) Για μετά 1 – 5 μέρες

γ) Για μετά 5 – 10 μέρες

δ) Για μετά 10 – 15 μέρες

5. Πως κρίνετε την καθαριότητα των χώρων των ιατρείων ;

Άριστη	Πολύ Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	Απαράδεκτη
--------	-----------	------	--------	------	-----------	------------

6. Πως βαθμολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσφέρουν τα ιατρεία ;

Άριστη	Πολύ Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	Απαράδεκτη
--------	-----------	------	--------	------	-----------	------------

7. Πως κρίνετε την ταχύτητα εξυπηρέτησης ;

Άριστη	Πολύ Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	Απαράδεκτη
--------	--------------	------	--------	------	--------------	------------

8. Πως κρίνεται την πληρότητα των ιατριών σε σχέση με το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων ;

Άριστη	Πολύ Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	Απαράδεκτη
--------	--------------	------	--------	------	--------------	------------

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**


## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

VARIABLES	ΠΟΣΟΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ
SEX = ΦΥΛΟ	0 = άντρας 1 = γυναίκα
SAME = ΣΥΜΠΛΗΡΟΝ	0 = ο ίδιος 1 = άλλος
AGE = ΗΛΙΚΙΑ	1= 15-24 2 = 25-44 3 = 45-64 4 = 65 και άνω
GREEK = ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	0 = Ελληνική 1 = Αλλοδαπός
EDUCATION = ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	0 = Δημοτικό 1 = Γυμνάσιο 2= Λύκειο 3= ΑΕΙ ή ΤΕΙ
PERPOSE OF VISITING = ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	0= συνταγογράφηση 1= ιατρική εξέταση
FIRST VISITING = ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ	0= ΝΑΙ 1= ΟΧΙ
DATE = ΡΑΝΤΕΒΟΥ	0= τηλεφωνικά 1= προσωπικά επίσκεψη
WAITING = ΑΝΑΜΟΝΗ ΓΙΑ	0= αμέσως

PANTEBOY	<p>1= 1-5 μέρες</p> <p>2= 5-10 μέρες</p> <p>3= 10-15 μέρες</p>
CLEANING = ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	<p>1= απαράδεκτη</p> <p>2= πολύ κακή</p> <p>3= κακή</p> <p>4= μέτρια</p> <p>5= καλή</p> <p>6= πολύ καλή</p> <p>7= άριστη</p>
SATISFACTION = ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	<p>1= απαράδεκτη</p> <p>2= πολύ κακή</p> <p>3= κακή</p> <p>4= μέτρια</p> <p>5= καλή</p> <p>6= πολύ καλή</p> <p>7= άριστη</p>
SPEED = ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	<p>1= απαράδεκτη</p> <p>2= πολύ κακή</p> <p>3= κακή</p> <p>4= μέτρια</p> <p>5= καλή</p> <p>6= πολύ καλή</p> <p>7= άριστη</p>
FULL = ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ	<p>1= απαράδεκτη</p> <p>2= πολύ κακή</p>

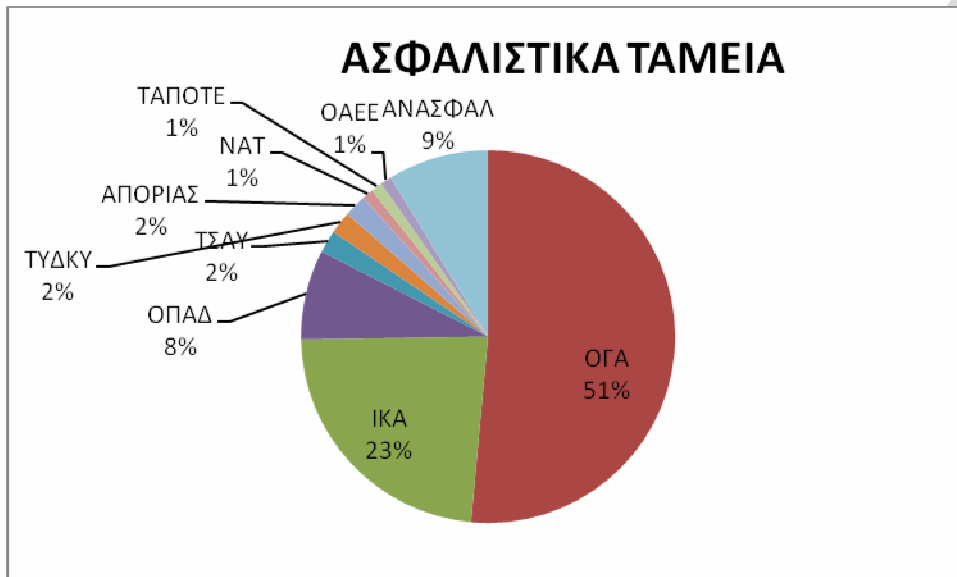
	3= κακή 4= μέτρια 5= καλή 6= πολύ καλή 7= άριστη
--	--

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

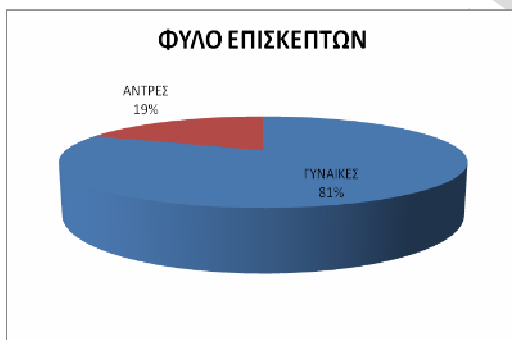
### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

#### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

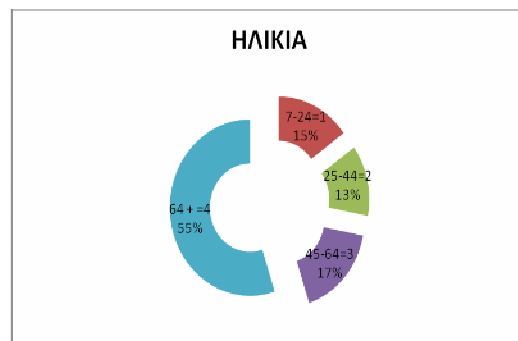
##### ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ



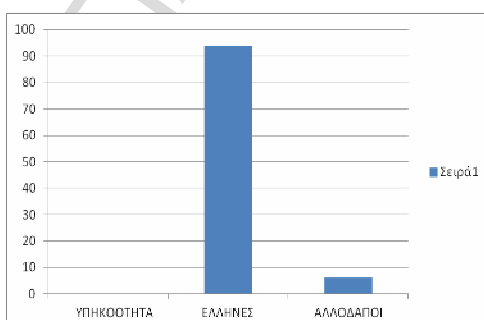
##### ΦΥΛΟ



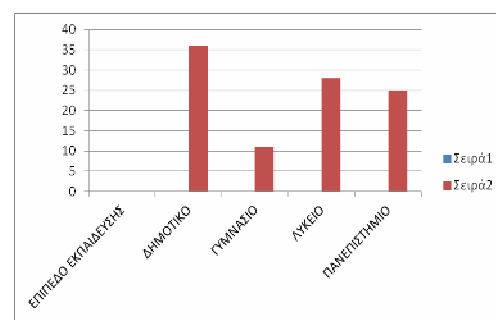
##### ΗΛΙΚΙΑ



##### ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

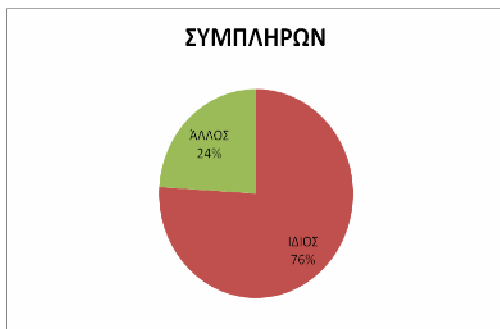


##### ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



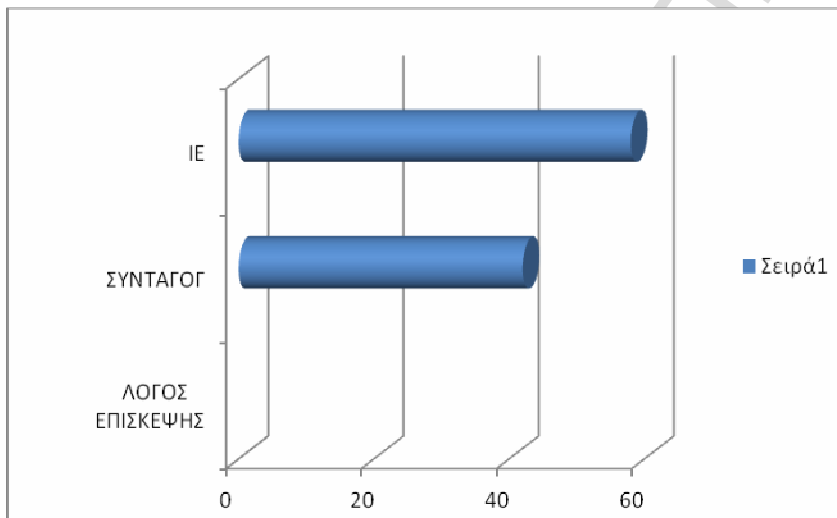


## ΣΥΜΠΛΗΡΩΝ

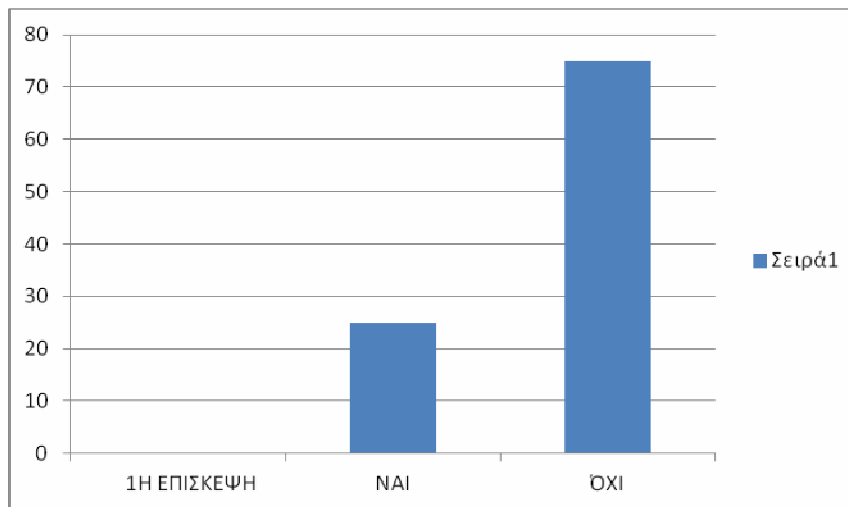


## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

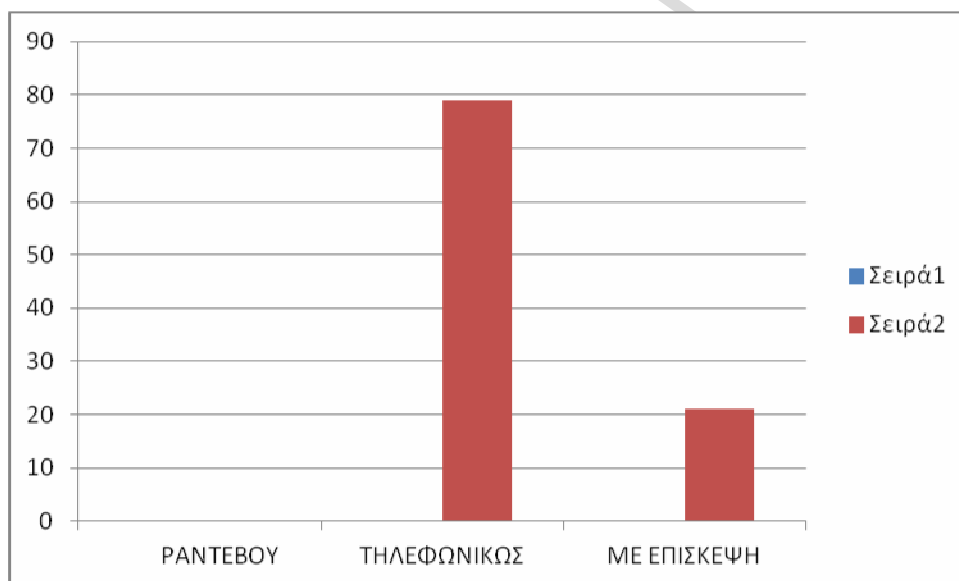
Διάγραμμα ερώτησης 1. Λόγος επίσκεψης



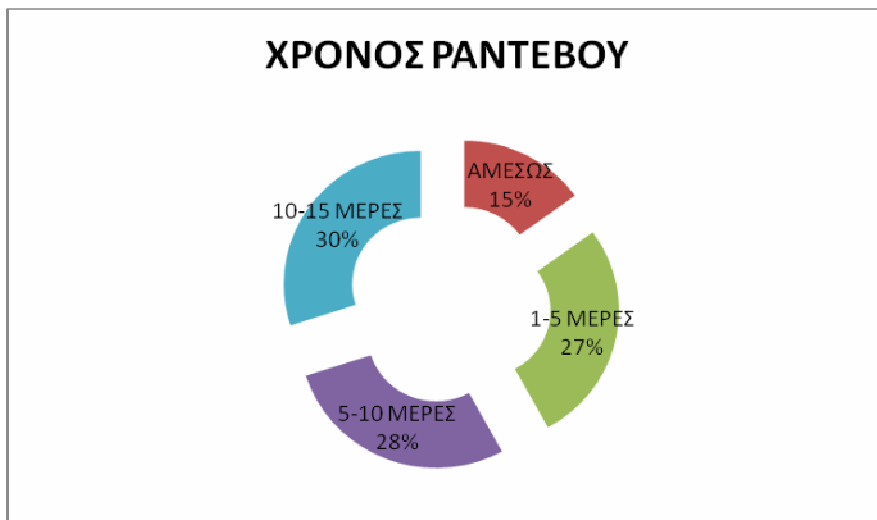
Διάγραμμα ερώτησης 2. Έρχεστε πρώτη φορά στα ιατρεία;



Διάγραμμα ερώτησης 3. Με ποιο τρόπο κλείσατε το ραντεβού σας;



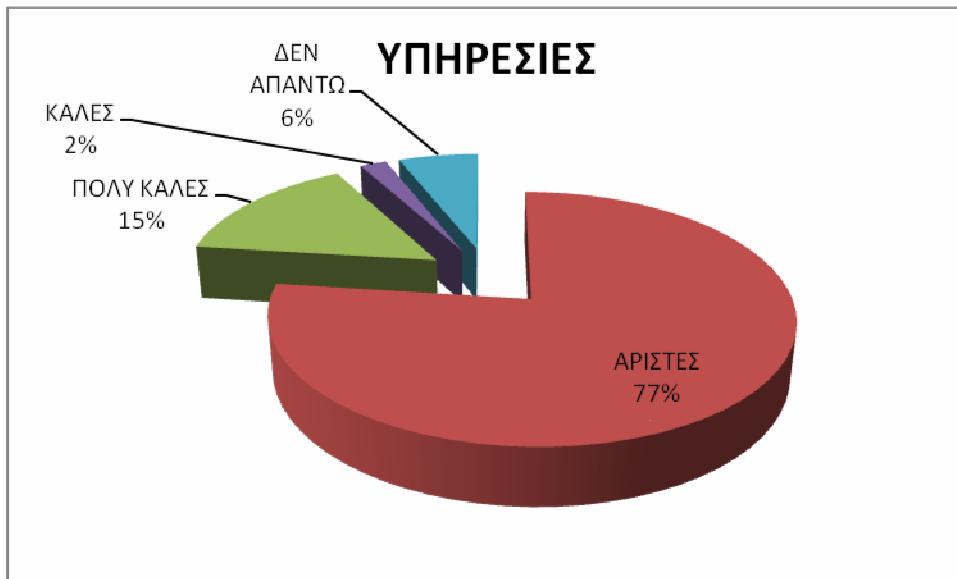
Διάγραμμα ερώτησης 4. Σε πόσο χρονικό διάστημα ορίστηκε το ραντεβού σας;



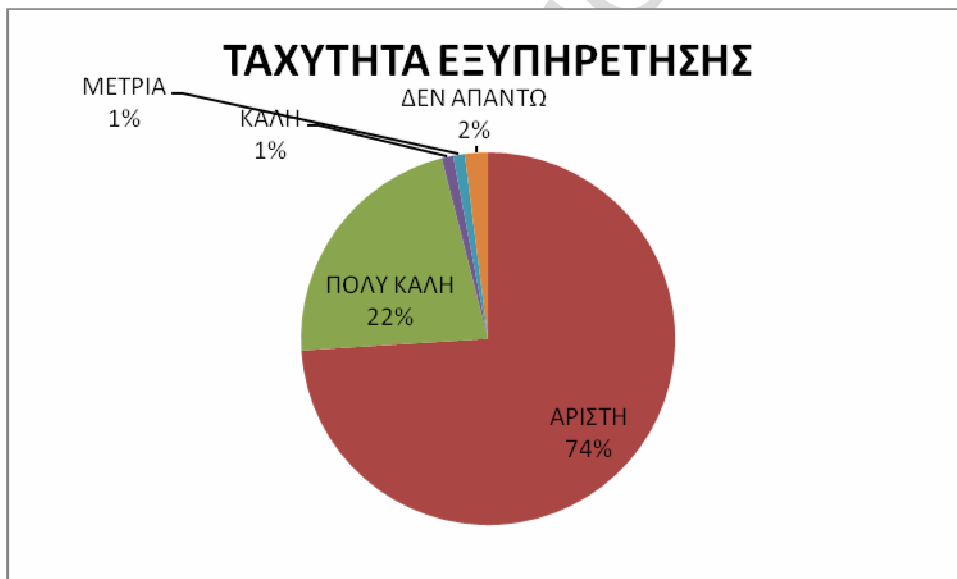
Διάγραμμα ερώτησης 5. Πως κρίνετε την καθαριότητα των χώρων των ιατρείων;



Διάγραμμα ερώτησης 6. Πως βαθμολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσφέρουν να ιατρεία;



Διάγραμμα ερώτησης 7. Πως κρίνετε την ταχύτητα εξυπηρέτησης;



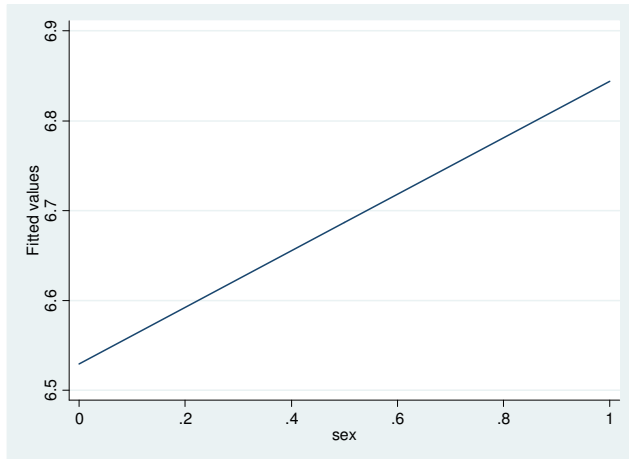
Διάγραμμα ερώτησης 8. Πως κρίνετε την πληρότητα των ιατρείων σε σχέση με το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων;



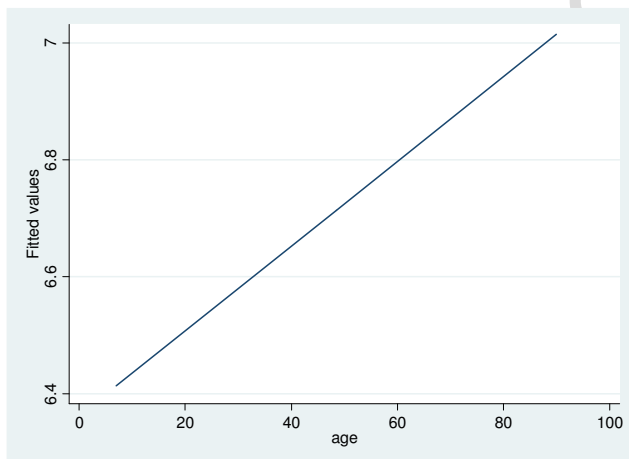
#### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.

Διαγραμματική απεικόνιση σχέσης εξαρτημένης (satisfaction) με ανεξάρτητες μεταβλητές (sex-age-education).

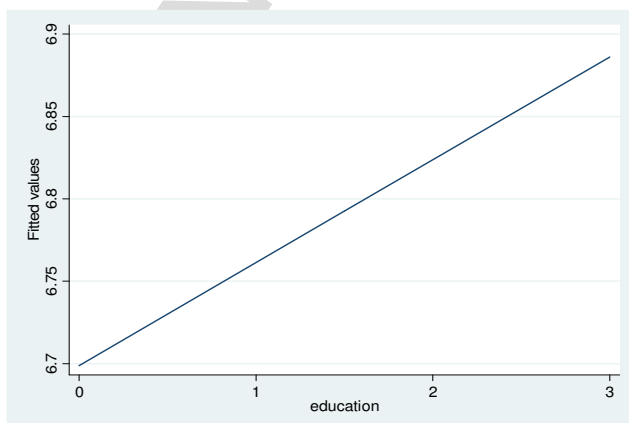
##### 1. Satisfaction – sex



##### 2. Satisfaction – age



##### 3. Satisfaction – education



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Τούντας Γ., «Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5): 532-546.
2. Οικονομοπούλου Χ., «Οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα των Ελληνικών Νοσοκομείων», ιατρικό Βήμα, σελ 29-35.
3. Σαραφίδης Π., Σταφύλας Π., «Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01», σελ 27-30, Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2006.
4. Αθανασιάδης Γ., Σημειώσεις μαθήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, Πειραιάς 2011.
5. Παπανικολάου Β., «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές», Εκδ. Παπαζήση, 2007, σελ. 121-125.
6. Μηνακούλη Θ., Τσιακατούρα Χ., Κολίτση Ζ., Χρηστάκης Μ., «Η Υγειονομική Περίθαλψη και η Μέριμνα για τους ηλικιωμένους», Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης, Ετήσια Έκθεση για την υγεία, Ιούνιος 2005.
7. Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., (Επιστημονική Επιμέλεια), 2003, «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.
8. Δολγέρας Α., Κυριόπουλος Γ., (Επιστημονική Επιμέλεια), 2000, «Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Θεμέλιο, Αθήνα.
9. Αρβανιτογιάννη Ι., Κούρτης Λ., «ISO 9000:2000», Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2000.
10. Γαλάνης Ε., «Η διασφάλιση της ποιότητας εξασφαλίζει την επιβίωση των επιχειρήσεων», ΚΕΡΔΟΣ/ Ειδική Έκδοση: Ποιότητα-Διασφάλιση-Πιστοποίηση, Απρίλιος 2000.
11. Σπανός Α., «Ολική Ποιότητα», Γαλαίος-Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1993.

12. Τσιώτρας Γ., «Βελτίωση ποιότητας», Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 1995.
13. Σημειώσεις Ημερίδας – Workbook: Διασφάλιση της Ποιότητας και Αξιολόγηση των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Παπάγου, Ιανουάριος 2008.
14. Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ.Γ., Ζήμερας Σ., «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2006; 23(3): 70-79.
15. Μερκούρης Α., «Η Ικανοποίηση του Αρρώστου. Κριτήριο Ποιότητας Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Διδακτορική διατριβή, Εθνικό καποδιστριακό Παν. Αθηνών, Αθήνα, 1996.
16. Κρητικός Α., «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας – Μια Θεωρητική Προσέγγιση», Διπλωματική Εργασία, Παν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2004.
17. Θεοδώρου Μ., «Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ», Ινστιτούτο μελέτης και Οργάνωσης υγείας, Αθήνα, 1993.
18. Γαβριήλ Ε., «Η ικανοποίηση των Ασθενών από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κύπρου», Ανοικτό Παν. Κύπρου, Λευκωσία, 2009.
19. Πολυκανδριώτη Μ., Βουλγαρίδου Κ., θέμελη Α., Γαλύφα Δ., Λιάπη Ε., Κυρίτση Ε., «Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια», Νοσηλευτική, 2009; 48(1): 94-104.
20. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας», σελ.23 και σελ. 177-179, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
21. Σαρρής Μ., (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», Αθήνα, Παπαζήσης.
22. Τούντας Γ., Λοπατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ., 2002, «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες», Ερευνητικά Εργασία.
23. Χαλκουτσάκη Σ., «Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Δήμο Ηρακλείου», 2006, Μεταπτυχιακή Εργασία.
24. Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ., Μαριάτου Δ., «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε Κέντρο Υγείας», 2007, Ερευνητική Εργασία.
25. Σκαλκίδης Ι., Παπαδόπουλος Φ., Σκαλκίδης Η., «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία αναφορών περίθαλψης των ασθενών», 2009, Ερευνητική Εργασία.
26. Καραπιστόλης Δ., «Αξιολόγηση των υπηρεσιών του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» από τους ασθενείς χρήστες των υπηρεσιών του», 2007, Πιλοτική Έρευνα.



27. Βατάρογλου Ι., «Συγκριτική εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών σε ιδιωτικά απογευματινά και τακτικά εξωτερικά ιατρεία στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου», 2010, Μεταπτυχιακή εργασία.
28. Κάππας Κ., «Διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας», Διπλωματική εργασία, εθνική Σχολή Δημόσιας υγείας, Αθήνα 2006.
29. Παπαδημητρίου Γ.Ν., Παπακώστας Ι.Γ., «Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας», Ιατρική, 82(1): 44-56, 2002.

### **Ξενογλώσση Βιβλιογραφία**

1. Evans R.J. & Lindsay M.W., “The Management and Control of Quality” Fifth Edition, 2002.
2. Glenn Lafel & David Blumental, «The case of using industrial Quality Management Science in Health Care Organization», 1989.
3. Brook C., «Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives», International Journal for Quality in Health Care, 1999.
4. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2004.
5. Parasuraman A., Zeithaml V. A. & Berry L.L. (1985), «A conceptual model of service quality and its implications for future research», Journal of marketing, 49, 41-50.
6. Juran J. M., “Quality Handbook” 3<sup>rd</sup> Edition, McGraw Hill, 1974, New York.
7. Deming W. E., “Quality, Productivity and Competitive Position”, Massachusetts, Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, 1982.
8. Evans R. James, Lindsay M. William, “The Management and Control of Quality”
9. Feigenbaum V., “Total Quality Control: Engineering and Management”
10. Grosby P. B., “Quality is free”, New York: 1979. McGraw Hill
11. Ovretveit J., “Formulating a health quality improvement strategy for a developing country” International Journal of Health Care Quality Assurance, 2004.
12. Hook D., “The Edwin Smith surgical papyrus”, 1973.
13. Garrnson, “An introduction to the History of Medicine”, 1929.

14. Smith F., *Florance Nightingale: Reputation with Power*, Pub. St. Martin Press, 1982.
15. Cronin J. J., Taylor S. A., "Measuring service quality: an reexamination and extension", 1992.
16. Donabedian A. K., "Commentary on some studies of the quality of care", (1987), *Health Care Financing Review* (annual supplement), 75-85.
17. Donabedian A. K., "Quality improvement through monitoring health care", Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care, Seoul, 29 March 1996.
18. Donabedian A. K., "Evaluating the Quality of Medical Care", 2005
19. Jackson, Sue., "Europe supports UK Government in putting quality at the heart of health care", *Health Management*, 2001.
20. Nelson, E. C., et al., "Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance", *Journal of Health Care Marketing*, 1992, 12(4), 6-12.
21. Nelson , W.E., et al (1981), "Patient perception of medical care", *Health Care Management Review*, 6, 65-72.
22. Office of Technology Assessment, OTA, (1988), "Patients' assessment of their care. The quality of medical care: Information for consumers", (OTA Publication No. OTA-H386), (pp 231-247), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
23. Merkouris A., Papathanassoglou E., Lemonidou C., (2004), "Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach?", *Int J Nurs Stud.*, 41(4), 355-367.
24. Bolton L.B., Aydin C.E., Donaldson N., Brown D.S., Nelson M.S., Harms D., (2003), "Nurse staffing and patient perceptions of nursing care" *J. Nurs Adm*, 33(1), 607-614.
25. Donahue M.O., Piazza I.M., Griffin M.Q., Dykes P.C., Fitzpatrick J.J., (2008), "The relationship between nurses' perceptions of empowerment and patient satisfaction", *Appl. Nurs Res.*, 21(1), 2-7.
26. Deal T., Kennedy A., 1982, "Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life".
27. Morrell C., Harvey G., "The clinical audit handbook improving the quality of health care", London, Bailliere Tindall, 1999.

28. Palmer H., "Considerations in defining quality of health care", In: Palmer H., Donabedian A., Povar G., (eds), "Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice", Health Administration Press, Anne Arbor.
29. Donabedian A., "The definition of quality and approaches to its assessment", Anne arbor, Health Administration Press, Michigan 1980.
30. Cho WH., Lee H., Kim C., Lee S., Choi K., "The Impact of Visit Frequency on the Relationship between Service Quality and Outpatient Satisfaction: A south Korean Study", Health Services Research, 2004; 39(1): 13-33.
31. Cronin J., Taylor S., "Measuring service Quality: a Re-examination and Extension", Journal of Marketing, 1992; 56: 55-68.
32. Vuori H., "Patient satisfaction an attitude or indicator of the quality of care?", Quality Review Bulletin, 1987; 13(3): 106-108.
33. Pascoe G., "Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis", Evaluation and Program Planning, 1983;6:185-210.
34. Smith C., "Validation of a patient satisfaction", in Dunnette MD (ed), Handbook of industrial and organizational psychology, Rand McNally, Chicago, 1976, pp 1297-1349.
35. Bond S., Thomas L.H., "Measuring patients' satisfaction with nursing care", Journal of advanced Nursing 1992; 17, 52-56.
36. Osterfeld E., "Aristotle on the good life and quality of life", In: Nordenfelt L. (ed.), Concepts and Measurement of Quality of life in Health Care, Amsterdam: Kluwer, 1994; 19-34.
37. Faden R., Leple A., "Assessing quality of life: Moral implications for clinical practice", Med care, 1992, 30, 5:MS 166- MS 175.
38. Sitzia J., Wood N., 1997, "Patient satisfaction: A review of issues and concepts", Social Science and Medicine, 45: 1829- 1843.
39. Pascoe G.C., Attkisson C.C., 1983, "The Evaluation Ranking Scale: A new Methodology for Assessing Satisfaction", Evaluation and Program Planning, vol 6, pp. 335-347.
40. Ross C.K., Steward C.A. and Sinacore J.M., 1995, "A comparative study of seven measures of patient satisfaction", Medical Care, vol. 33, No 4, pp. 392-406.
41. Lynn M.R., McMillen B.J., 2004, "The Scale Product Technique as a Means of Enhancing the Measurement of Patient satisfaction", CJNR, vol. 36, No 3, pp 66-81.

42. Krowinski W.J., Steiber S.R., 1996, "Measuring and managing patient satisfaction", 2<sup>nd</sup> ed., American Hospital Publ. Inc., Chicago.

#### Ηλεκτρονικές ιστοσελίδες

1. [www.eoq.org](http://www.eoq.org)
2. [www.efqm.org](http://www.efqm.org)
3. [www.iso.org](http://www.iso.org)
4. [www.iso9000council.org](http://www.iso9000council.org)
5. [www.isixsigma.com](http://www.isixsigma.com)
6. [www.plant-management.gr](http://www.plant-management.gr)
7. [www.elot.gr](http://www.elot.gr)
8. [www.vrc.gr](http://www.vrc.gr)
9. [www.hda.gr](http://www.hda.gr)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ