



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος

**Αξιολόγηση της Ποιότητας των παρεχόμενων προς τους ασθενείς
Υπηρεσιών Υγείας
από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Κρήτης (Π.Α.Γ.Ν.Η)**

Evaluation of the Quality of Health Services provided to patients by the medical and nursing staff in a University Hospital of Crete

Όνοματεπώνυμο Φοιτήτριας

ΛΙΟΠΥΡΑΚΗ ΕΛΠΙΝΙΚΗ του ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Ειδικότητα

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ – ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέποντες:

1.Βλασιάδης Κων/νος

Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Επιστημονικός συνεργάτης

Εργαστηρίου Προγραμματισμού Υπηρεσιών
Υγείας.

2.Τσιλιγιάννη Ιωάννα

Αναπληρώτρια καθηγήτρια

Γενικής Ιατρικής και Δημόσιας Υγείας Ιατρικής

Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ηράκλειο, [Ιούνιος 2023]

Αφιερώνεται

Σε όσους Ονειρεύτηκαν, κινήγησαν τα Όνειρα τους

Και τελικά τα πραγματοποίησαν..!!

Σε όλους αυτούς που δεν σταματούν να Ονειρεύονται..!!!

© 2023

ΛΙΟΠΥΡΑΚΗΕΛΠΙΝΙΚΗ

ALL RIGHTS RESERVE

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα τους καθηγητές μου, τον διδάκτορα κύριο Βλασιάδη Κων/νο και την Αναπληρώτρια καθηγήτρια κυρία Τσιλιγιάννη Ιωάννα, για την επίβλεψη της παρούσας διπλωματικής εργασίας, καθώς και για το ενδιαφέρον, την υποστήριξη και την σημαντική συμβολή τους, στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Επίσης οφείλω, ένα μεγάλο ευχαριστώ και στους υπόλοιπους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος ΠΜΣ στη «Δημόσια Υγεία – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Υπηρεσίες Υγείας» της **Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης**, για τις ενδιαφέρουσες γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν και διέυρναν το γνωστικό μου πεδίο.

Ευχαριστώ θερμά το Ιατρονοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό του ΠΑΓΝΗ, το οποίο δέχτηκε με χαρά να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο και συντέλεσε με τον τρόπο του στη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Ευχαριστώ τον άνδρα μου Γιώργο, το παιδί μου Μιχαήλ – Άγγελο καθώς και τους/τις φίλους/ες μου, για την αγάπη και την στήριξη τους.

Ιδιαίτερος, **ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ από καρδιάς**, την φίλη μου Μαρία Πετροδασκαλάκη, της οποίας η βοήθεια ήταν πολύτιμη και που για μένα αποτελεί πηγή δύναμης και έμπνευσης.

Περιεχόμενα

<i>Ευχαριστίες</i>	ii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	11
1.1. Ορισμός της Ποιότητας.....	11
1.2. Ιστορική Αναδρομή.....	12
1.3. Οι Διαστάσεις της Ποιότητας.....	15
1.4. Οι Δείκτες Ποιότητας.....	17
1.5. Τα Κριτήρια αξιολόγησης των δεικτών ποιότητας.....	18
1.6. Η Μέτρηση της Ποιότητας.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΓΕΙΑ	22
2.1 Υπηρεσίες Υγείας.....	22
2.1.1. Διάκριση – Ταξινόμηση των υπηρεσιών υγείας.....	24
2.1.2 <i>Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας</i>	25
2.2.1 Οι Στόχοι των υγειονομικών συστημάτων.....	26
2.2.2 Στοιχειώδης ταξινόμηση των συστημάτων υγείας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	28
3.1 Εισαγωγή.....	28
3.2 Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας στο κλάδο της υγείας.....	29
3.3 Κριτήρια επιλογής δεικτών.....	32
3.4 Η Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	33
3.5 Δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών	36
3.6 Το κόστος της «μη ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συστήματα και πρότυπα πιστοποίησης ποιότητας	42
4.1 Ορισμός	42
4.2 Η χορήγηση άδειας (licensure)	43
4.3 Η διαπίστευση (accreditation)	44

4.4 Η πιστοποίηση (certification)	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	48
5.1 Σκοπός.....	48
5.2 Είδος μελέτης.....	48
5.3 Χώρος – Χρόνος μελέτης.....	49
5.4 Περιγραφή δείγματος	49
5.5 Στατιστική ανάλυση	50
5.6 Αποτελέσματα	50
5.7 Αποτελέσματα διερεύνησης των χαρακτηριστικών της ποιότητας.....	53
Κεφάλαιο 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	62
Βιβλιογραφία.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	73
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	5
ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ.....	6
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ / ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	8

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Πίνακας Συχνοτήτων και Ποσοστών Προσωπικών στοιχείων του Δείγματος

Πίνακας 2. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων Α υποομάδας Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Πίνακας 3. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων Β υποομάδας Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Πίνακας 4. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων Γ υποομάδας Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Πίνακας 5. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων Δ υποομάδας Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Πίνακας 6. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων Ε υποομάδας Ερωτηματολογίου Ποιότητας

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 5.1. Κατανομή Ηλικιακής ομάδας στο δείγμα

Διάγραμμα 5.2. Κατανομή φύλου ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

Διάγραμμα 5.3 Χρόνια εργασίας στον τωρινό οργανισμό υγείας

Διάγραμμα 5.4 απεικονίζεται η ερώτηση με τις υψηλότερες συχνότητες θετικών απαντήσεων για την υποομάδα που αφορά την άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη.

Διάγραμμα 5.5 Διαγραμματική απεικόνιση ποσοστών ερωτήσεων υποομάδας που αφορούν τη συνολική εικόνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα αποτελεί μια παράμετρο ανάπτυξης και εξέλιξης των Οργανισμών Υγειονομικής περίθαλψης και περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την τεχνική αρτιότητα, όπως επίσης την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή, στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης φροντίδας.

Η προσέγγιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κατά τρόπο που να ικανοποιεί όλους όσους εμπλέκονται σε αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολη, γιατί συχνά οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις μπορεί να είναι αλληλοσυγκρουόμενες. Με βάση τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή, αποτελεί κύρια προτεραιότητα και έχει για όλους τους ενδιαφερόμενους ξεχωριστή σημασία, γιατί αναμφισβήτητα συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας ενδιαφέρει αρχικά τους ασθενείς, που είναι χρήστες και καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, τις οικογένειες τους, τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς), εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας και την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της.

Ο κύριος στόχος των Οργανισμών Υγειονομικής περίθαλψης, είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς το κοινωνικό σύνολο. Για να επιτευχθεί αυτό χρησιμοποιούνται τα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας που αποτελούν για κάθε υγειονομικό οργανισμό ένα διαχειριστικό εργαλείο, οδηγό για την ανάπτυξή του.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης, αποτέλεσε η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τους ασθενείς, υπηρεσιών υγείας, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Επίσης διερευνήθηκαν οι προσλαμβάνουσες των εργαζομένων σε υγειονομικούς σχηματισμούς, αναφορικά με την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη/χρήστη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ο τρόπος αντίληψης της ποιότητας και της μακροχρόνιας χρησιμότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες/φροντίδες υγείας. Επιπλέον εξετάστηκε η ικανοποίηση των εργαζομένων από την σχέση παρόχου και λήπτη των υπηρεσιών υγείας, όπως και η συνολική εικόνα της υπηρεσίας τους.

Επίσης πραγματοποιήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση και αποτύπωση των εννοιών και διαστάσεων της ποιότητας, της σημασίας της για παρόχους και λήπτες, των δεικτών μέτρησής της καθώς και των πρότυπων συστημάτων ISO.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το δείγμα αποτέλεσε το σύνολο του ιατρικού, νοσηλευτικού και Διοικητικού προσωπικού των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων καθώς και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του ΠΑΓΝΗ. Η ανάλυση των απαντήσεων έγινε με το Στατιστικό Πακέτο IBM SPSS v 24. Χρησιμοποιήθηκε ακόμα ο συντελεστής Pearson & Spearman, για να ελεγχθεί η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές και ο δείκτης Cronbach's Alpha, για τον έλεγχο αξιοπιστίας της εσωτερικής δομής του ερωτηματολογίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του επαγγελματία υγείας από τη σχέση του με τον χρήστη/λήπτη των υπηρεσιών υγείας, το υψηλό επίπεδο πληροφόρησης προς τους ασθενείς και την παροχή της κατάλληλης φροντίδας, βασισμένη στην τρέχουσα επιστημονική γνώση. Επίσης τη σημαντικότητα ύπαρξης ενός πλαισίου διαρκούς αξιολόγησης, ελέγχου και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και την επικράτηση της ιεραρχικής κουλτούρας στους οργανισμούς υγείας των συμμετεχόντων.

Επιπλέον αναδείχθηκε ως επιθυμητή η κουλτούρα γενιάς που είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση και την υποστήριξη των εργαζομένων, η συνεχής βελτίωση και η καινοτομία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διερεύνηση της ποιότητας και της κουλτούρας που επικρατεί στις υπηρεσίες υγείας, θα συνεισφέρει στην περαιτέρω κατανόηση της σχέσης του επαγγελματία υγείας με τον χρήστη/λήπτη των υπηρεσιών υγείας και θα προσθέσει ερευνητικά δεδομένα στη μελέτη παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά, τονίζεται πως η επιθυμία ενός οργανισμού να προσφέρει περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες, δεν είναι αρκετή για να επιτύχει. Καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία αποτελεί η κουλτούρα που διαθέτει. Αν οι εργαζόμενοι δεν διαθέτουν κουλτούρα

ποιότητας, αν δεν έχουν κάνει κτήμα τους τις αξίες και τα πρότυπα ποιότητας που κάθε Υγειονομικός φορέας θέτει, οι ποιοτικοί στόχοι δεν αποδίδουν.

Λέξεις κλειδιά:

Ποιότητα, Υπηρεσίες Υγείας, Δείκτες Ποιότητας, Υγειονομικά συστήματα, Πρότυπα ISO

Abstract

INTRODUCTION

Quality is a parameter of development and evolution of Health Care Organizations and includes effectiveness, efficiency and technical excellence, as well as safety, accessibility and the development of patient-centered health services in the context of a continuum of care.

Approaching the quality of the health services provided, in a way that satisfies all those involved in it, is particularly difficult, because expectations and requirements can often be in conflict. Based on the patient's requirements and expectations, it is a top priority and has a special importance for all concerned, because it undoubtedly entails significant health, economic and social benefits.

Quality in Health Services primarily concerns patients, who are users and consumers of these services, their families, health professionals (doctors, nurses, technologists, administrators), those who bear the costs of health services and society itself in its entirety.

The main objective of Health Care Organizations is to provide quality health services to society as a whole. To achieve this, quality management systems are used, which are for every health organization a management tool, a guide for its development.

PURPOSE

The purpose of this study was to evaluate the quality of health services provided to patients by the medical and nursing staff of the University General Hospital of Heraklion. The hiring practices of healthcare workers were also investigated, regarding the quality of interaction with the customer/user of healthcare services, as well as the way of perceiving the quality and long-term usefulness of the services/health care provided. In addition, the employees' satisfaction with the relationship between provider and recipient of health services was examined, as well as the overall image of their service.

An extensive bibliographic review and capture of the concepts and dimensions of quality, its importance for providers and recipients, its measurement indicators as well as ISO standard systems was also carried out.

METHODOLOGY

The data was collected using a structured questionnaire. The sample consisted of all the medical, nursing and administrative staff of the Regular Outpatient Clinics as well as the Emergency Department of PAGNI. The analysis of the answers was done with the Statistical Package IBM SPSS v 24. The Pearson & Spearman coefficient was also used, to check the existence of a relationship between the variables and the Cronbach's Alpha index, to check the reliability of the internal structure of the questionnaire.

RESULTS

The results showed the positive, statistically significant correlation between the health professional's satisfaction with his relationship with the user/recipient of health services, the high

level of information to patients and the provision of appropriate care, based on current scientific knowledge. Also the importance of having a framework for continuous evaluation, control and improvement of the services provided as well as the prevalence of the hierarchical culture in the health organizations of the participants.

In addition, a generational culture oriented towards employee satisfaction and support, continuous improvement and innovation was highlighted as desirable.

CONCLUSIONS

The investigation of the quality and the culture that prevails in the health services, will contribute to the further understanding of the relationship of the health professional with the user/recipient of health services and will add research data to the study of the provision of quality health services.

In conclusion, it is emphasized that the desire of an organization to offer more quality services is not enough to succeed. A determining factor for success or failure is its culture. If the employees do not have a quality culture, if they have not taken ownership of the values and quality standards that each Healthcare organization sets, the quality goals will not work.

Key words: Quality, Health Services, Quality Indicators, Health Systems, Quality of Health Services, ISO Standards

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

1.1. Ορισμός της Ποιότητας

Ορισμοί για το τι είναι ποιότητα υπάρχουν πολλοί. Αυτοί έχουν εκφραστεί κατά καιρούς από διαφορετικές προσεγγίσεις οι οποίες έχουν αναπτυχθεί από πολλούς ανθρώπους αλλά και οργανισμούς σε σημείο που αρκετοί συγγραφείς να αναφέρουν ότι ο όρος ποιότητα συχνά προκαλεί σύγχυση (Παπανικολάου, 2007). Αυτό όμως που όλοι αποδέχονται είναι η σημαντικότητα της έννοιας της ποιότητας για τις σύγχρονες κοινωνίες και οικονομίες.

Το 1920 ο Αμερικανός Walter Shewhart εφαρμόζει τις τεχνικές Στατιστικού Ελέγχου των Διεργασιών (Κωσταγιόλας et. al., 2008), ενώ ο ίδιος το 1931 διατυπώνει την πρώτη προσέγγιση του όρου ποιότητα λέγοντας ότι «ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν».

Η έννοια της ποιότητας από την πλειοψηφία του πληθυσμού ταυτίζεται με την υψηλή τιμή ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας. Με την πάροδο του χρόνου ο συγκεκριμένος τρόπος σκέψης έχει σταματήσει να υφίσταται. Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα ορίζεται ως «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης» Donabedian, (1980).

Δύο από τους πολλούς ορισμούς που μπορούν να δοθούν κατά τον Juran, στην ποιότητα εκφράζουν καλύτερα την έννοια της λέξης: «Η ποιότητα αποτελείται από εκείνα τα χαρακτηριστικά του προϊόντος που καλύπτουν τις ανάγκες του πελάτη και με αυτόν τον τρόπο παρέχουν ικανοποίηση για το προϊόν», και «η ποιότητα χαρακτηρίζεται από έλλειψη ανεπαρειών». Juran, (1988). Η ποιότητα κατά την Αμερικανική Ένωση Ποιοτικού Ελέγχου, ορίζετε ως «την ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» Bicking, (1979).

Κατά το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών, ποιότητα ορίζετε ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση και εξειδίκευση» Mainz, (2003).

Ως ποιότητα σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ορίζεται η φροντίδα υγείας που είναι αποτελεσματική, ασφαλής και απαντά στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς. European Commission, (2010).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), το 2018 ορίζει ως ποιότητα το τρίπτυχο της αποτελεσματικότητας – ασφάλειας - ασθενοκεντρικής προσέγγισης Who, (2018).

Η ποιότητα στην υγεία προσδιορίζεται από τον Οργανισμό Έρευνας και Ποιότητας Φροντίδας Υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality), ως «κάνοντας την σωστή πράξη, στον σωστό ασθενή, την κατάλληλη στιγμή, με τον κατάλληλο τρόπο, ώστε να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ». Yuan & Chung, (2016).

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Ένας από τους πρωτοπόρους της μελέτης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων και δεδομένων της ποιότητας φροντίδας του ασθενή ήταν ο Ernest Codman. Υπήρξε πρωτοπόρος στην βελτίωση της ποιότητας και στην ασφάλεια, και μελέτησε τα αποτελέσματα της χειρουργικής φροντίδας, καθώς και των λαθών που διενεργούνται. Επιπλέον καθιέρωσε την επανεξέταση των ασθενών του με την πάροδο ενός έτους από το χειρουργείο, για την αξιολόγηση της κατάστασής τους, τις ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές που μπορούσαν να είχαν εμφανιστεί. Neuhauser, (2002).

Το πρόγραμμα τυποποίησης νοσοκομείων αργότερα έγινε γνωστό ως ο κύριος φορέας διαπίστευσης στον τομέα της υγείας, το JCI (Joint commission International). Harolds, (2015).

Ο Philip B. Crosby χρησιμοποιεί ως ορισμό της ποιότητας την «συμμόρφωση στις απαιτήσεις», και θεωρούσε πως αν υπήρχε βελτίωση της ποιότητας το συνολικό κόστος θα μειωνόταν, αφήνοντας μεγαλύτερο περιθώριο κέρδους. Ο τελικός στόχος ήταν η ύπαρξη μηδενικών ελαττωμάτων που θα μπορούσαν να επιτευχθούν με πρόληψη και όχι μετά την τελική επιθεώρηση. March & Garvin, (1986), Crosby, (1980).

Οι 4 αρχές που καθιέρωσε ο Crosby είναι:

- Πρόληψη αντί για εκτίμηση
- Ποιότητα είναι η συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις.
- Μέτρο της Ποιότητας είναι η αξία των μη συμμορφώσεων
- Πρότυπο απόδοσης είναι τα μηδενικά ελαττώματα.

Επίσης ανέφερε 14 βήματα για την βελτίωση της ποιότητας, τα οποία έχουν ως εξής:

- 1) Δέσμευση της διοίκησης
- 2) Ομάδα Βελτίωσης της Ποιότητας
- 3) Μέτρηση διαδικασιών
- 4) Μέτρηση του κόστους Ποιότητας

- 5) Επίγνωση και ενημέρωση σχετικά με την Ποιότητα
- 6) Διόρθωση προβλημάτων
- 7) Παρακολούθηση της προόδου
- 8) Εκπαίδευση των υπαλλήλων
- 9) Ημέρα των Μηδενικών Ελαττωμάτων
- 10) Προσδιορισμός στόχων βελτίωσης
- 11) Απομάκρυνση φόβου υπαλλήλων
- 12) Αναγνώριση
- 13) Συμβούλια Ποιότητας
- 14) Επανάληψη όλων των ενεργειών από την αρχή. www.qualitygurus.com

Ο Joseph. M. Juran όρισε την ποιότητα, ως «καταλληλόλητά για χρήση», επεξηγώντας ότι οι χρήστες μια υπηρεσίας ή ενός προϊόντος, θα πρέπει να βασίζονται σε αυτό για την οποιαδήποτε χρήση προοριζόταν.

Η καταλληλόλητά για χρήση είχε πέντε κύριες διαστάσεις:

1. ποιότητα σχεδιασμού,
2. ποιότητα συμμόρφωσης,
3. διαθεσιμότητα,
4. ασφάλεια και
5. πεδίο χρήσης.

Ανάπτυξε την αρχή Pareto (περίπου το 80% των επιπτώσεων προέρχεται από το 20% των αιτιών) και πρότεινε τα δέκα βήματα προς την ποιότητα.

1. Δημιουργία επίγνωσης για την ανάγκη & την ευκαιρία βελτίωσης
2. Καθορισμός στόχων για βελτίωση
3. Ανάπτυξη σχεδιασμού για επίτευξη στόχων
4. Παροχή εκπαίδευσης
5. Διεξαγωγή έργων για επίλυση προβλημάτων
6. Αναφορά προόδου
7. Αναγνώριση για την επιτυχία
8. Επικοινωνία των αποτελεσμάτων

9. Διατήρηση βαθμολογίας
10. Διατήρηση της δυναμικής

Εισηγητής της έννοιας του ολικού ελέγχου ποιότητας θεωρείται ο Feigenbaum, την οποία όρισε ως «ένα αποτελεσματικό σύστημα για την ενσωμάτωση των προσπαθειών για την ανάπτυξη, την συντήρηση και την βελτίωση της ποιότητας, από τις διάφορες ομάδες σε έναν οργανισμό, έτσι ώστε να κυμαίνονται η παραγωγή και η εξυπηρέτηση στα πιο οικονομικά επίπεδα, που επιτρέπουν την πλήρη ικανοποίηση των πελατών». Feigenbaum, (1961).

Ο Kaoru Ishikawa την δεκαετία του 1950 επηρεασμένος από τον Deming ανέπτυξε στατιστικές μεθόδους και το διάγραμμα Ishikawa για την εντόπιση των αιτιών που προκαλούν προβλήματα. Τόνισε ότι «η ποιότητα ξεκινά και τελειώνει με την εκπαίδευση». Κατέταξε το 1985 σε τρεις κατηγορίες τις στατιστικές μεθόδους.

Στην 1η κατηγορία συναντάμε τα 7 βασικά εργαλεία της ποιότητας όπου και ένας απλός εργαζόμενος χωρίς γνώσεις στατιστικής μπορεί να κάνει χρήση.

1. Ανάλυση Pareto
2. Διάγραμμα αιτίου-αποτελέσματος (γνωστό ως "ψαροκόκαλο" ή διάγραμμα Ishikawa)
3. Διάγραμμα ροής
4. Φύλλο ελέγχου
5. Ιστόγραμμα
6. Διάγραμμα διασποράς
7. Διάγραμμα ελέγχου

Στην 2^η κατηγορία υπάρχουν εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιήσουν ειδικοί στην ποιότητα όπως έλεγχος υποθέσεων και δειγματοληπτικές επιθεωρήσεις.

Στην 3^η κατηγορία συναντάμε εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιήσουν ειδικοί και σύμβουλοι επιχειρήσεων, όπως πολυμεταβλητή ανάλυση, προηγμένες μέθοδοι σχεδιασμού πειραμάτων. Ishikawa, (1985).

Στατιστικές τεχνικές ανέπτυξε και ο Genichi Taguchi, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας και μείωση του κόστους στο στάδιο του σχεδιασμού, πριν την τελική παραγωγή του προϊόντος. Εφαρμόζεται η μεθοδολογία Taguchi στον έλεγχο ποιότητας, εκτός και εντός παραγωγής και η ποιότητα ορίζεται βάσει της ελαχιστοποίησης των απωλειών (καθυστερήσεις/λάθη), από την στιγμή που το προϊόν διατίθεται για χρήση. Επιπλέον υποστηρίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας καθορίζονται από δύο βασικά στοιχεία, ένα τεχνικό και ένα διαπροσωπικό.

Η τεχνική ποιότητας εξαρτάται από την γνώση και την κρίση για την επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και την ικανότητα προσαρμογής αυτών των στρατηγικών. Το δεύτερο στοιχείο της διαπροσωπικής σχέσης είναι μείζονος σημασίας, αφού μέσα από την αμφίδρομη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, ο ασθενής δίνει σημαντικές πληροφορίες για τις προτιμήσεις του, το οποίο θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας.

Μέσα από αυτή την αμφίδρομη επικοινωνία, το ιατρικό επιτελείο, παρέχει πληροφορίες για την ασθένεια, την διαχείρισή της και δίνει κίνητρο στον ασθενή για την ενεργή συμμετοχή του στο πλάνο φροντίδας. Donabedian, (1988).

1.3. Οι Διαστάσεις της Ποιότητας

Οι τρεις βασικές πτυχές της ποιότητας είναι:

1. Η αποτελεσματικότητα
2. Η ασφάλεια
3. Η ανταποκρισιμότητα

Αποτελεσματικότητα (effectiveness): Ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων από την παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων υπηρεσιών υγείας, σε αυτούς που δυνητικά μπορούν να επωφεληθούν από αυτές. The World Health Report (2000), Arahetal. (2003).

Ασφάλεια (security): Η απεικόνιση του βαθμού στον οποίο οι υγειονομικές παρεμβάσεις, και οι υπηρεσίες που παρέχονται, αποφεύγουν, προλαμβάνουν, ελαχιστοποιούν, τις ανεπιθύμητες ενέργειες ή τραυματισμούς που μπορεί να προκύψουν από την παροχή φροντίδας. Cooperetal. (2000).

Ανταποκρισιμότητα (responsiveness/person-patientsentered): Η ανθρωποκεντρική - ασθενοκεντρική προσέγγιση, η τοποθέτηση του ασθενή -χρήστη στο επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας,



Εικόνα 1: Διαστάσεις ποιότητα φροντίδας Πηγή: elearning.venizeleio.gr

Η προσβασιμότητα, η ισοτιμία, και η αποδοτικότητα δεν ταυτίζονται με την έννοια της τεχνικής ποιότητας, αλλά συνδέονται άρρηκτα μαζί της, για την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας.

Προσβασιμότητα (accessibility): Η δυνατότητα που έχουν οι χρήστες, σύμφωνα, με τις ανάγκες τους, να τυγχάνουν φροντίδας υγείας, στο σωστό τόπο και χρόνο. Η εκτίμηση της «πρόσβασης» μπορεί να συμπεριλαμβάνει τις φυσικές, οικονομικές ή ψυχολογικές συνθήκες.

Συνέχεια (Continuity): Ο βαθμός ενσωμάτωσης, στο σύστημα παραγωγής και παροχής υπηρεσιών φροντίδας, οποιουδήποτε περιστατικού.

Αποδοχή (Acceptability): Ο βαθμός σύμφωνα με τον οποίο, πληροί τις απαιτήσεις-προσδοκίες των χρηστών, επιφέρει ικανοποίηση και ενέχει πελατοκεντρικό χαρακτήρα, μια υπηρεσία υγείας

Ικανότητα (Competence): Ο βαθμός του επιπέδου της γνώσης και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παροχή φροντίδας.

Καταλληλότητα (Appropriateness): Η παροχή ενδεδειγμένης φροντίδας στους χρήστες που έχουν ανάγκη, βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων.

Ισότητα (equity): Η χωρίς διακρίσεις παροχή φροντίδας υγείας, εξαιτίας προσωπικών χαρακτηριστικών όπως: φύλο, εθνικότητα, φυλή, κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Αποδοτικότητα (efficiency): Η δυνατότητα που έχει ένα σύστημα υγείας να χρησιμοποιεί με βέλτιστο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ή οφέλη. JCAHO, (1997), Busse et al (2019), Health Care Food Nutr Focus, (1997).

1.4. Οι Δείκτες Ποιότητας

Είναι εξαιρετικά μεγάλης σημασίας η μέτρηση της ποιότητας μέσω των δεικτών, αφού δίνεται η δυνατότητα να κριθούν, εάν είναι αποτελεσματικές ή όχι, οι ενέργειες και οι δραστηριότητες για την βελτίωση της ποιότητας που έχουν λάβει θέση. Είναι αδύνατο να γνωρίζουμε χωρίς μέτρηση, εάν οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί, παράγουν πράγματι καλύτερης ποιότητας φροντίδα και οδηγούν σε οποιαδήποτε σημαντική αλλαγή στην υγεία. Who, (2018).

Ο Donabedian υποστηρίζει πως η ποιότητα χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

α) τους δείκτες δομής (υλικών υποδομών όπως κτιριακές εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, κεφάλαιο), ανθρώπινο δυναμικό (αριθμός και προσόντα προσωπικού) και οργανωτική δομή,

β) τους δείκτες διαδικασιών (οργάνωση και λειτουργία, πληροφορίες για την αναμονή ασθενών στους χώρους των τμημάτων, πληρότητα φακέλου του ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του, την χρήση προωθημένων αντιβιοτικών, διάστημα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας κλπ.

γ) τους δείκτες αποτελεσμάτων (φροντίδας, ικανοποίησης ασθενούς, δράσεων και υπηρεσιών), καταγραφή των συνεπειών από την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και τον πληθυσμό.

Άλλοι δείκτες όπως το διάστημα ελεύθερο νόσου, τα ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, τα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, οι δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών μπορούν να επηρεαστούν και από άλλους παράγοντες όπως η ηλικία, η συννοσηρότητα και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Είναι αλληλένδετο το τρίπτυχο αυτό και άμεσα το ένα στοιχείο επηρεάζει το επόμενο. Donabedian, (1988).

Ένα πολύ βασικό εργαλείο ελέγχου που έχει αναπτυχθεί είναι οι **κλινικοί δείκτες** με σκοπό την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών, τα ιατρονοσηλευτικά λάθη καθώς και τα λάθη κατά την διάρκεια της νοσηλείας που λαμβάνουν θέση και έχουν υψηλά ποσοστά θνητότητας.

Ένας βασικός παράγοντας της ποιότητας είναι η ασφάλεια και πρέπει να διασφαλίζεται μέσω προτύπων, πιστοποίησης και διαπίστευσης, για να διευκρινίζονται οι ελάχιστες απαιτήσεις από τον οργανισμό, τους επαγγελματίες υγείας και τα εργαλεία που χρησιμοποιούν.

1.5. Τα Κριτήρια αξιολόγησης των δεικτών ποιότητας

Τα βασικά κριτήρια επιλογής των δεικτών ποιότητας ενός οργανισμού ή συστήματος υγείας είναι:

- α) Η χρησιμότητα (Usefulness)
- β) Η εγκυρότητα (Validity)
- γ) Η αξιοπιστία (Reliability)
- δ) Η συγκρισιμότητα (comparability)
- ε) Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness)
- στ) Η ειδικότητα (specificity)
- ζ) Η ευαισθησία (sensitivity).

- Η **χρησιμότητα** ορίζεται ο βαθμός επάρκειας του δείκτη για την επίτευξη των στόχων μέτρησης και συμβάλλει στην διεξαγωγή συμπερασμάτων καθώς και αν υπάρχει η δυνατότητα παρέμβασης για την βελτίωση των αποτελεσμάτων.
- Η **εγκυρότητα**: Μετρά ο δείκτης αυτό που ισχυρίζεται πως μετρά. Ως προκατάληψη ή συστηματικό σφάλμα αναφέρεται η έλλειψη εγκυρότητας. Ανιχνεύεται δυσκολότερα απ' ότι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων.
- Η **αξιοπιστία**: Ο βαθμός συνέπειας καθώς και ακρίβειας των αποτελεσμάτων, σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, υπό τις ίδιες συνθήκες αλλά σε διαφορετικό χρονικό διάστημα. Εκφράζει το εύρος της μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες.
- Η **συγκρισιμότητα**: Εξασφαλίζεται με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών, με ευρεία έκταση εφαρμογής, και τη διαθεσιμότητα αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες.
- Η **ανταποκρισιμότητα**: ανιχνεύει μεταβολές και αποδίδει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη. Έχει ιδιαίτερη σημασία, όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.
- Η **ειδικότητα**: είναι η ικανότητα διάκρισης διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών, π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής.

- Η **ευαισθησία**: η οποία διερευνά την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποιήσεις. Papakostidi & Tsoukalas (2012), Anders & Staffan, (1992), Γείτονα et al. (2004).

1.6. Η Μέτρηση της Ποιότητας

Προκειμένου να μετρηθούν τα χαρακτηριστικά της ποιότητας χρησιμοποιούνται **στατιστικά εργαλεία ελέγχου** ποιότητας, τα οποία αποτελούν τεχνικές οργανωτικού ή αναλυτικού χαρακτήρα, συμβάλλουν τα μέγιστα για την διατύπωση προτάσεων και βοηθούν σε διορθωτικές κινήσεις καθώς και στην γενικότερη βελτίωση της ποιότητας (Δερβιτσιώτης, 2001).

Ο Ishikawa (1982) προτείνει επτά βασικά στατιστικά εργαλεία ποιότητας:

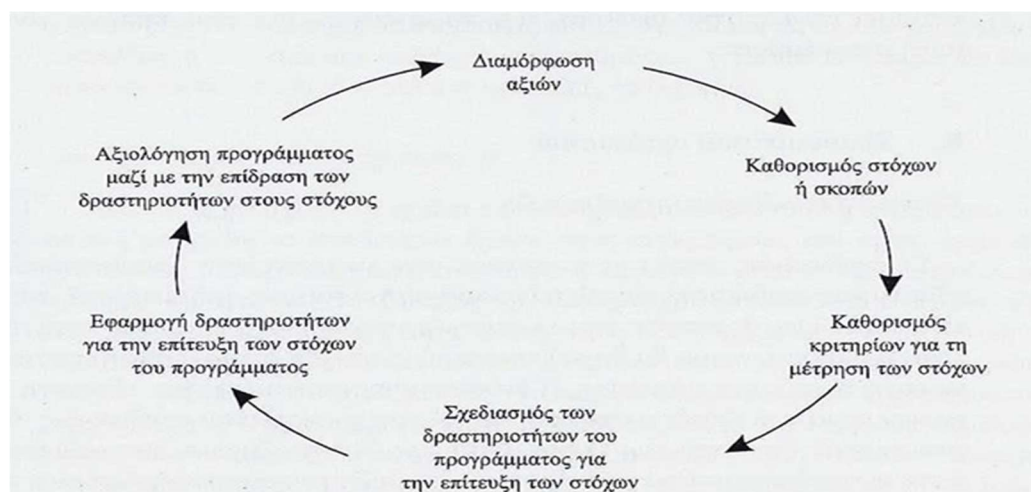
1. Ιστόγραμμα.
2. Διάγραμμα αιτίου αποτελέσματος.
3. Ανάλυση Pareto.
4. Φύλλο ελέγχου.
5. Διάγραμμα ροής.
6. Διάγραμμα συσχετισμού.
7. Διάγραμμα ελέγχου.

Η μέτρηση της ποιότητας ως έννοια αφορά την διαδικασία βαθμολόγησης μιας μεταβλητής αναφέρει η Παπανικολάου (2007) και τονίζει παράλληλα την σύγχυση που πολλές φορές προκαλείται χρησιμοποιώντας τον όρο «**αξιολόγηση**» στην θέση του όρου «**μέτρηση**» μιας και η αξιολόγηση αφορά την άποψη που διαμορφώνουμε σε σχέση με την απόδοση.

Η διαμόρφωση όμως μιας άποψης δεν συντελείται αποκλειστικά βάση αντικειμενικών παραγόντων – δεδομένων αλλά επηρεάζεται από προσωπικά καθώς και από οργανωτικά συστήματα. Επιπρόσθετα ως αξιολόγηση μπορεί να θεωρηθεί η διαδικασία που διαπιστώνει πόση αξία έχει ένα πράγμα ή ένα πρόγραμμα.

Προκειμένου να διαπιστωθεί η αξία ενός προγράμματος, σύμφωνα με τον Deming (1993), διεξάγεται έρευνα αξιολόγησης η οποία αναλύει τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος. Ο Lohr (1997) αναφέρει πως η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προσδιορίζει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων έτσι ώστε να επιτευχθεί κάποιος στόχος.

Ο Suchman (1967) προσέγγισε την αξιολόγηση ως μια κυκλική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει και αποτελείται από τη διαμόρφωση κρίσεων αξιών (Εικόνα 2).



Εικόνα 2 Η διαδικασία κυκλικής αξιολόγησης του Suchman

Στις περιπτώσεις εφαρμογής διορθωτικών παρεμβάσεων ή προγραμμάτων θεραπείας, η αξιολόγηση μπορεί να δώσει απαντήσεις για όσο αφορά την αποτελεσματικότητα που είχαν αυτές οι παρεμβάσεις ή τα προγράμματα καθώς και το πώς και γιατί έφεραν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα.

Η αξία της μέτρησης όμως υπονομεύεται εάν αυτή δεν εφαρμόζεται πάνω στο ευρύτερο πλαίσιο βελτίωσης της ποιότητας με βάση **α)** την διασφάλιση της ποιότητας, **β)** τη μέτρηση της ποιότητας και **γ)** τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας.

Η μέτρηση περιλαμβάνει τρία (3) στοιχεία σύμφωνα με τον Anderson (1993) και τα οποία είναι απαραίτητα για την λειτουργία της:

Τα δεδομένα (data). Χρησιμοποιούμε συγκεκριμένα δεδομένα ανάλογα με το που θέλουμε να επικεντρωθούμε. Π.χ. τα δεδομένα που αφορούν την έκβαση θεραπείας ασθενών θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων, η μελέτη της οποίας βάση των αποτελεσμάτων, θα αναδείκνυε που έχει επιτευχθεί υψηλή και που χαμηλή ποιότητα φροντίδας. Ομοίως, δεδομένα που σχετίζονταν με στοιχεία δομής θα χρησιμοποιούνταν προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που αφορούν τον εξοπλισμό, την στελέχωση, τον τρόπο που μια μονάδα έχει οργανωθεί κ.λπ. έτσι ώστε να φανεί εάν όλα αυτά διασφαλίζουν ότι τηρούνται όλες οι αρχές της ποιότητας.

Τα πρότυπα (standards). Οι υπηρεσίες και τα προϊόντα δεν θα πρέπει να αποκλίνουν από ένα επιτρεπόμενο όριο που οι κανόνες ή τα κριτήρια καθορίζουν. Υπό μία άλλη ματιά,

«πρότυπο είναι ο έγκυρος τρόπος ορισμού, οργάνωσης, αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας μιας παρεχόμενης υπηρεσίας..» (Παπανικολάου, 2007).

Τα κριτήρια (criteria). Προέρχονται από την ερμηνευτική ανάλυση των προτύπων και είναι στοιχεία που άλλοτε είναι ρητά καθορισμένα ενώ άλλοτε υπονοούνται ή δεν ορίζονται με ακρίβεια. Στην 1η περίπτωση δεν αφήνουν περιθώρια κριτικής ενώ στην 2η περίπτωση αξιολογούνται από τον εκάστοτε εκτιμητή βάση της εμπειρίας και της εξειδίκευσης που αυτός κατέχει (Οικονομοπούλου, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΓΕΙΑ

2.1 Υπηρεσίες Υγείας

Ένα από τα βασικότερα στοιχεία της ζωής του ανθρώπου είναι η Υγεία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) διατύπωσε το 1946 τον πιο διαδεδομένο και επικρατέστερο ορισμό έως σήμερα. Σύμφωνα με αυτό «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Βγαίνει λοιπόν η έννοια της υγείας από το στενό πλαίσιο της σωματικής υγείας και επεκτείνεται σε «υγεία υψηλού επιπέδου», μέσω της ανάδειξης της σημασίας ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Το κοινωνικό περιβάλλον ενός ατόμου είναι αυτό που προσδιορίζει την υγεία του, σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό (Parsons, 1979). Για παράδειγμα, αν κάποιος δεν μπορεί να εργαστεί ή δεν μπορεί να ανταποκριθεί με επάρκεια στον ρόλο του γονέα τότε θεωρείται πως δεν είναι υγιής. Ο βαθμός ικανοποίησης του κοινωνικού ρόλου που κατέχει ένας άνθρωπος, είναι αυτός που ορίζει το αν και κατά πόσο είναι υγιής.

Ο βιοματικός ορισμός της υγείας (Kelman, 1975) επικεντρώνεται στον τρόπο που το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία. Τα προσωπικά βιώματα, οι πεποιθήσεις και οι εμπειρίες που έχει αναπτύξει ο καθένας είναι αυτά που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στο αν αισθάνεται ή όχι υγιής (Ιωαννίδης et.al.,1999).

Ακόμη και σήμερα, οι περισσότεροι πολίτες, ταυτίζουν τις υπηρεσίες υγείας με την θεραπεία μέσω των ιατρικών και των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ότι δηλαδή αποκαλούμε δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Ο λόγος για την διαμόρφωση αυτής της αντίληψης ήταν πως ο τομέας που αναπτύχθηκε ιστορικά πρώτος ήταν αυτός των υπηρεσιών περίθαλψης (Λιαρόπουλος,2007).Οι άνθρωποι γινόταν λήπτες των παρεχόμενων υπηρεσιών προς θεραπεία αφού το πρόβλημα της υγείας τους γινόταν αντιληπτό. Η εμφάνιση συμπτωμάτων αλλά και η ένταση τους, όπως για παράδειγμα ο πόνος ή η αδυναμία, έδωσαν ώθηση στην ιατρική επιστήμη να εστιάσει αρχικά στη θεραπεία και να παραγκωνίζει τη διαμόρφωση μιας επιστημονικής και κοινωνικής συνείδησης που να σχετίζεται με τα προβλήματα υγείας.

Επιπλέον ο επιστημονικός ρόλος των ιατρών, είχε και έχει την μεγαλύτερη βαρύτητα, ακόμα και σε θέματα που σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, αφού οι αποφάσεις που αφορούν θέματα υγείας παίρνονται (ακόμα και σήμερα) κατά βάση από τους ιατρούς. Συνεπώς οι ιατροί ανέλαβαν τον πιο σημαντικό ρόλο προκειμένου να δώσουν λύση στα ορατά προβλήματα των ασθενών τους μιας και αυτό αποτελούσε την καθολική επιθυμία αυτών.

Έτσι σήμερα, η υγεία σχετίζεται με ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα και περιλαμβάνει τις ακόλουθες διακριτές έννοιες, οι οποίες για να μπορούν να λειτουργήσουν με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα θα πρέπει να τηρούνται και να συνδυάζονται αρμονικά και συμπληρωματικά μεταξύ τους και οι οποίες είναι:

- ❖ **Φροντίδα**, αντιμετωπίζει τα ζητήματα της υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.
- ❖ **Θεραπεία**, εμπεριέχει και την αποκατάσταση της υγείας.
- ❖ **Έλεγχος**. Αφορά τον εντοπισμό στοιχείων που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν επικίνδυνα για την υγεία καθώς και την υιοθέτηση αποφάσεων βελτίωσης με σκοπό την ενίσχυση της δημόσιας υγείας.
- ❖ **Κοινότητα**, αποτελεί τον αποδέκτη της υλοποίησης των μέτρων στο πλαίσιο μιας πολιτικής υγείας με έμφαση στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τον Σπάρο (2001): Ο σκοπός του συστήματος υγείας καθορίζει την ουσία της φροντίδας υγείας και ταξινομείται σε:

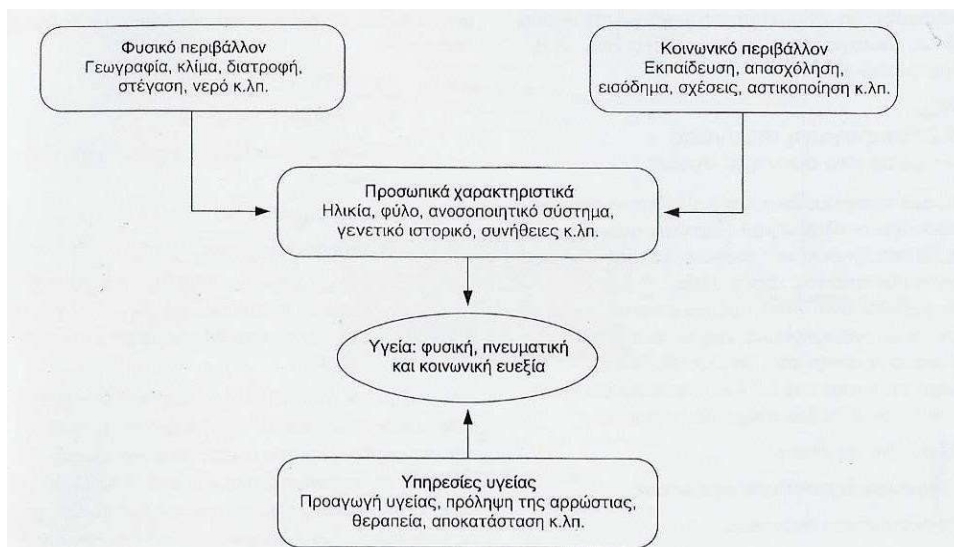
- α) Πρόληψη (Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας),**
- β) Θεραπεία (Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας) και**
- γ) Αποκατάσταση (Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας)**

Ως υπηρεσίες υγείας ορίζονται αυτές οι υπηρεσίες που έχουν στόχο:

- Την πρόληψη της ασθένειας.
- Την διάγνωση καθώς και την θεραπεία της νόσου.
- Την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς.
- Την αντιμετώπιση μιας κατάστασης χρόνιας ανικανότητας.

Ο Λιαρόπουλος (2007) αναφέρει ότι ο στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η διατήρηση ή η βελτίωση του γενικότερου επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Όμως η υγεία δεν εξαρτάται μόνο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Εξαρτάται και από άλλες παράμετρος όπως η γενετική υποδομή, οι φυσικοί, οικονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, το επίπεδο εκπαίδευσης κ.α. και παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο που οδηγεί πολλούς εκτιμητές να διατυπώνουν πως μόνο ένα ποσοστό 10-15% αναλογεί στο σύστημα υγείας και στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Εικόνα 3).

Εικόνα 3 . Η παραγωγή της υγείας στην κοινωνία



2.1.1. Διάκριση – Ταξινόμηση των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007) οι υπηρεσίες υγείας διαχωρίζονται σε:

- 1) σε ιδρυματικές υπηρεσίες και περιλαμβάνουν τα νοσοκομεία καθώς και τις δομές προστατευμένης διαβίωσης και
- 2) σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η ταξινόμηση των υπηρεσιών υγείας διαφοροποιείται με βάση το αντικείμενο και έτσι διακρίνονται σε:

- α) Δημόσιας υγείας και πρόληψης,
- β) Υπηρεσίες θεραπευτικού χαρακτήρα,

- γ) Υπηρεσίες που αφορούν στην αποκατάσταση του ασθενούς και
- δ) Κοινωνικοϊατρικές υπηρεσίες

2.1.2 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας

Τα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη (1991) είναι:

- Η διαθεσιμότητα.
- Η προσπελασιμότητα.
- Η συνέχεια της προσφοράς.
- Η καταλληλότητα σε συνδυασμό με την αποδοτικότητα.

Κάθε άνθρωπος δικαιούται να είναι αποδέκτης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χωρίς κανένα εμπόδιο αλλά και δίχως χρονικό περιορισμό, ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική του κατάσταση.

Η παροχή των υπηρεσιών οφείλει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του πληθυσμού με απώτερο σκοπό την βελτίωση του επιπέδου υγείας του, όχι μόνο κατά την εμφάνιση της ασθένειας, αλλά και προτού αυτή παρουσιαστεί καθώς και μετά την υποχώρησή της.

2.2 Υγειονομικά Συστήματα

Υγειονομικό σύστημα ή σύστημα υγείας εννοούμε, όλες τις δομές και τις υποδομές που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης και οι οποίες θεσμοθετούνται από την πολιτεία μέσα σε συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας.

Σκοπός τους είναι η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Θεοδώρου Μ. και Μητροσύλη Μ., 1999). Πολλές φορές όμως οι παραπάνω όροι έχουν εναλλακτική χρήση με τους όρους υγειονομικός τομέας ή τομέας υγείας.

Είναι όμως δύο διαφορετικές έννοιες εφόσον οι τελευταίες σημαίνουν τις δομές, τις υποδομές που σχετίζονται με την παραγωγή και την διανομή υπηρεσιών υγείας μαζί με το θεσμικό πλαίσιο αυτών, τις υπηρεσίες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της παραγωγής αναλώσιμου υλικού, της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων κ.λπ.

Αντίθετα, ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο τις δομές και υποδομές (δημόσιες και ιδιωτικές) που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Τέτοιες είναι η **προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.α.**

Ένα σύστημα υγείας ορίζεται σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007) ως το σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση τόσο μεταξύ τους όσο και με το περιβάλλον. Έχουν σαν σκοπό την διατήρηση και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού. Επιπρόσθετα αναφέρουν ότι, ένα υγειονομικό σύστημα απαρτίζεται από τρία υποσυστήματα. Το 1^ο αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το 2^ο έχει να κάνει με τη παραγωγή υπηρεσιών υγείας και το 3^ο με τους τρόπους που καλύπτονται οι δαπάνες.

Μία άλλη άποψη είναι αυτή του Λιαρόπουλου (2007) όπου αναφέρει ότι, υγειονομικό σύστημα ορίζεται στο τομέα της υγείας, ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των διαθέσιμων ανθρώπινων και υλικών πόρων, με σκοπό, την επίτευξη εντός των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας, του καλύτερου επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσα από μία οργανωμένη πολιτική ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας.

2.2.1 Οι Στόχοι των υγειονομικών συστημάτων

Ο κοινός σκοπός των υγειονομικών συστημάτων είναι η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις και να τηρούνται κάποιοι στόχοι.

Παρόλο που κάθε χώρα έχει τις ιδιαιτερότητες και το εκάστοτε υγειονομικό της σύστημα, οι γενικά αποδεκτοί βασικοί στόχοι που θα μπορούσαν να αναφερθούν είναι: (Θεοδώρου Μ. και Μητροσύλη Μ., 1999

- **Επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση.** Αυτό σημαίνει πως ένα προκαθορισμένο πλέγμα υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει ολόκληρο τον πληθυσμό είναι διασφαλισμένο.
- **Η προστασία των οικονομικών δυνατοτήτων του ασθενή.** Η υγειονομική φροντίδα πρέπει να είναι ανεξάρτητη της οικονομικής κατάστασης του ασθενή.
- **Μακρό-οικονομική αποδοτικότητα.** Έχει να κάνει με την σωστή ισορροπία ανάμεσα στις δαπάνες που χρεώνονται στον τομέα της υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) και σε ένα διασφαλισμένο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

- **Μικρό-οικονομική αποδοτικότητα.** Μέσα από την κατάλληλη κατανομή των πόρων και την εύρωστη λειτουργία του συστήματος, επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- **Ελευθερία επιλογής.** Θα πρέπει να έχει ο ασθενής την δυνατότητα να επιλέγει αρχικά τον οικογενειακό του γιατρό και αν ενδεχομένως χρειαστεί τον ειδικό ιατρό, καθώς και το νοσοκομείο στο οποίο θα του παρασχεθούν οι υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται.
- **Αυτονομία στους προμηθευτές.** Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν μια σχετική αυτονομία για τα ιατρικά ζητήματα.

2.2.2 Στοιχειώδης ταξινόμηση των συστημάτων υγείας

Τα Υγειονομικά συστήματα διακρίνονται σε:

- 1) Εθνικά ή Δημόσια Υγειονομικά Συστήματα
- 2) Φιλελεύθερα Υγειονομικά Συστήματα
- 3) Εθνικά ή Δημόσια Υγειονομικά Συστήματα

Τα βασικά χαρακτηριστικά τους είναι η υποχρεωτική ασφάλιση, η συλλογικότητα, η κάλυψη όλου του πληθυσμού καθώς και ο υπερμεγέθης κρατικός παρεμβατισμός.

Εκφράζονται με δύο βασικά μοντέλα:

- α) με το **μοντέλο Beveridge** με βασικό εκπρόσωπο τη Μεγάλη Βρετανία και
- β) το **μοντέλο Bismarck** με εκπρόσωπο τη Γερμανία.

- ✓ **Μοντέλο Beveridge:** η συμμετοχή είναι υποχρεωτική και η κάλυψη ισότιμη και καθολική. Ασφαλιστικά ταμεία δεν υπάρχουν και η πηγή χρηματοδότησής του έρχεται κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ο ρόλος του κράτους είναι έντονα παρεμβατικός και πρωταγωνιστικός.
- ✓ **Μοντέλο Bismarck:** Στην κοινωνική ασφάλιση, βασικό ρόλο παίζουν τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία των οποίων η αυτονομία μειώνει κάπως τον κρατικό παρεμβατισμό που παρατηρούμε στο μοντέλο Beveridge.

Τα διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία, έχουν συγκροτηθεί και εκφράζονται από διαφορετικές ομάδες πληθυσμού όσο αφορά τις επαγγελματικές και κοινωνικές τους διαστάσεις. Η χρηματοδότηση του προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι, οι εργοδότες και οι συνταξιούχοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Ως κύριο σκοπό οι υπηρεσίες υγείας, έχουν την φροντίδα και την μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή σε εξατομικευμένο επίπεδο. Αυτό οφείλεται στο ότι κυριαρχεί ο ανθρώπινος παράγοντας συγκριτικά με την βιομηχανία παραγωγής προϊόντων, καθώς η παροχή υπηρεσιών υγείας διαφέρει από άτομο σε άτομο (Sloan,1992).

Η ποιότητα στα συστήματα υγείας δείχνει την βέλτιστη παροχή φροντίδας υγείας σε έναν ασθενή, δηλαδή να προσφέρεται η περίθαλψη στο κατάλληλο χρόνο και τη σωστή μέθοδο.

Επίσης, η διοίκηση μίας μονάδας υγείας θεωρεί την ποιότητα ως μία αποδοτική παροχή φροντίδας σε συνδυασμό με την εξοικονόμηση πόρων ενώ οι ασθενείς την κρίνουν ως την επιλογή της βέλτιστης υπηρεσίας για την ταχύτερη κάλυψη των ιατρικών αναγκών τους. Ουσιαστικά, η ποιότητα μπορεί να ερμηνευτεί διαφορετικά ανάλογα με την πλευρά που βρίσκεται ο καθένας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η ποιότητα στην υγεία μπορεί να αποτυπωθεί ως τον βαθμό που οι υπηρεσίες περίθαλψης αυξάνουν το ποσοστό εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων και ταυτίζονται με τις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις δείχνοντας ότι η ποιότητα σχετίζεται με τις προσδοκίες των ασθενών και την επιστημονική εξέλιξη (Παπανικολάου,2007).

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δέχεται μεγάλη επιρροή από την εμπειρία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τη τεχνογνωσία του νοσηλευτικού προσωπικού, από την φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς, από τη χρησιμοποίηση σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού, από τις δομές και τις εγκαταστάσεις των μονάδων υγείας, από τη λειτουργικότητα και τη χωρητικότητα των εσωτερικών χώρων, από την ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και μετά το πέρας της θεραπείας τους κτλ.(Αδαμαντίδου, 2004).

Η ποιότητα σηματοδοτεί την βελτίωση και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας μέσα από την γρήγορη εξυπηρέτηση και παροχή βοήθειας προς τους ασθενείς μεγιστοποιώντας παράλληλα την ικανοποίηση των αναγκών τους (Ζαβλανός,2006).

Ο Donabedian (1988), προσέγγισε την ποιότητα στην περίθαλψη διαχωρίζοντας την σε 3 άξονες.

Αρχικά, υπάρχουν οι εισροές όπου περιλαμβάνονται οι δομές της μονάδας υγείας, η διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και ο τρόπος λειτουργίας της.

Στη συνέχεια, υπάρχουν οι διαδικασίες όπως είναι η λήψη ιστορικού του ασθενή, η διάγνωση, η θεραπεία που θα λάβει και η πλήρης αποκατάσταση του.

Τέλος, βρίσκονται οι εκροές, όπως είναι ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν και οι πόροι που δαπανήθηκαν.

Τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων μίας μονάδας υγείας διαμορφώνονται από τις εκροές και έχουν άμεση σχέση με τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς πελάτες, μέσα από τα οποία θα μπορεί η υγειονομική μονάδα να καταλάβει σε ποιο σημείο βρίσκεται και να προχωρήσει στην επιδιόρθωση των σφαλμάτων που εντοπίζονται στις οργανωσιακές διαδικασίες, με απώτερο σκοπό την ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών της υγείας (Κουκουφιλίππου,etal.,2016).

Μερικές θεωρίες εστιάζουν στην αύξηση των ικανοτήτων μίας νοσοκομειακής μονάδας μέσα από συνεχείς οδηγίες, στη συνεχή ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού και στην αξιολόγηση της ποιότητας από άτομα που ανήκουν στον ιατρικό κλάδο.

Άλλες θεωρίες ισχυρίζονται, πως θα πρέπει να υπάρχει εξωτερικός έλεγχος για την απόδοση μίας υγειονομικής μονάδας ενώ πρέπει να επισημανθεί ότι οι οργανωσιακές τακτικές που έχουν χρησιμοποιηθεί στον βιομηχανικό κλάδο, έχουν αποκτήσει μεγάλη απήχηση στο πλαίσιο της αναβάθμισης των νοσοκομείων (Eggli & Halfon, 2003).

3.2 Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας στο κλάδο της υγείας

Ο **δείκτης υγείας** είναι μια μονάδα μέτρησης για την επιτήρηση της δημόσιας υγείας που καθορίζει τον βαθμό υγείας ή τον βαθμό με τον οποίο ένας παράγοντας συσχετίζεται με την υγεία μεταξύ των ατόμων συγκεκριμένου πληθυσμού (Πολύζος, 2014). Με άλλα λόγια είναι πληροφορίες που αφορούν διαφορετικές υγειονομικές ιδιότητες, διαστάσεις και αποδόσεις του συστήματος υγείας και διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση και την εκτίμηση των διαφορετικών διαστάσεων της υγείας, ανάλογα και με τους προσδιοριστικούς παράγοντες.

Ήδη πολλές χώρες χρησιμοποιούν δείκτες για την μέτρηση της τεχνικής ποιότητας.

Στον παρακάτω πίνακα, παρατίθενται τα στοιχεία που αφορούν έξι χώρες αναφορικά με την **ασφάλεια**, την **αποτελεσματικότητα**, την **καταλληλότητα** και την **έκβαση της κατάστασης** της υγείας του ασθενή.

Έννοιες της ποιότητας	Αυστραλία	Καναδάς	Δανία	Ολλανδία	Μεγάλη Βρετανία	ΗΠΑ
Ασφάλεια	+	+		+		+
Αποτελεσματικότητα	+	+	+	+	+	+
Καταλληλότητα	+	+			+	+
Έκβαση της κατάστασης της υγείας				+	+	+

Πίνακας 3.1 Οι έννοιες της τεχνικής ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και οι χώρες που ανέπτυξαν δείκτες για τη μέτρησή της (Πηγή: The OECD Health Care Quality Indicators Project)

Οι δείκτες ποιότητας διακρίνονται σε:

- **Δείκτες δομών (Structure measures).** Η «δομή» αφορά χαρακτηριστικά των υλικών και των ανθρώπινων πόρων και της δομής της οργάνωσης, χαρακτηριστικά δηλαδή του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας.

Τέτοια είναι οι κατάλληλες εγκαταστάσεις, ο ιατρότεχνολογικός εξοπλισμός, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, η διεύθυνση προσωπικού κ.α. Τα χαρακτηριστικά αυτά σύμφωνα με τους Κωσταγιόλα, Καϊτελίδου, Χατζοπούλου (2008) αν και αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

- **Δείκτες διαδικασιών (Processmeasures).** Αφορούν την οργάνωση, τη λειτουργία του οργανισμού, καθώς και την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα το χρόνο αναμονής των ασθενών σε ένα τμήμα, το διάστημα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας, τον αριθμό ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία, το χρονικό διάστημα που κάποιο μηχάνημα έχει τεθεί εκτός λειτουργίας κ.α.

- **Δείκτες αποτελέσματος (Outcomemeasures).** Το αποτέλεσμα δηλώνει τις επιπτώσεις – συνέπειες των υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο υγείας των ασθενών. Τέτοιες μπορεί να είναι τα ποσοστά επιβίωσης ανά νόσο, το διάστημα ελεύθερο νόσου, τα ποσοστά των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων κ.α. Πέρα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να σχετιστεί και με άλλους παράγοντες όπως για παράδειγμα η ηλικία του ασθενή, η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του, το κοινωνικό-οικονομικό του επίπεδο κ.α.

Η αξιολόγηση και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων πρέπει να βασιστούν (Πολύζος, 2014):

- ✓ Στην ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και εξειδικευμένων υπηρεσιών.
- ✓ Στην ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών.
- ✓ Στη βελτίωση των νοσηλευτικών και οικονομικών δεικτών.
- ✓ Στην ικανοποίηση του χρήστη και στη βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων υγείας.
- ✓ Στην ανάπτυξη σύγχρονων λειτουργιών και στην ανταγωνιστικότητα των μονάδων υγείας.

3.3 Κριτήρια επιλογής δεικτών

Η επιλογή των δεικτών αξιολόγησης για την λειτουργία ενός υγειονομικού οργανισμού γίνεται κυρίως με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

- ❖ **Την χρησιμότητα (usefulness).** Για την επιλογή ενός δείκτη που αφορά μια ασθένεια, συνυπολογίζεται η επίπτωση της ασθένειας και η επίπτωση των θεραπευτικών μέτρων αφενός στην κατάσταση της υγείας του ασθενή και αφετέρου στις δαπάνες υγείας. Ρόλο στην απόφαση επιλογής αυτού του δείκτη παίζει επίσης η δυνατότητα παρέμβασης του συστήματος υγείας καθώς και όσων σχετίζονται με την διαμόρφωση πολιτικής υγείας με στόχο την βελτίωση των αποτελεσμάτων.
- ❖ **Την εγκυρότητα (Validity).** Είναι ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά. Αν δεν ισχύει αυτό, τότε προκύπτει «προκατάληψη» ή «συστηματικό σφάλμα». Ο εντοπισμός της εγκυρότητας ή όχι ενός τέτοιου δείκτη απαιτεί

διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων και για αυτό θεωρείται δυσκολότερα ανιχνεύσιμος από την «αξιοπιστία».

- ❖ **Την αξιοπιστία (Reliability)**. Είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ αποτελεσμάτων στις περιπτώσεις που η μέτρηση επαναλαμβάνεται κάτω από πανομοιότυπες συνθήκες σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Anders & Staffan, 1992). Αφού η μέτρηση γίνεται με τις ίδιες συνθήκες θα πρέπει τα αποτελέσματα που θα προκύψουν να είναι παρόμοια.
- ❖ **Την δυνατότητα σύγκρισης (Comparability)**. Η διαθεσιμότητα πρότυπων δεικτών, καθώς και η αξιοποίηση συγκρίσιμων στοιχείων σε διεθνή κλίμακα, δίνει την δυνατότητα για χρήση του συγκεκριμένου δείκτη.
- ❖ **Την ανταποκρισιμότητα (Responsiveness)**. Αφορά το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη στο να ανιχνεύει μεταβολές και έχει ιδιαίτερη σημασία όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.
- ❖ **Την ειδικότητα (Specificity)**. Αφορά την ικανότητα εντοπισμού των διαφορών ανάμεσα στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών όπως για παράδειγμα ανθρώπους με καλή ποιότητα ζωής και ανθρώπους με κακή ποιότητα ζωής.
- ❖ **Την ευαισθησία (Sensitivity)**. Ανιχνεύει τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις του δείκτη έπειτα από την επαναλαμβανόμενη χρήση του.

Οι δείκτες μπορούν ως ένα σύστημα εργαλείων, να παράγουν χρήσιμα και ουσιαστικά αποτελέσματα εφόσον η χρήση τους δεν περιορίζεται απλά σε μία μέτρηση μια δεδομένη χρονική στιγμή.

Ένας οργανισμός θα πρέπει να πραγματοποιεί ανά τακτά χρονικά διαστήματα πολλές μετρήσεις, διασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο διαρκή αξιολόγηση και βελτίωση. Τονίζεται πως οι δείκτες, τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται και οι μηχανισμοί που τους διέπουν δεν είναι στατικοί, επομένως πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να επαναξιολογούνται και να εναρμονίζονται με τις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις.

3.4 Η Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Στο πλαίσιο της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οργανισμοί διεθνώς έδωσαν έμφαση στις εκτιμήσεις των καταναλωτών – χρηστών για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες,.

Ένας σημαντικός λόγος ήταν ότι, οι κρίσεις των χρηστών – καταναλωτών θα μπορούσαν να καταδείξουν τυχόν ελλείψεις ή διαφορές σε σχέση με το αναμενόμενο προϊόν ή την υπηρεσία, τις οποίες οι προμηθευτές πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τους και να προχωρήσουν έτσι στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης.

Αποτέλεσμα αυτού, ήταν οι έρευνες για την ικανοποίηση των πελατών που διεξάγονται να μην περιορίζονται απλά στην καλύτερη δυνατή προώθηση των υπηρεσιών – προϊόντων αλλά να αποτελούν μηχανισμούς μέτρησης της ποιότητας.

Η Παπανικολάου (2007) προσεγγίζει την ικανοποίηση των ασθενών ως το μέτρο στο οποίο «εκείνοι που παρέχουν φροντίδα υγείας έχουν πετύχει να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και τις προσδοκίες του» και συμπληρώνει πως «η ικανοποίηση των ασθενών είναι μία μεταβλητή που επηρεάζει αφενός την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και αφετέρου τη συνεργασία μεταξύ αυτών που την παρέχουν».

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο et. al., (2000), η ικανοποίηση των ασθενών παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας οπότε έχει ιδιαίτερη σημασία για το σχεδιασμό και την χάραξη της πολιτικής υγείας.

Οι Μάντη και Τσελέπη (2000) αναφέρουν δύο ομάδες παραγόντων που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση του ασθενή – χρήστη υπηρεσιών υγείας:

A) Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας

Αυτά αφορούν:

- τη διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο καθώς και τη παροχή των πρώτων φροντίδων (χρόνος αναμονής, εξασφάλιση κρεβατιού, καταγραφή ιατρικού ιστορικού κ.α.),
- τη φροντίδα στον θάλαμο και την ιατρική φροντίδα (διαγνωστικές εξετάσεις, προετοιμασία για το χειρουργείο, νοσηλευτική φροντίδα κ.α.)
- τις συνθήκες διαβίωσης του ασθενή στο θάλαμο (διατροφή, καθαριότητα δωματίου, ωράριο επισκεπτηρίου, θέρμανση κ.α.)
- τη διαδικασία της αναχώρησης (ιατρικές οδηγίες, συνταγές φαρμάκων κ.α.)
- τη διευθέτηση – διεκπεραίωση θεμάτων οικονομικού χαρακτήρα (πληρωμές, συμπλήρωση εγγράφων κ.α.).

B) Τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ γιατρού / ασθενή / νοσηλευτή.

Θα πρέπει επίσης να υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού/ασθενή και νοσηλευτή/ασθενή. Πέρα από το καθαρά ιατρικό κομμάτι πολύ σημαντική κρίνεται η ανθρωπιστική διάσταση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών η οποία βοηθά τον ασθενή να συρρικνώσει το άγχος και τον φόβο του. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 59 δημόσια νοσοκομεία, με αποδέκτες τους υπεύθυνους ποιότητας, με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο κρίνεται αναγκαία η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το 98,2% έκρινε πως η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει στην καλύτερη επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μονάδες υγείας σήμερα (Γούλα et. al., 2017).

Η Παπανικολάου (2007) προσεγγίζοντας τις θεωρίες των Dutka (1995), Neumann & Giel (1995) και Czarniecki (1999), αναφέρει ως τα κυριότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης ικανοποίησης ασθενών τα εξής:

- 📌 Ο οργανισμός, έχει την δυνατότητα να διαπιστώσει αν και σε ποιο βαθμό, οι υπηρεσίες που παρέχει ικανοποιούν τις προσδοκίες των πελατών – ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των νέων ενεργειών και προγραμμάτων που ενδεχομένως έχει συγκροτήσει.
- 📌 Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, στην βάση διαρκών και συστηματικών προσπαθειών του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με τους χρήστες.
- 📌 Αφού εντοπιστούν οι βασικότερες παράμετροι της ικανοποίησης, στην συνέχεια γίνονται προσπάθειες για να βρεθούν οι καλύτεροι δυνατοί τρόποι βελτίωσής της.
- 📌 Οι απόψεις και η γνώμη των χρηστών οδηγούν στον προσδιορισμό των βασικότερων πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό.
- 📌 Προκειμένου να αυξήσει την παραγωγικότητα του προσωπικού δυναμικού του, ο οργανισμός του παρέχει κάποιο κίνητρο. Η αύξηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών θα έχει θετικό αντίκτυπο στους χρήστες – πελάτες οι οποίοι θα αξιολογήσουν ανάλογα.

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή, πλέον αντιμετωπίζεται ως ένας βασικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται (Cleary 1997).

Ο Donabedian (1988), αναφέρει ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετίζεται άμεσα με τις προσδοκίες τους και προσθέτει πως επιπλέον παράγοντες που την επηρεάζουν είναι οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πληροφορίες που προέρχονται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και η εξέλιξη της αρρώστιας. Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών ορίζει την ικανοποίηση του ασθενή ως τη «μέτρηση της γνώμης ενός ασθενή ή μιας οικογένειας για τη φροντίδα που λαμβάνει»

Όσον αφορά το ερώτημα «Από τι αλήθεια ικανοποιείται ο ασθενής και ποιες είναι οι βασικές συνιστώσες για την οριοθέτηση του επιπέδου ικανοποίησης» η Γούλα (2007) διατυπώνει τρεις γενικές κατηγορίες αναγκών που επιδιώκει να καλύψει ο ασθενής:

α. Φροντίδα, έτσι ώστε να επανέλθει ο ασθενής σε αποδεκτό επίπεδο υγείας.

β. Επικοινωνία και πληροφόρηση σχετικά με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει.

γ. Ένδειξη ενδιαφέροντος κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την επίλυση των ιατρικών θεμάτων που τον απασχολούν.

Ενα μεγάλο ποσοστό (μεταξύ 82% - 94%) έχει εκφράσει πως έχει ικανοποιηθεί σε υψηλό βαθμό από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα, προκειμένου να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις ασθενών για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που τους έχουν προσφερθεί.

Αντίθετα, η ικανοποίηση που αφορά τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τις συνθήκες διαμονής στο νοσοκομείο ήταν ιδιαίτερα χαμηλή με ποσοστό που διακυμάνθηκε ανάμεσα στο 52% - 68%.

3.5 Δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών, αποτελεί δείκτη μέτρησης αλλά και ουσιαστικό στοιχείο της ποιότητας της παρεχόμενης προς αυτούς φροντίδα υγείας. Η διασφάλιση της ποιότητας, είναι άμεσα συνυφασμένη με την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του ασθενή και η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ικανοποίησης αποτελεί βασικό ζητούμενο για το υγειονομικό σύστημα.

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γίνεται από κάθε ασθενή ξεχωριστά με υποκειμενικά κριτήρια, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση είναι μια σχετική έννοια (Gnardelliset. al., 2005). Χρυσός κανόνας, όσο αφορά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν υπάρχει.

Ο Powell (2001) διατυπώνει πως οι έρευνες που διεξάγονται για την ικανοποίηση τους ασθενούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία μάθησης, πιστοποίησης οργανισμών αλλά και ως οδηγός για τη λήψη αποφάσεων διαχειριστικού τύπου.

Βασικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή είναι (Στάγιας, 2011):

Το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης του Πελάτη (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ- 18 και CSQ-8) (Larsen, 1979).	Δημιουργήθηκε προκειμένου να εκτιμηθεί η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας
Το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από την Επίσκεψη (Consultation Satisfaction Questionnaire, Consult SQ).	Οι ερωτήσεις χαρακτηρίζονται από επαναληψιμότητα, δεν υπάρχει ερώτηση που να μετρά τα θεραπευτικά αποτελέσματα.
Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ασθενούς (La Monica-Oberst patient satisfaction scale, LOPSS).	Έχει περιορισμένη αξία και αφορά κυρίως τη νοσηλευτική φροντίδα (La Monica, 1986).
Η Επαφή με τον ιατρό (Linder-Pelz, 1982).	Περιλαμβάνει κλίμακες Γενικής Ικανοποίησης και Άνεσης για τις οποίες δεν υπάρχουν διαθέσιμες σαφείς ψυχομετρικές πληροφορίες
Κλίμακα Ιατρικής Συνέντευξης για την Ικανοποίηση (Medical Interview Satisfaction Scale, MISS).	Διαθέτει μέτριες ψυχομετρικές ιδιότητες. Η εσωτερική της δομή είναι χαμηλή, υπάρχουν περιττές ερωτήσεις και αντιμετωπίζει τους ασθενείς με μια πατερναλιστική οπτική (Wolf, 1978).
Ο Δείκτης Ικανοποίησης του Ασθενή (Patient Satisfaction Index, PSI) (Guyattetal., 1995).	Είναι αξιόπιστο εργαλείο. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων του αντανακλά περισσότερο τις εμπειρίες παρά την ικανοποίηση και σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται σε συνεντεύξεις.

<p>Το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Ικανοποίησης του Ασθενή (Patient Satisfaction Questionnaire, PSQ) (Ware, et. al., 1983).</p>	<p>Αναπτύχθηκε για να βοηθήσει στον σχεδιασμό, την διαχείριση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας.</p>
<p>Το PPE-15» (Picker Patient Experience Questionnaire).</p>	<p>Παρέχει μια βασική ομάδα 15 ερωτήσεων, που εφαρμόζονται σε όλα τα νοσοκομεία και αφορούν κάθε ασθενή. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι έχει υψηλή εγκυρότητα και εσωτερική συνέπεια.</p>

Το **SERVQUAL** είναι από τις ελάχιστες κλίμακες των οποίων η ανάπτυξη βασίστηκε σε ένα εννοιολογικό υπόδειγμα και η μοναδική με τόσο καλή θεωρητική τεκμηρίωση.

Δημιουργήθηκε από 3 σπουδαίους ανθρώπους του μάρκετινγκ, τους Parasuraman, Zeithaml και Berry. Αποτελεί μεθοδολογία και ταυτόχρονα εργαλείο ανάλυσης, ανάπτυξης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένας οργανισμός προς τους πελάτες του προκειμένου να είναι ευχαριστημένοι και πιστοί τόσο στα προϊόντα και τις υπηρεσίες που τα διέπουν πριν και μετά την πώληση τους όσο και στις καθαρές μορφές υπηρεσιών χωρίς την πώληση απτών αγαθών. (Κωσταγιόλας Π., 2006). Παρέχει αναλυτικές πληροφορίες σχετικά:

- Με τα επίπεδα απόδοσης της επιχείρησης όπως τα αντιλαμβάνονται οι πελάτες.
- Με τις προοπτικές για υπηρεσία που έχουν οι πελάτες.
- Με τα σχόλια και τις προτάσεις των πελατών.
- Με τις εντυπώσεις υπαλλήλων με σεβασμό στις προσδοκίες των πελατών και την ικανοποίησή τους (Κερμίτσης, 2005).

Αργότερα **εμπλούτισαν τα παραπάνω βασικά εργαλεία** μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή με τα κάτωθι:

<p>The Quality of care from the perspective of elderly people, QUOTE (Sixma et al. 2000).</p>	<p>Από τις ελάχιστες κλίμακες οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε δείγμα ηλικιωμένων ασθενών και εκτιμά την ποιότητα της φροντίδας.</p>
--	---

H “CAHPS” (Consumer Assessment of Health Providers and Systems).	Αξιολόγηση των Παροχών Υγείας και του Συστήματος από τον Καταναλωτή” το οποίο χρησιμοποιείται σε πολλές μελέτες
To “EUROPEP” (Groletal., 2000).	Αξιολογεί τις βαθμολογήσεις των ασθενών για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
To “Ερωτηματολόγιο Εμπειριών Ασθενή” (Patient Experiences Questionnaire).	Αξιολογεί τη σχέση μεταξύ των εμπειριών του ασθενή, τις πτυχές της φροντίδας υγείας που παρέχεται και τα χαρακτηριστικά των εσωτερικών ενήλικων ασθενών. Περιέχει 10 υποκλίμακες. (Danielson et al., 2007).
H “Verona Service Satisfaction Scale-European version” (VSSS-EU, Corbière et al., 2003).	Αξιολογεί την ικανοποίηση ασθενών με ψυχική ασθένεια από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται
«The Patient Judgments of Hospital Quality Questionnaire, PJHQ» (Meterkoetal., 1990).	Είχε σαν πρωταρχικό στόχο την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και την διαχώρισε από την ικανοποίηση.

Τα αποτελεσματικά ερωτηματολόγια, πρέπει να διαθέτουν κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες και να έχουν τρεις σημαντικές ιδιότητες: **α)** την εστίαση, **β)** τη συντομία και **γ)** τη σαφήνεια.

Οι ερωτήσεις θα πρέπει να εστιάζουν άμεσα σε συγκεκριμένα θέματα, να είναι σύντομες και να εκφράζονται όσο πιο απλά και με σαφήνεια γίνεται.

Στην Ευρώπη, ο πιο διαδεδομένος είναι ο Ευρωπαϊκός Δείκτης Ικανοποίησης Χρηστών Υπηρεσιών (European Customer Satisfaction Index, ECSI) στον οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα.

Βασικοί στόχοι του είναι : **α)** η σχέση που προκύπτει ανάμεσα στην ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και σε οικονομικούς δείκτες και μετρήσεις, **β)** η μέτρηση της οικονομικής σταθερότητας, **γ)** η μέτρηση συσχέτισης και **δ)** η εκτίμηση της οικονομικής ευημερίας (Κωσταγιόλας et. al., 2008).

3.6 Το κόστος της «μη ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αφορά ολόκληρη τη κοινωνία στο σύνολό της. Αφορά τους ασθενείς – χρήστες των υπηρεσιών υγείας καθώς και τις οικογένειες και τους συγγενείς αυτών. Παράλληλα, αφορά όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες που σχετίζονται με την υγεία (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α.) καθώς και αυτούς που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς κ.α.).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μία συνεχή και υπέρογκη αύξηση των δαπανών υγείας, η οποία όμως δεν συνοδεύεται από τα αναμενόμενα υγειονομικά οφέλη και αποτελέσματα. Κυβερνήσεις χωρών και διεθνείς οργανισμοί προσπαθούν να περιορίσουν το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας εφόσον όσο αφορά αφενός τον δημόσιο τομέα το αυξημένο κόστος οδηγεί στην περικοπή δαπανών από άλλες κοινωνικές δομές, όπως για παράδειγμα την παιδεία και την πρόνοια, και αφετέρου όσο αφορά τον ιδιωτικό τομέα, ο έλεγχος για την συγκράτηση των δαπανών επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιβαρύνει την οικονομία στο σύνολό της (Κοντούλη και Γείτονα, 1992).

Αν και το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια καθοριστική παράμετρο για την λειτουργία των μονάδων που τις παρέχουν, εν τούτοις τελευταία όλο και περισσότερο οι διοικήσεις των μονάδων υγείας αλλά και πολλοί ερευνητές δίνουν έμφαση στο επιμέρους κόστος που φέρνει η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Το κόστος αυτό είναι στην ουσία το κόστος που δημιουργείται είτε από την απουσία εξαρχής των κατάλληλων και ενδεδειγμένων ενεργειών για την παροχή της υπηρεσίας υγείας είτε από την λάθος εφαρμογή τους.

Μερικά παραδείγματα χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι η επανάληψη μιας ιατρικής εξέτασης λόγω αναξιπιστίας του αποτελέσματός της, η ματαιώση ή αναβολή μιας χειρουργικής επέμβασης λόγω ακατάλληλης προετοιμασίας, η λανθασμένη καταγραφή του ιατρικού ιστορικού κ.λπ. Σε περίπτωση δε σωματικής βλάβης ή απώλειας ζωής του ασθενούς λόγω κακής ή καθυστερημένης αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας του, το κόστος της κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι ανυπολόγιστο (Αλεξιάδης και Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με επιστήμονες που ασχολούνται με θέματα ποιότητας, το κόστος της χαμηλής ή της κακής ποιότητας οργανισμών με καλή διοίκηση και διαχείριση αγγίζει το ποσοστό 30% των εσόδων τους. Επιπρόσθετα, τονίζουν πως το ¼ του προσωπικού τους απασχολείται με τη

διόρθωση σφαλμάτων τα οποία οφείλονται σε ενέργειες που δεν έγιναν σωστά την πρώτη φορά (Δερβιτσιώτης, 1993).

Πέρα όμως από τις προαναφερθείσες αρνητικές επιπτώσεις, το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας, έχει αντίκτυπο και στην συνολική παραγωγικότητα ενός νοσοκομείου, με την έννοια πως αν αυτό επαναλαμβάνει ή διορθώνει δραστηριότητες που δεν έγιναν σωστά με την πρώτη φορά απασχολεί ανθρώπινους και υλικούς πόρους.

Μία ακόμη αρνητική επίπτωση της χαμηλής ή κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας – ίσως η πιο σημαντική – είναι πως το προσωπικό «μαθαίνει να συμβιώνει» με αυτή και μετά από κάποιο χρονικό διάστημα εργάζεται χωρίς καν να την αναγνωρίζει (Αλεξιάδης και Σιγάλας, 1999).

Η εκτίμηση ή ο υπολογισμός της κακής ή χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι μία δύσκολη υπόθεση η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με ειδικές μελέτες από ειδικούς επιστήμονες. Για αυτό τον λόγο το συγκεκριμένο κόστος χαρακτηρίζεται αφανές κόστος και οι δαπάνες αυτού δεν καταγράφονται πουθενά και ελέγχονται με δυσκολία.

Σύμφωνα με τους Porter & Teisberg αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό είναι ότι η ποιότητα και το κόστος πολλές φορές βελτιώνονται ταυτόχρονα. Έτσι, στον κλάδο της υγείας δεν πρέπει να δημιουργείται ή συντηρείται μια νοοτροπία που να ευνοεί την αντίληψη, ότι το κόστος ή η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί το ένα εις βάρος του άλλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συστήματα και πρότυπα πιστοποίησης ποιότητας

4.1 Ορισμός

Είναι εργαλεία που σαν σκοπό έχουν την οργάνωση καθώς και την βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών ενός οργανισμού. Περιλαμβάνουν μεθόδους και τυπικές διαδικασίες που έχουν σχέση με τη λειτουργία του οργανισμού αλλά και με την οργάνωση και τον καταμερισμό των ευθυνών. Κάθε σύστημα ποιότητας οφείλει να είναι άρτια τεκμηριωμένο εφόσον η τεκμηρίωση παίζει πρωταρχικό ρόλο για τον έλεγχο ποιότητας ενός οργανισμού (Παπανικολάου,2007).

Ένα **σύστημα διασφάλισης ποιότητας** είναι σύμφωνα με τον Κέφη (2005) όλες εκείνες οι σχεδιασμένες και συστηματικές ενέργειες που είναι απαραίτητες, ώστε να νιώσει ο χρήστης την εμπιστοσύνη που χρειάζεται, προκειμένου να είναι σίγουρος ότι το αγαθό ή η υπηρεσία ικανοποιούν τις απαιτήσεις του.

Συμπληρώνει ακόμα, πως κάθε επιχείρηση ανεξάρτητα με το πόσο μεγάλη ή μικρή είναι, πρέπει να καλύπτεται από ένα τέτοιο σύστημα ποιότητας, ώστε να υπάρχει βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων – υπηρεσιών της, στη κατάλληλη πρόληψη για την αποφυγή λαθών, στην αύξηση της παραγωγικότητας και στη μείωση του κόστους.

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN,) ο Κωσταγιόλας *et. al.* (2008) αναφέρει πως «πρότυπο», είναι ένα επιθυμητό και εφικτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, ένα μέτρο, στάθμη ή σειρά εφαρμογών, η επιθυμητή ποσότητα, ποιότητα ή επίπεδο απόδοσης που ανταποκρίνεται σε κάποιο κριτήριο με το οποίο συγκρίνεται η εφαρμοσμένη φροντίδα υγείας (Wright & Whittington, 1992).

Τα πρότυπα θα πρέπει να συμμορφώνονται στο καλύτερο δυνατό επίπεδο με τους κανόνες, τις οδηγίες, τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών ή προϊόντων με στόχο την κατοχύρωση της ασφάλειας του χρήστη καθώς και τη πρόληψη προβλημάτων.

Σύμφωνα με την Παπανικολάου (2007), πρότυπο είναι μια τεχνική ή διοικητική προδιαγραφή, που υποδεικνύει συγκεκριμένα κριτήρια, βάση των οποίων διασφαλίζεται πως υλικά, προϊόντα και υπηρεσίες είναι κατάλληλα για χρήση. Τα πρότυπα, συμπληρώνει, προσδιορίζουν το πώς τα συστήματα θα έπρεπε να κατασκευάζονται και να λειτουργούν (Πίνακας 6.1).

Σύμφωνα με άλλο ορισμό (ΕΛΟΤ EN 45020:1996), πρότυπο είναι το έγγραφο που έχει καθιερωθεί με συναίνεση και έχει εγκριθεί από έναν αναγνωρισμένο φορέα. Δεν θα πρέπει να συγχέεται ο όρος «πρότυπο» με αυτόν της τυποποίησης, ο οποίος αφορά στην εκπόνηση προδιαγραφών και προτύπων, κανονισμών και κανόνων.

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας αξιολογείται μέσω τριών βασικών προσεγγίσεων που τυγχάνουν μεγάλης αποδοχής εδώ και χρόνια (Παπανικολάου, 2007). Αυτές είναι: **α)** η χορήγηση άδειας, **β)** η διαπίστευση και **γ)** η πιστοποίηση (Εικόνα 4).



Εικόνα 4. Η αλυσίδα της διασφάλισης ποιότητας

4.2 Η χορήγηση άδειας (licensure)

Είναι πάντοτε υποχρεωτική. Αφορά τα πρότυπα που πρέπει να χρησιμοποιούνται, ώστε να διασφαλίζεται ότι ο οργανισμός διαθέτει τα απαραίτητα συστατικά που απαιτούνται για την παροχή φροντίδας υγείας μέσα σε ένα περιβάλλον ελάχιστου κινδύνου για την υγεία του ασθενούς.

Μέσω των προτύπων που οφείλουν να πληρούν οι οργανισμοί, δίνεται η δυνατότητα να μπορούν να διαφημίσουν την ίδια τους την λειτουργία. Όταν σε έναν οργανισμό χορηγείται άδεια από το κράτος, του επιτρέπεται να μπορεί να αναπτύξει υπηρεσίες φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς.

Η χορήγηση της άδειας σε έναν οργανισμό ή σε ένα άτομο δίνεται αρχικά με βάση κάποια εξωτερική αξιολόγηση ή εξέταση. Τέτοια μπορεί να είναι για παράδειγμα η αντιστοίχιση των δικαιολογητικών που έχει καταθέσει ο οργανισμός στην αρμόδια κρατική υπηρεσία με αυτά που ο νόμος απαιτεί.

4.3 Η διαπίστευση (accreditation)

Με τη διαπίστευση (accreditation) γίνεται η αξιολόγηση της συμμόρφωσης ενός οργανισμού υπηρεσιών υγείας από εξωτερικούς αξιολογητές, βάση προκαθορισμένων προτύπων επίδοσης. Απευθύνεται στην ικανότητα και στην επίδοση οργανισμών και όχι μεμονωμένων επαγγελματιών. Επιπλέον, την ενδιαφέρει η ανάπτυξη στρατηγικών για να υπάρχει συνεχής βελτίωση, ώστε να μπορέσει ο οργανισμός να φτάσει στα καλύτερα δυνατά πρότυπα ποιότητας και όχι απλά στο να συμμορφωθεί με τα ελάχιστα πρότυπα, όπως λειτουργεί δηλαδή η χορήγηση άδειας.

Τα πρότυπα διαπίστευσης οφείλουν να συμβαδίζουν με το πιο εξελιγμένο και ανώτερο επίπεδο γνώσης του τομέα της ποιότητας στη φροντίδα υγείας, να λαμβάνουν πάντα υπόψη τα νέα τεχνολογικά δρώμενα, τις νέες θεραπείες αλλά και τις νέες τάσεις στην υγεία. Για τον λόγο αυτό, σε τακτά χρονικά διαστήματα, αναθεωρούνται μέσω της ανάπτυξης και εξέλιξής τους.

Ενδεικτικά, ορισμένοι σημαντικοί εθνικοί οργανισμοί διαπίστευσης είναι:

- Η Ενιαία Αρχή Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας (JCAHO).
- Το Καναδικό Συμβούλιο Διαπίστευσης Υπηρεσιών Υγείας (Canadian Council on Health Services Accreditation).
- Στην Μ. Βρετανία υπάρχει η υπηρεσία για τη διαπίστευση υπηρεσιών υγείας (Health Quality Service)
- Στην Ιαπωνία υπάρχει το Ιαπωνικό συμβούλιο για την ποιότητα της φροντίδας υγείας.

Στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί εθνικά πρότυπα ποιότητας που να αφορούν την ψυχική υγεία.

4.4 Η πιστοποίηση (certification)

Πιστοποίηση είναι η διαδικασία αξιολόγησης του συστήματος ποιότητας ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης σε σύγκριση με ένα συγκεκριμένο πρότυπο ή εγχειρίδιο (Λιαρόπουλος,2007).

Άρχισε να εφαρμόζεται πριν από έναν αιώνα περίπου σε νοσοκομεία της Αμερικής και κατόπιν και σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Δεν υποκαθιστά την διασφάλιση και την βελτίωση της ποιότητας αλλά αποτελεί μία πολύ σημαντική διαδικασία που έρχεται να τις συμπληρώσει.

Πραγματοποιείται από έναν ανεξάρτητο φορέα – άλλοτε κρατικό και άλλοτε όχι – ο οποίος διαθέτει οπωσδήποτε εμπειρογνομosύνη και αξιοπιστία.

Ένας άλλος ορισμός αναφέρει ότι, η πιστοποίηση ορίζεται ως μια διαδικασία επιβεβαίωσης, που δίνεται μέσω επιθεώρησης από έναν εξωτερικό και ανεξάρτητο φορέα που διασφαλίζει πως όλες οι απαιτήσεις του προτύπου πληρούνται και πως καλύπτονται από ένα σύστημα ποιότητας.

4.5. Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000

Η διαχείριση της ποιότητας παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο όχι μόνο για την ανάπτυξη αλλά και για την επιβίωση κάθε επιχείρησης. Η ποιότητα και τα συστήματα που την διασφαλίζουν, επηρεάζουν κάθε λειτουργία της επιχείρησης – οργανισμού και με την συνεχή βελτίωσή της, οδηγείται στην καλύτερη δυνατή ικανοποίηση του χρήστη – πελάτη.

Τα διεθνή πρότυπα ISO (International Standardization Organization) δημιουργήθηκαν το 1947 στην Γενεύη, από τον Διεθνή Οργανισμό Συστημάτων Τυποποίησης «σύμφωνα με τις απαιτήσεις που περιλαμβάνονται σε ένα από τα τρία πρότυπα της σειράς, τα οποία χρησιμοποιούνται για σκοπούς πιστοποίησης Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας» (Κέφης,2005) που είναι μη κυβερνητικός οργανισμός και περιλαμβάνει εθνικούς οργανισμούς τυποποίησης από 142 και πλέον χώρες.

Η χρήση τους έχει πολλαπλά οφέλη:

α. Οι επιχειρήσεις μπορούν να απευθυνθούν σε όλο και περισσότερες αγορές εφόσον με την κατοχή των προτύπων αποκτούν ένα μεγάλο πλεονέκτημα έναντι του ανταγωνισμού.

β. Οι καταναλωτές, νιώθουν ένα αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς εφόσον γνωρίζουν πως η συμμόρφωση των προϊόντων – υπηρεσιών σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, είναι πολύ σημαντική για την ποιότητα, την ασφάλεια και την αξιοπιστία τους.

γ. Μέσω της τεχνολογικής και επιστημονικής βάσης που τα διεθνή πρότυπα παρέχουν, οι κυβερνήσεις μπορούν να βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγείας τους, την ασφάλεια καθώς και την περιβαλλοντική τους νομοθεσία.

δ. Κάνοντας χρήση της τεχνογνωσίας που τα πρότυπα προσφέρουν, οι αναπτυσσόμενες χώρες, μπορούν να εξοικονομήσουν πολύτιμους πόρους.

ε. Σε περιβαλλοντικό επίπεδο, συμβάλλουν τα μέγιστα προκειμένου να υπάρχει μια σωστή διαχείριση των φυσικών πόρων με στόχο την καλύτερη δυνατή προστασία τους.

4.5.1 Το πρότυπο ISO 9001:2000

Το ISO 9001 αναθεωρήθηκε το 2000. Με την εισαγωγή του νέου προτύπου καταργήθηκε ο όρος Διασφάλιση Ποιότητας και αντικαταστάθηκε με τον όρο «Διαχείριση Ποιότητας». Δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην επιδίωξη της συνεχούς βελτίωσης καθώς και στην εγκατάσταση συγκεκριμένων δεικτών που μετρούν, αναλύουν και βελτιώνουν την απόδοση του οργανισμού.

4.5.2 Το νέο αναθεωρημένο πρότυπο ISO 9001:2015

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO, μετά την μικρή τροποποίηση που έλαβε χώρα το 2008, προχώρησε στην αναθεώρηση του 2015 που θεωρήθηκε απαραίτητη προκειμένου:

- Να δημιουργηθεί μια κοινή μορφή και γλώσσα στα πρότυπα, έτσι ώστε να εναρμονίζει τα διαφορετικά συστήματα διαχείρισης (όπως για παράδειγμα με το ISO 14001, OHSAS18001 κ.α.).
- Να υπάρχει περιορισμός στις απαιτήσεις για τεκμηρίωση με έμφαση στην αξία της οργάνωσης και στον πελάτη.
- Να διατηρηθεί η σημασία των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας για την αγορά.

Όσον αφορά τις διαφορές, η κυριότερη αλλαγή είναι, πως το ISO 9001: 2015 αποτελεί μια πιο συνεπής προσέγγιση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, ως προληπτικό

σύστημα διακινδύνευσης, με απώτερο στόχο, να αντιμετωπίζονται οι απειλές και οι ευκαιρίες και να επιτυγχάνονται, οι στόχοι του Οργανισμού για την ποιότητα, με πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο. Ως αποτέλεσμα αυτού, προέκυψαν αλλαγές όπως:

- Πρέπει να προσδιοριστεί κατάλληλα, το πλαίσιο λειτουργίας και των παραγόντων του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν, θετικά ή αρνητικά, την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού για την ποιότητα.
- Οι απαιτήσεις στο σχεδιασμό του συστήματος και των δραστηριοτήτων του για προσδιορισμό και τον έλεγχο των απειλών και ευκαιριών ώστε να διασφαλίζεται η επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Οι απαιτήσεις αυτές ανταποκρίνονται στις εξελίξεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

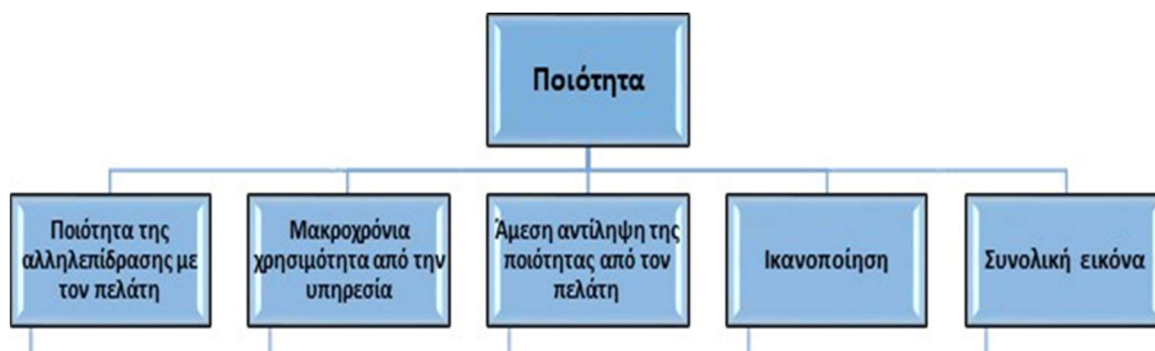
5.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και αξιολόγησης, από τους εργαζόμενους υγειονομικούς, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των ασθενών που προσέρχονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, καθώς και των στρατηγικών αντιμετώπισής τους.

5.2 Είδος μελέτης

Η συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή ποσοτικής έρευνας και την χρήση ως ερευνητικού εργαλείου του δομημένου ερωτηματολογίου Ποιότητας των Κουλούρη και συν. (2018). Για την χρήση του στην συγκεκριμένη έρευνα, ζητήθηκε και δόθηκε η άδεια χρήσης του, από τους ερευνητές - δημιουργούς του.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 2 βασικά μέρη (βλέπε Παράρτημα). Αρχικά στο 1^ο μέρος περιλαμβάνονται 4 ερωτήσεις που αναφέρονται σε προσωπικά στοιχεία των ασθενών (Φύλο, Επίπεδο Εκπαίδευσης, Ηλικία και Ιδιότητα). Στο 2^ο μέρος περιλαμβάνονται 25 συνολικά ερωτήσεις που αφορούν, την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη-ασθενή, την μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, την άμεση αντίληψη από τον πελάτη-ασθενή, την ικανοποίηση και τέλος την συνολική εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών.(Σχήμα 1)



Σχήμα 1. Σχηματική παράσταση των κατηγοριών και διαστάσεων, του ερωτηματολογίου της ποιότητας. Πηγή: Κουλούρη (2018)

Οι ερωτήσεις είναι διχοτόμησης (ναι ή όχι), πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις κλίμακας (από 1 έως 5, όπου 1= Καθόλου και 5=Απόλυτα).

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν ξεπερνάει τα 10 λεπτά και επισυνάπτεται έντυπο συγκατάθεσης των ερωτώμενων.

5.3 Χώρος – Χρόνος μελέτης

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους εργαζόμενους των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και του τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και αυτοσυμπληρώθηκαν στον ελεύθερο χρόνο τους προκειμένου να μην διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων.

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και τηρήθηκε η ανωνυμία. Για τη διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε η άδεια της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε διάστημα 2 μηνών (Μάρτιος - Απρίλιος 2023).

5.4 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται συνολικά από 81 εργαζομένους διαφόρων ειδικοτήτων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Συνολικά διανεμήθηκαν 110 ερωτηματολόγια, δηλαδή το ποσοστό ανταποκρισιμότητας των εργαζομένων ήταν 73,63%.

5.5 Στατιστική ανάλυση

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια καταγράφηκαν κωδικοποιημένα σε αρχείο excel και κατόπιν αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 25.

Σε πρώτη φάση διενεργήθηκε ανάλυση συχνοτήτων και περιγραφική στατιστική όλων των μεταβλητών, προκειμένου να αποτυπωθούν τα βασικά μέτρα θέσης και διασποράς και τα στοιχεία κλίμακας. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha. Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson & Spearman, εκτιμήθηκαν για τον έλεγχο σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές.

5.6 Αποτελέσματα

Όπως φαίνεται στο **σχήμα 2**, από τα αποτελέσματα του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha, συμπεραίνουμε ότι και οι 25 ερωτήσεις της έρευνας μας εμφανίζουν μεταβλητότητα της τάξεως του 94%. Σύμφωνα με την τιμή αυτή και βασιζόμενοι στην βιβλιογραφία, η οποία θεωρεί τιμές του δείκτη μεγαλύτερες ή ίσες από 0,7 ως ικανοποιητικές, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία μας είναι αξιόπιστα.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,947	,946	25

Σχήμα 2. Ο Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha του δείγματος

5.6.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

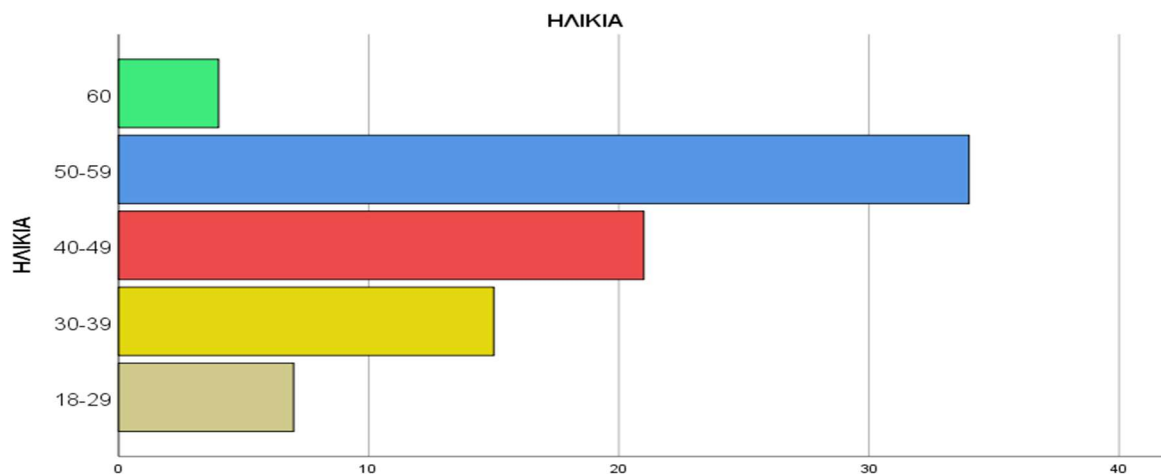
Πίνακας 1. Πίνακας Συχνοτήτων και Ποσοστών Προσωπικών στοιχείων του δείγματος

Προσωπικά Στοιχεία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Άντρες	23	28,4%
Γυναίκες	58	71,6%
Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
ΔΕ	19	23,5%
ΠΕ/ΤΕ	62	76,5%
Ηλικιακή ομάδα		
18-29	7	8,6%
30-39	15	18,5%
40-49	21	25,9%
50-59	34	42,0%
60+	4	4,9%
Ιδιότητα		
Βοηθός Νοσηλεύτη	6	7,4%
Διοικητικός Υπάλληλος	16	19,8%
Νοσηλεύτης/τρια	49	60,5%
Προϊστάμενος	4	4,9%
Τομεάρχης/Διευθυντής	6	7,4%

Στο **πίνακα 1** περιγράφονται τα προσωπικά στοιχεία των εργαζομένων που συμμετείχαν στην μελέτη. Πιο αναλυτικά:

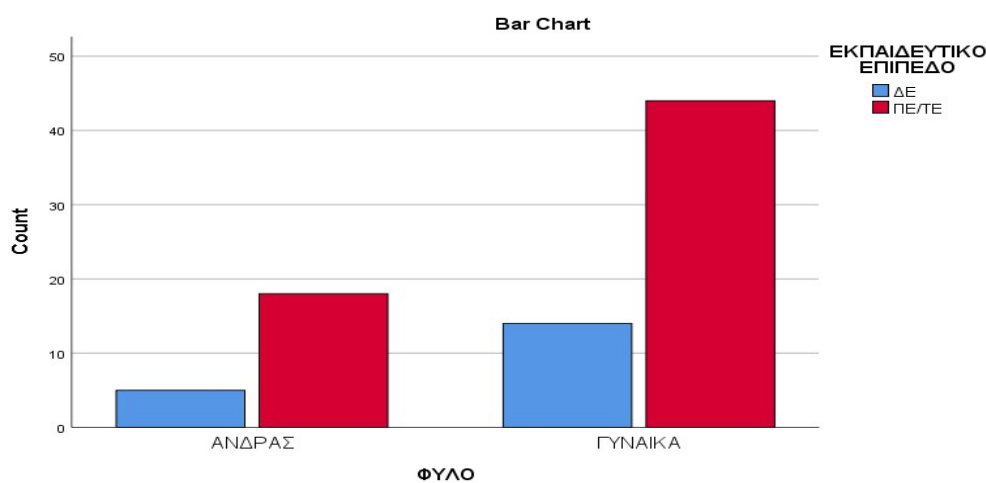
- Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με ποσοστό 71,6% και το 28,4% ήταν άνδρες.
- Αναφορικά με την ιδιότητα του κάθε ατόμου που συμμετείχε στην μελέτη, το 60,5% ήταν Νοσηλεύτριες, το 19,8% Διοικητικοί υπάλληλοι και ακολούθως, σε μικρότερο ποσοστό, Τομεάρχες/Διευθυντές, Βοηθοί Νοσηλεύτη και Προϊστάμενοι.

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 5.1**, ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 50-59 με **ποσοστό 42,0%** και ακολουθούν τα άτομα που ανήκουν στην ηλικία 40-49 με ποσοστό 25,9%



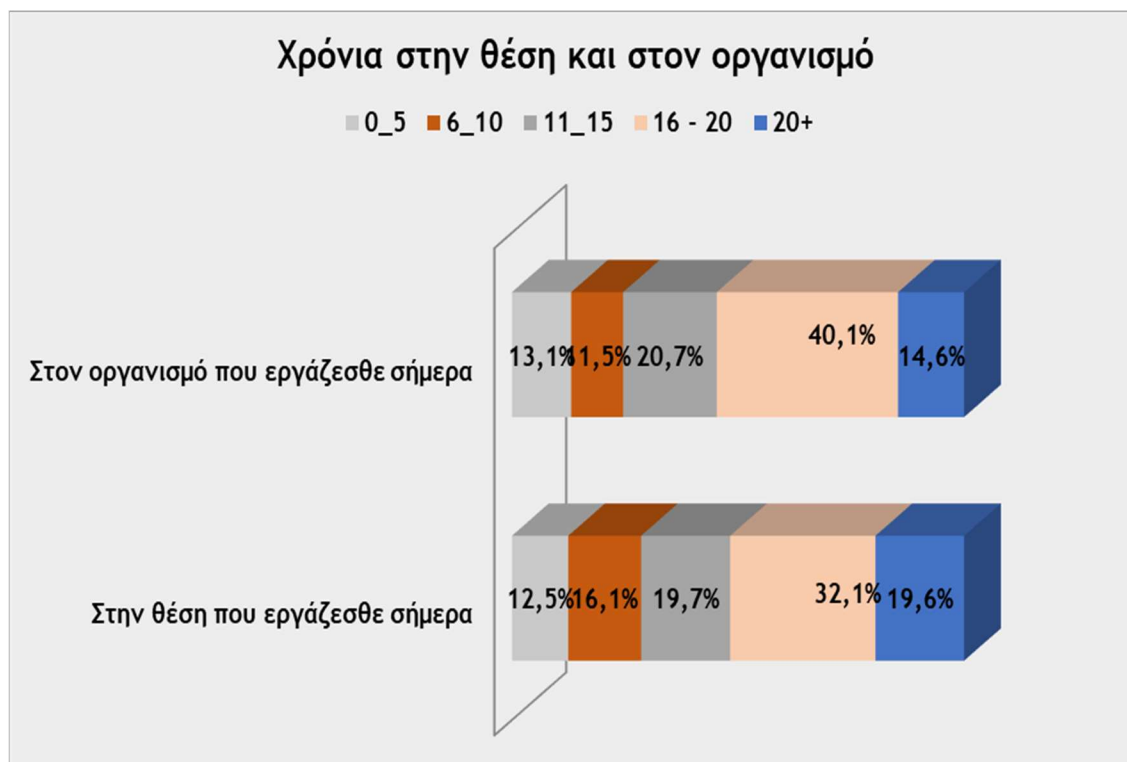
Διάγραμμα 5.1. Κατανομή Ηλικιακής ομάδας στο δείγμα

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, η πλειοψηφία των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ανήκαν στην ΠΕ/ΤΕ κατηγορία (76,5%), ενώ μόλις το 23,5% ανήκε στην ΔΕ κατηγορία. Στο **Διάγραμμα 5.2** αποτυπώνονται τα ποσοστά των αντρών και γυναικών ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, το 78,3% των αντρών που ερωτήθηκαν, ανήκαν στην κατηγορία εκπαίδευσης ΠΕ/ΤΕ, ενώ αντίστοιχα για τις γυναίκες το 75,9% ανήκε σε αυτή την κατηγορία.



Διάγραμμα 5.2. Κατανομή φύλου ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

Στο **Διάγραμμα 5.3** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά τα χρόνια εργασίας στον τωρινό οργανισμό υγείας όπου το 13,1 % των συμμετεχόντων είχαν 0 – 5 χρόνια, το 11,5% είχαν 6 – 10 χρόνια, το 20,7% είχαν 11 – 15 χρόνια, το 40,1% είχαν 16 - 20 έτη και πάνω από 20 χρόνια είχαν ποσοστό 14,6%.



Διάγραμμα 5.3 Χρόνια εργασίας στον τωρινό οργανισμό υγείας

5.7 Αποτελέσματα διερεύνησης των χαρακτηριστικών της ποιότητας

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, με την χρήση του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε από τις κοινές διαστάσεις της ποιότητας. Περιλαμβάνονται οι απαντήσεις αναφορικά με τα κριτήρια / κατηγορίες που αφορούσαν την ικανοποίησή τους από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο τμήμα τους. Πιο αναλυτικά:

5.7.1 Κριτήριο/ Κατηγορία: **A. Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη-ασθενή**

Πίνακας 2. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων **A Κατηγορίας** Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Ερωτήματα	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Ικανοποίηση από την παροχή της υπηρεσίας και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον λήπτη υπηρεσιών υγείας	0,0%	16,0%	40,7%	35,8%	7,4%
Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του λήπτη υπηρεσιών των υπηρεσιών υγείας	1,2%	21,0%	34,6%	35,8%	7,4%
Ικανοποίηση από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας	6,2%	11,1%	32,1%	39,5%	11,1%
Ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού	2,5%	12,3%	37,0%	34,6%	13,6%
Ικανοποίηση από τον τρόπο που παρέχεται το σύνολο των φροντίδων (με σεβασμό στην προσωπικότητα και τις ιδιαίτερες ανάγκες) στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας	1,2%	18,5%	34,6%	34,6%	11,1%
Σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη	0,0%	14,8%	23,5%	43,2%	18,5%

Από την ανάλυση των ερωτήσεων της Κατηγορίας **A** (πίνακας 2) που αφορά την ποιότητα της αλληλεπίδρασης των ερωτώμενων με τον πελάτη-ασθενή, προκύπτει ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφηκαν στην ερώτηση «Είναι σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη», όπου το 14,8% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, το 23,5% Μέτρια, το 43,2% Πολύ, και το 18,5% Απόλυτα.

5.7.2 Κριτήριο/ Κατηγορία: **B**. Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία

Πίνακας 3. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων **B Κατηγορίας** Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Ερωτήματα	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Είναι σημαντική η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών υγείας, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες	3,7%	9,9%	14,8%	44,4%	27,2%
Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των ληπτών υπηρεσιών υγείας των απαιτήσεών τους και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών	1,2%	11,1%	21,0%	35,8%	30,9%
Είναι σημαντική η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας του	2,5%	11,1%	21,0%	45,7%	19,8%
Είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση	3,7%	6,2%	19,8%	28,4%	42,0%
Η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται	2,5%	8,6%	9,9%	29,6%	49,4%
Είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς	2,5%	7,4%	21,0%	21,0%	48,1%

Τα υψηλότερα επίπεδα από την ανάλυση των ερωτήσεων της Κατηγορίας **B** (**πίνακας 3**) που αφορούσαν τη μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, καταγράφηκαν στην ερώτηση «Είναι σημαντική η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας του», όπου το 11,1% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, το 21,0% Μέτρια, το 45,7% Πολύ, και το 19,8% Απόλυτα.

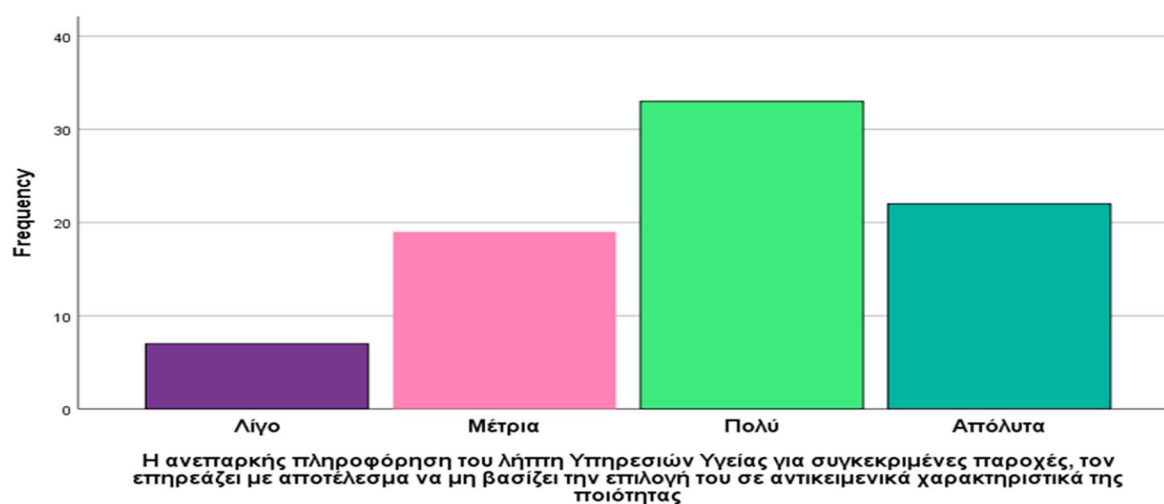
Επιπροσθέτως όπως και στην ερώτηση για το «πόσο απαραίτητη είναι στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς» όπου το ποσοστό 48,1% ήταν πολύ υψηλό.

5.7.3 Κριτήριο/ Κατηγορία: Γ. Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη

Πίνακας 4 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων Γ Κατηγορίας Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Ερωτήματα	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για τους χρήστες των Υπηρεσιών Υγείας	0,0%	6,2%	25,9%	38,3%	29,6%
Η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη Υπηρεσιών Υγείας για συγκεκριμένες παροχές, τον επηρεάζει με αποτέλεσμα να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας	0,0%	8,6%	23,5%	40,7%	27,2%
Είναι σημαντική η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του χρήστη Υπηρεσιών Υγείας, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του	2,5%	7,4%	16,0%	33,3%	40,7%

Από την ανάλυση των ερωτήσεων της κατηγορίας Γ (πίνακας 4), προκύπτει ότι τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σχετικά με την άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 5.4, παρατηρήθηκαν στην ερώτηση «Η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη Υπηρεσιών Υγείας για συγκεκριμένες παροχές, τον επηρεάζει με αποτέλεσμα να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας», όπου το 8,6% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, το 23,5% Μέτρια, το 40,7% Πολύ, ενώ το 27,2% Απόλυτα.



Διάγραμμα 5.4 Η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη Υπηρεσιών Υγείας

Επιπροσθέτως υψηλά ποσοστά παρατηρήθηκαν και στην ερώτηση για το «αν θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του χρήστη ΥΥ, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του» όπου 2,5 % των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 7,4% Λίγο, 16,0% Μέτρια, 33,3% Πολύ, ενώ 40,7% Απόλυτα.

5.7.4 Κριτήριο/ Κατηγορία: Δ. Ικανοποίηση

Πίνακας 5. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων Δ Κατηγορίας Ερωματολογίου Ποιότητας

Ερωτήματα	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Είστε ικανοποιημένος/η από την προθυμία και την παροχή της υπηρεσίας με ακέραιο και κατάλληλο τρόπο	7,4%	9,9%	39,5%	38,3%	4,9%
Είστε ικανοποιημένος/η από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες	6,2%	6,2%	49,4%	32,1%	6,2%
Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή	0,0%	13,6%	48,1%	29,6%	8,6%
Θεωρείτε ότι είναι κατάλληλες οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις υγειονομικές υπηρεσίες	0,0%	6,2%	39,5%	44,4%	9,9%
Είστε ικανοποιημένος/η από τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους	4,9%	13,6%	42,0%	30,9%	8,6%
Είστε ικανοποιημένος/η από τη νέα γνώση που προκύπτει από την εξέλιξη της επιστήμης για την προαγωγή της υγείας του ατόμου	2,5%	9,9%	35,8%	43,2%	8,6%
Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του	4,9%	12,3%	44,4%	32,1%	6,2%

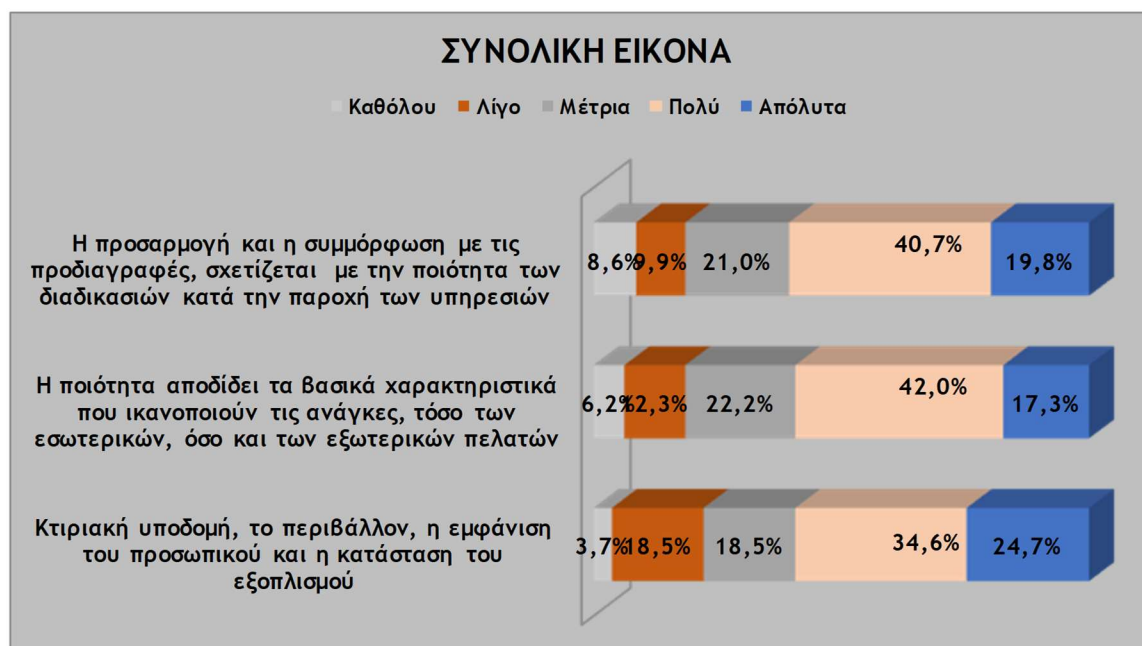
Από την ανάλυση των ερωτήσεων της κατηγορίας Δ (πίνακας 5) τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, στην ερώτηση «Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή» όπου 0,0% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 6,2% Λίγο, 39,5% Μέτρια, 44,4% Πολύ, ενώ 9,39% Απόλυτα.

5.7.5 Κριτήριο/ Κατηγορία: Ε. Συνολική εικόνα

Πίνακας 6. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων **Ε Κατηγορίας** Ερωτηματολογίου Ποιότητας

Ερωτήματα	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού, η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για τους χρήστες των Υπηρεσιών Υγείας	3,7%	18,5%	18,5%	34,6%	24,7%
Η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών	6,2%	12,3%	22,2%	42,0%	17,3%
Η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών	8,6%	9,9%	21,0%	40,7%	19,8%

Τέλος, αναφορικά με την Συνολική εικόνα (**πίνακας 6**), σε όλες τις ερωτήσεις παρατηρήθηκαν όπως φαίνεται και στο **Διάγραμμα 5.5**, υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, με τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης να παρατηρούνται στην ερώτηση «*Η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών*», όπου το 6,2% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, το 12,3% Λίγο, το 22,2% Μέτρια, το **42,0% Πολύ** και το 17,3% Απόλυτα.



Διάγραμμα 5.5. Απεικόνιση ποσοστών ερωτήσεων που αφορούν την Συνολική εικόνα

5.8 Έλεγχος Συσχετίσεων

Από τον έλεγχο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ποιότητας, με τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην μελέτη, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, συνεπώς αποτυπώθηκαν μόνο οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Να σημειωθεί ότι ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης r παίρνει τιμές στο κλειστό διάστημα $[-1, 1]$ και δίνει ένα μέτρο του μεγέθους της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών.

Στον ακόλουθο πίνακα δίδονται οι μεταβλητές με την μεγαλύτερη θετική συσχέτιση του ερωτηματολογίου ποιότητας.

Πιο αναλυτικά οι συνδυασμοί με τις υψηλότερες θετικές συσχετίσεις είναι οι εξής:

- *Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη-ασθενή των υπηρεσιών*: Ικανοποίηση από την παροχή της υπηρεσίας και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον λήπτη υπηρεσιών υγείας vs *Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη - ασθενή των υπηρεσιών*, Ικανοποίηση από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας με τιμή συσχέτισης $0,625$ το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της $1^{ης}$ μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές του $2^{ης}$ μεταβλητής αυξάνονται ομοίως κατά $0,625$.
- *Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη-ασθενή των υπηρεσιών*: Είστε ικανοποιημένος/η από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού; Vs *Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη - ασθενή των υπηρεσιών*: Νιώθετε ικανοποιημένος / η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας; με τιμή συσχέτισης $0,721$ το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της $1^{ης}$ μεταβλητής αυξάνουν τόσο οι τιμές οι τιμές της $2^{ης}$ μεταβλητής αυξάνεται ομοίως κατά $0,721$.
- *Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία*: Είναι σημαντική η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών υγείας, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες; Vs *Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία*: Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των ληπτών υπηρεσιών υγείας των απαιτήσεών τους και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών; με τιμή συσχέτισης $0,807$ το οποίο σημαίνει ότι πως όσο οι τιμές της $1^{ης}$ μεταβλητής αυξάνουν, αυξάνουν αντίστοιχα και οι τιμές της $2^{ης}$ μεταβλητής κατά $0,807$.

- *Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία:* Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται vs *Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία:* Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση; με τιμή συσχέτισης 0,773 το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της 1^{ης} μεταβλητής αυξάνουν, αυξάνουν αντίστοιχα και οι τιμές της 2^{ης} μεταβλητής κατά 0,773.
- *Συνολική εικόνα:* Θεωρείτε ότι, η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών; Vs *Συνολική εικόνα:* Θεωρείτε ότι, η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών; με τιμή συσχέτισης 0,814 το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της 1^{ης} μεταβλητής αυξάνουν, αυξάνουν αντίστοιχα και οι τιμές της 2^{ης} μεταβλητής κατά 0,814.

Κεφάλαιο 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση

Στο σημερινό εργασιακό περιβάλλον με τον έντονο ανταγωνισμό, η συμβολή των εργαζόμενων στην επιτυχία κάθε οργανισμού, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιτυχίας. Οι εργαζόμενοι, θα πρέπει να καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια να ανταποκριθούν στις ταχείες αλλαγές και να συνδυάσουν τους δικούς τους προσωπικούς στόχους, με τους οργανωτικούς σκοπούς του υγειονομικού σχηματισμού εργασίας τους.

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης, ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Η μέτρηση της ποιότητας, η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων, αποτελούν πάντα τη βάση για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, για τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στους οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στη μελέτη πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της σχέσης ποιότητας και κουλτούρας που επικρατεί στο ΠΑΓΝΗ, καθώς επίσης διερευνήθηκαν οι προσλαμβάνουσες από τους εργαζόμενους, αναφορικά με την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον λήπτη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ο τρόπος αντίληψης της ποιότητας και της μακροχρόνιας χρησιμότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, εξετάστηκε η ικανοποίηση των εργαζομένων από την σχέση τους με τον λήπτη υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και η συνολική εικόνα της υπηρεσίας τους σχετικά με την ποιότητα στο εξωτερικό ή εσωτερικό περιβάλλον αυτής, την προσαρμογή και τη συμμόρφωση με τις ποιοτικές προδιαγραφές καθώς και τα βασικά χαρακτηριστικά της.

Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (71%) ηλικίας 50-59 ετών σε ποσοστό 42%. Στην πλειονότητά τους σε ποσοστό 60,5% ήταν νοσηλεύτριες. Είχαν αξιολογη εργασιακή εμπειρία και ιδιαίτερα υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς το 78,3 των αντρών και αντίστοιχα το 75,9 των γυναικών ανήκαν στη κατηγορία εκπαίδευσης ΠΕ/ΤΕ.. Παρατηρήθηκε ότι το 40,1% αυτών, εργάζονταν στο ΠΑΓΝΗ πάνω από 5 έτη, γεγονός που υποστηρίζει την υπόθεση ότι ήταν καλοί γνώστες των συνθηκών εργασίας, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της επικρατούσας κουλτούρας του φορέα τους.

Αρχικά, η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην παρούσα μελέτη, έδειξε ότι δεν βρέθηκε σημαντική στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του τομέα και των ετών εργασίας, με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρόμοια και σε μελέτη της Γούλα, και συν., (2014), η προϋπηρεσία και το φύλο των νοσοκομειακών στελεχών, δεν επηρέαζε τις απόψεις τους, σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και της κουλτούρας ποιότητας

που επικρατούσε. Όμως, σε μελέτη του Μαγκαφώση (2013) που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», παρατηρήθηκε ότι η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας, επηρέαζαν τις αντιλήψεις των εργαζομένων, αναφορικά με τον τρόπο που θεωρούσαν, για το πως παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Η ποιότητα διερευνήθηκε με βάση το γεγονός ότι, η υγεία αποτελεί πάντα ένα κοινωνικό αγαθό και αυτό, αυξάνει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες τόσο του λήπτη των υπηρεσιών υγείας, όσο και του επαγγελματία της υγείας. Δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη διαδικασία, ή ένα τμήμα του οργανισμού, δεν συνδέεται μόνο με τα καθήκοντα ενός συγκεκριμένου ατόμου, αφορά όλο το σύνολο των εργαζομένων και απαιτεί την εφαρμογή μιας νέας κουλτούρας.

Στην παρούσα έρευνα, στην κατηγορία των ερωτήσεων «περί ποιότητας αλληλεπίδρασης/ικανοποίησης με τον λήπτη υπηρεσιών υγείας» οι εργαζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση τους, από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο τμήμα τους, την ικανοποίηση τους από την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στους λήπτες υπηρεσιών υγείας καθώς και την ικανοποίηση τους από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στον φορέα τους.

Από τα αποτελέσματα, βρέθηκε θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση, μεταξύ της ικανοποίησης του επαγγελματία υγείας από τη σχέση του με τον λήπτη των υπηρεσιών υγείας αναφορικά με την ποσότητα της πληροφόρησης που παρέχεται στον λήπτη, την ικανοποίηση του από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία του, καθώς και το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία των εργαζομένων. Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική, η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, από τις διαπροσωπικές σχέσεις, Το ίδιο υποστηρίζει και σε μελέτη του ο Χυτήρης (2015), ότι σε ένα οργανισμό ή μια επιχείρηση, ο οποίος στοχεύει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, βασικό παράγοντα αποτελεί η εμπλοκή του ανθρώπινου παράγοντα. Επίσης οι εσωτερικές διεργασίες και ο τρόπος που τις αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι, έχει επιπτώσεις, τόσο στον χρήστη των υπηρεσιών υγείας όσο και στον επαγγελματία υγείας, ο οποίος και παρέχει τις υπηρεσίες. Και ο Heskett, et al., (1997) υποστηρίζει ότι, η ικανοποίηση των εργαζομένων συμβάλει στην ικανοποίηση των καταναλωτών/ληπτών υπηρεσιών και στην πρόθεση τους για επαναγορά του προϊόντος ή της υπηρεσίας ενώ και ο Steven το 1988 σε μελέτη του αναφέρει ότι, η ποιότητα της αλληλεπίδρασης της επικοινωνίας, μεταξύ λήπτη υπηρεσιών υγείας και εργαζόμενου υγειονομικού καθώς και της πληροφόρησης που του δίδεται, είναι ιδιαίτερα σημαντική, ως κριτήριο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, και αποτελεί σημαντικό παράγοντα καθορισμού της ικανοποίησης, ταυτόχρονα με την πρόσβαση και τη

διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Αλλά και οι Bodur, (2002) και Landon, (2003) αναφέρουν και είναι απόλυτα κατανοητό ότι, στις υπηρεσίες υγείας, η ικανοποίηση των εργαζομένων με το εργασιακό τους περιβάλλον έχει αντίκτυπο στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα αλλά και την αποδοτικότητα της εργασίας, αφού η ικανοποίηση από την εργασία των επαγγελματιών υγείας, σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχομένων από αυτούς υπηρεσιών.

Στα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας, βρέθηκε ότι υπάρχει θετική σημαντικά συσχέτιση μεταξύ της κατάλληλης και διαθέσιμης φροντίδας υγείας σύμφωνα με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με την προϋπόθεση ότι, αυτή η φροντίδα παρέχεται σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση, τη διαδικασία διαρκούς αξιολόγησης, βελτίωσης και ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, θεωρούν ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό, οι παροχές φροντίδας να είναι όχι μόνο κατάλληλες, αλλά και διαθέσιμες προς χρήση από τον λήπτη των υπηρεσιών, έτσι ώστε να πληροίτε και το κριτήριο της μακροχρόνιας χρησιμότητας της υπηρεσίας.

Παρόμοια και σε έρευνα της Γιαννακοπούλου, (2013) αναφέρθηκαν τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε από το Υπουργείο Υγείας του Queensland στο Σίδνεϋ, αναφορικά με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών σε χειρουργικό τμήμα. Βρέθηκε ότι σε σύνολο εκατό συμμετεχόντων ασθενών, αναφέρθηκε ικανοποίηση από το επίπεδο πληροφόρησης και διαθέσιμης φροντίδας υγείας που δόθηκε στους ασθενείς σύμφωνα με τις κλινικές τους ανάγκες. Ακόμα και ο Ernest Avery Codman, γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, από τις αρχές του 20ου αιώνα, έδινε έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης και επανεξέταζε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Από τότε εισήχθη η πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up) και την παρέλευση ικανού χρόνου. (Neuhauser, 2002) ενώ καθιερώθηκαν πρότυπα λειτουργίας των ιατρικών σχολών καθώς έγινε αντιληπτή η σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας και της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα. (Beck, 2004).

Από τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας, διαπιστώθηκε σε μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων, ότι πρωτεύοντα ρόλο για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, διαδραματίζει το περιβάλλον, η κτιριακή υποδομή, η εμφάνιση του προσωπικού ως μέρος της διαρκούς αξιολόγησης του πλαισίου φροντίδας παροχής των υπηρεσιών.

Παρόμοια σε μελέτη των Morin & Chebat, (2005) το περιβάλλον επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων, εργαζομένων και πελατών επηρεάζει την αλληλεπίδρασή τους, ενώ εκπέμπει μηνύματα

για την επιχείρηση, τη διοίκηση και το προσωπικό αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει. (Johnston, Clark & Shulver, 2012, Gemmel, Van Looy & Van Dierdonck, 2013). Και σύμφωνα με τους Fitzsimmons & Bordoloi (2014) το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών αποτελεί οπτικοποιημένη μεταφορά της προσφοράς των υπηρεσιών, βοηθά τον πελάτη να προσανατολιστεί στον χώρο, δύναται να διευκολύνει την αλληλεπίδραση μεταξύ πελατών (ή και προσωπικού) και να εμπνεύσει τους εργαζόμενους ώστε να επιδεικνύουν καλή διάθεση και τη μέγιστη εργασιακή απόδοση.

Τέλος από τα αποτελέσματα έγινε παραδεκτό ότι, οι ασθενείς δικαιούνται τη βέλτιστη φροντίδα, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση και τους διαθέσιμους πόρους. Ακόμα η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών. Παρομοίως, σύμφωνα με το Department of Health, 2003 η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, με το σωστό τρόπο, στον κατάλληλο χρόνο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό το βέλτιστο αποτέλεσμα. Και όπως αναφέρεται σε μελέτη του Ζιώγα (2014) είναι αδήριτη η ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της διοίκησης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και να ενσωματωθούν στη ροή εργασίας, διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας με τη συμμετοχή του προσωπικού. Ακόμα σύμφωνα και με τον Gilbert (1992) η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει τόσο τους ασθενείς που «καταναλώνουν» τις υπηρεσίες, όσο και τους επαγγελματίες υγείας που τις «παράγουν» και είναι σημαντική η μέτρηση και η βελτίωση της ποιότητας, μέσα από την πρόληψη των λαθών, τη λήψη των κατάλληλων μέτρων, τη λεπτομερή, συστηματική καταγραφή και ανάλυση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων.

6.2 Συμπεράσματα

. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενδιαφέρει σημαντικά όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τους χρήστες των υπηρεσιών με το κοινωνικό σύνολο να είναι αυτό που απολαμβάνει την ύπαρξη ποιοτικών υπηρεσιών, μεταφραζόμενη σε υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Η ποιότητα, η παραγωγικότητα, η ικανοποίηση του προσωπικού αλλά και των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες συνδέονται στενά.

Η προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών, συμβάλλει στη μείωση του χάσματος που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες των πελατών για την υπηρεσία και στον τρόπο παροχής της υπηρεσίας από το προσωπικό. (Parasuraman, 1987, Zeithaml, etal., 1990).

Εργαζόμενοι που επιδεικνύουν αφοσίωση και χαρακτηρίζονται από κοινές απόψεις για το τι σημαίνει ποιοτική υπηρεσία είναι δυνατό να αλληλεπιδράσουν σωστά με τους λήπτες κατά την παροχή της υπηρεσίας, οι οποίοι με τη σειρά τους θα αξιολογήσουν το προσωπικό θετικά και αυτό το γεγονός με τη σειρά του θα επηρεάσει θετικά το προσωπικό. Η ανταπόκριση, η αξιοπιστία, και η ενσυναίσθηση που μπορεί να υπάρχει στις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, αντικατοπτρίζεται στην επαφή με τον εξωτερικό πελάτη (Gupta, etal., 2005).

Συμπερασματικά, τονίζεται πως η επιθυμία ενός οργανισμού να προσφέρει περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες, δεν είναι αρκετή για να επιτύχει. Καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία αποτελεί η κουλτούρα που διαθέτει.

Αν οι εργαζόμενοι δεν διαθέτουν κουλτούρα ποιότητας, αν δεν έχουν κάνει κτήμα τους τις αξίες και τα πρότυπα ποιότητας που κάθε Υγειονομικός φορέας θέτει, οι ποιοτικοί στόχοι δεν αποδίδουν.

Τελειώνοντας την παρούσα έρευνα, προτείνεται, η ενσωμάτωση στην παροχή υπηρεσιών, διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού, καλλιέργεια κουλτούρας Ποιότητας & Ασφάλειας στον οργανισμό καθώς και η εφαρμογή Μη τιμωρικής πολιτικής - No blame policy.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αλεξιάδης Α. Δ. και Σιγάλας Ι. (1999). Διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείων. Εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές, Τόμος Δ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
2. Γιαννακοπούλου, Γ., Ζυγά, Σ. (2013) Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1(1).
3. Γούλα Α. (2007). Διοίκηση και διαχείριση νοσοκομείου. Η Ελληνική εμπειρία και πρακτική. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
4. Γούλα Α. (2014), Οργανωσιακή κουλτούρα υπηρεσιών υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
5. Δερβιτσιώτης Κ. (1993). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Αθήνα.
6. Δερβιτσιώτης, Κ. (2001). Ανταγωνιστικότητα με διοίκηση ολικής ποιότητας 2η έκδοση.
7. Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. ΕΑΠ.
8. Ζηλίδης, Χ. (2005). Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004, εκδ. Mediforce.
9. Ζιώγα, Μ.Α. (2014) Ποιότητα στο χώρο της υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα οικονομικής επιστήμης. Διπλωματικήεργασία.
10. Θεοδώρου Μ. (1992), Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, (3)1 :41-47.
11. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα.
12. Ιωαννίδη Ε., Μάντη Π., Λοπατατζίδης Α. (1999), Υπηρεσίες υγείας / Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις Α' τόμος. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
13. Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007). Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά. Τόμος Α ,Αθήνα: εκδόσεις κλειδάριθμος.
14. Καρλικιώτη Εμμανουέλα (2019), «Η συμβολή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στην λειτουργία των υγειονομικών μονάδων και την διαχείριση των ασθενών» Διπλωματική Εργασία του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.
15. Κερμίτσης Α., (2005). «Service Quality», Πάντειο Πανεπιστήμιο.
16. Κέφης (2005), Διοίκηση ολικής ποιότητας. Εκδόσεις Κριτική.
17. Κουλούρη Αγορίτσα (2018), «Ποιότητα και Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας» Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Διπλωματική Εργασία..
18. Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ., ΖήμεραςΣτ. (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(6): 603-614.
19. Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, Χατζοπούλου (2008), Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου.

20. Λιαρόπουλος (2007), Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας (Α' τόμος).
21. Μάμα Μ., Μητροσύλη Μ. (1999). Δομή και λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας (Διοικητικές και Νομικές διαστάσεις). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
22. Μάρκοβιτς, Γ., Μοναστηρίδου Σ. (2011) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 4(1):51-56.
23. Μερκούρης, Α. (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής. Διδακτορική διατριβή.
24. Μερκούρης, Α. (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής. Διδακτορική διατριβή.
25. Μερκούρης Α. (2008) Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εκδόσεις Έλλην, 1:147–160.
26. Μπέσης, Ν., (1993). Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Ειδικά Κλαδικά Θέματα, Νο. 1, Αθήνα, IOBE.
27. Μπουρσανίδης Χ. (1991), Συστήματα υγείας. Σημειώσεις ΤΕΙ Αθήνας.
28. Οικονομοπούλου Χ. (2002). Εκπαιδευτικές σημειώσεις, Ποιότητα.
29. Οικονόμου Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.
30. Παντουβάκης, Α., Μπογιατζίδης, Π. (2012) Η σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εσωτερικής ποιότητας μέσω των αντιλήψεων της κλινικής ηγεσίας νοσηλευτικών τμημάτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1):44-50
31. Παπαδημητρίου Μ., et. al. (1996). Διαπροσωπικές σχέσεις – Ικανοποίηση νοσηλευτριών και Ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Νοσηλευτική 37(3): 251
32. Παπαθεοδώρου Χ. και Μουσιδου Α. (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. Έκδοση Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ.
33. Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλά, Ν. (2012) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αθήνα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4):480-488.
34. Παπανικολάου (2007), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση.
35. Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Αμίτσης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Σούλης, Σ. (2006) Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας. Νοσηλευτική 45:543–551.
36. Πολύζος (2014), Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις Κριτική.
37. Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ. (2003). Το νοσοκομείο – επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, καινοτομία, νεωτερικότητα. Περιοδικό επιθεώρηση οικονομικών επιστημών.
38. Σκορδή Α. (1997), Μεταπτυχιακή εργασία του τμήματος οικονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας με θέμα: «Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας».
39. Σούλης Σ. (1994). Η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας ενόψει των νέων κοινωνικόπολιτισμικών

- αλλαγών. Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του Management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, 4-6/11/94, σελ. 11.
40. Σπάρος Λ. (2001), Μετα-επιδημιολογία. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
41. Στάγιας (2011). Ανασκόπηση των ερευνητικών εργαλείων και των μελετών ικανοποίησης ασθενών στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα.
42. Τσιόρτας (2002), Βελτίωση ποιότητας, β' έκδοση. Εκδόσεις Μπένου.
43. Χλέτσος, Μ. (2015). Κεφάλαιο Δεύτερο: Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Χλέτσος Μ., Κύκλος Διαλέξεων "Οικονομία και Κοινωνία" (σσ. 3-23). Ιωάννινα: Τμήμα Οικονομικών Επιστημών- Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
44. Χυτήρης, Λ., Άννινος, Λ.Ν. (2015). Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών. Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ξένη Βιβλιογραφία

45. Baker R. (1990). «Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice», British Journal of General Practice.
46. Beck, AH. (2004) The Flexner report and the standardization of American medical education. JAMA, 291:2139–2140.
47. Bicking, C., (1979), Process control by statistical methods. In: The Quality Control Handbook. McGraw-Hill, New York.
48. Bodur, S. (2002) Job satisfaction of health care staff employed at health centers in Turkey. Occup Med, 52:353–355.
49. Bogan, C. E. και English, M.J. (1994). Benchmarking for best practices. Wining through innovative adaptation. McGraw Hill, New York.
50. Camp, R.C. (1995). Business Process Benchmarking: finding and implementing best practice, ASQC Quality Press, Milwaukee, WI (USA).
51. Clemes, M.D., Ozanne, L.K., Laurensen, W.L. (2001) Patients' perceptions of service quality dimensions: An empirical examination of health care in New Zealand. Health Marketing Quarterly, 19(1):3-22.
52. Cleary, P.D., Edgman – Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives. JAMA; 278: 1608-12.
53. Crosby, P., Quality is Free. New York : McGraw-Hill, 1979.
54. Danielsen K., et al., (2007). «Patient experiences to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26.938 patients attending 62 hospitals throughout Norway», Scandinavian Journal of Public Health, 35 (1).
55. Donabedian, A., (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Anne Arbor,

- Michigan, Health Administration Press.
56. Donabedian A., (1988), The Quality of care how can it be assessed, American Medical Association.
 57. Ezech, C., Harris, L. (2007) Servicescape research: a review and a research agenda. *The Marketing Review*, 7(1):59-78.
 58. Evans R.J, Lindsay M.W (1995), *The management and Control of Quality*. West publishing company, 3rd Edt.
 59. Englewood Cliffs NJ, Prentice Hall.
 60. Fitzsimmons, J.A., Fitzsimmons, M.J. & Bordoloi, S.K (2014) *Service management: Operations, strategy, information technology*. New York: McGraw Hill.
 61. Gemmel, P., Van Looy, B., Van Dierdonck, R. (2013) *Service management: An integrated approach*. Essex: Pearson
 62. Gilbert F., Lumpkin J., Dant R. (1992) *Adaptation and customer expectations of health care options*, *Journ*
 63. Gnardellis, D. Niakas, (2005). «Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System». *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3).
 64. Grol, R. et al., (2000). «Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison», *British Journal of General Practice*, 50(460).
 65. Guyatt H., et al. (1995). «Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness», *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(10).
 66. Ham, C. (2003) *Improving the performance of health services: The role of clinical leadership*. Available at: *The Lancet*, <http://image.thelancet.com/extras/02art8342web.pdf>.
 67. Heskett, J.L., Jones, T.J., Loveman, G.W., Sasser, W.E., Schlesinger L.A. (1994) *Putting the Service-Profit Chain to Work*. Harvard Business Review.
 68. Heskett, J.L., Sasser, W.E., Schlesinger, L.A. (1997) *The Service Profit Chain*. The Free Press, New York.
 69. ISO, *Quality Management Systems – Fundamentals and Vocabulary (Revision of ISO 8402: 1994 and ISO 9000 - 1: 1994)*, 1999.
 70. Johnston, R., Clark, R., Shulver, M. (2012). *Service operations management*. Essex: Pearson Education.
 71. Juran, J.M., (1986), *The Quality Trilogy A Universal Approach to Managing for Quality*, New York.
 72. Juran, J.M., & Gryna, F.M., (1980), *Quality planning and analysis*, New York.
 73. Juran J.M. (1988), “*Juran’s Quality Control Handbook*”, 4th ed., McGraw-Hill International Editions.
 74. Kelman S. (1975), “The social nature of the definition problem in health”.
 75. Kotler P., Clarke R. (1987). *N. Marketing for health care organizations*.

76. Kotler P., Shalowitz J. και Stevens R.J. (2008). Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System. Jossey-Bass.
77. Kruger, V. (2001). Main schools of TQM: the big five. TQM Magazine.
78. La Monica, L., Oberst, T., Madea, R., Wolf, M., (1986). «Development of a patient satisfaction scale», Research in Nursing and Health, 9(1).
79. Landon, BE, Reschovsky, J., Blumenthal, D. (2003) Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians 1997–2001. JAMA 289:442–449.
80. Larsen, L., Attkisson, C., Hargreaves, A., Nguyen, D., (1979). «Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale» Evaluation and Program Planning, 2(3).
81. Linder-Pelz, S., (1982). «Toward a theory of patient satisfaction». Social Science and Medicine, 16.
82. Lohr K. (1997). How do we measure quality? Health Affairs
83. Mainz J., (2003), Defining and classifying clinical indicators for quality improvement, international journal for Quality in Health Care, Volume 15, Number 6: pp. 523–530.
84. Management. Morin, S. & Chebat, J.C. (2005) Person-place congruency. Journal of Service Research, 8(2):181-191.
85. Maxwell, R. (1984). Quality assessment in health. British Medical Journal, 288: 1470-1471.
86. Merkouris J. Ifantopoulos, V. Lañara, C. Lemonidou, (1999). «Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece», Journal of Nursing Management, 7 (2).
87. Meterko M., H.R. Rubin, (1990). Patient judgement of hospital quality: report of a pilot study, Medical Care.
88. Neuhauser D. Ernest Amory Codman (2002) MD. QualSaf Healthcare, 11:104-5.
89. Oakland J.S. (1994). Total Quality Management: The Route to Improving Performance. Oxford. Steven, I, Douglas R. (1988) Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? Medical Journal of Australia, 148:280–282.
90. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1988) Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer. Journal of retailing, 64(1):41-50. Journal of Health Care Management, 12(3):46-55
91. Parsons T. Definition of health and illness in the light of the American values and structure in Jaco E.G. and Gartley E. (eds), Patients, physicians and illness, New York, Free Press, 1979.
92. Pentland B. (2000), “Will Auditors take over the world? Program, Technique and the Verification of Everything”. Accountancy, Organizations and Society 25(3):307-312.
93. Porter M. & Teisberg E. (2009). Αναδιάρθρωση του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας. Εκδόσεις Ίων.
94. Robbins S. P., DeCenzo D.A. (1995). Fundamentals of management. Essential concepts and applications. Prentice Hall, New Jersey.
95. Roemer MI (1991). National health systems of the world. Vol. 1 Oxford University Press, New York.
96. Scrivens E., Klein A. (1995). Accreditation: what can we learn from the Anglophone model?. Health

- Policy, 34: 153-226.
97. Sitzia, N. Wood, (1998). «Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies», *International Journal for Quality in Health Care*.
 98. Sloan David S.G. (1992). “Health Care and the Demand for Quality”.
 99. Suchman E. (1967). *Evaluative Research, Principles in Public Service and Social Action Programs*. Russell Sage Foundation, New York.
 100. Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2004) Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1):5-15.
 101. Sullivan E. & Decker P. (2016). *Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδότης Γκιούρδας.
 102. Ware E., Snyder, R. Wright, R. Davies, (1983). «Defining and measuring patient satisfaction with medical care», *Evaluation and Program Planning*, 6.
 103. Watson, G.H. (1993). *Strategic Benchmarking. How to rate your Company's performance against the World's Best*. John Wiley and Sons, New York.
 104. WHO (1993) *Continuous Quality Development: a proposal national policy WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen.
 105. Wiener C., Kayser-Jones J. (1989). “Defensive work in nursing homes: accountability gone amok”. *Social Science and Medicine* 28(1):37-44.
 106. Wolf, H. et al., (1978). «The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior», *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4).
 107. World Health Organization (WHO), (2000): *Global strategy for health for all by the year*.
 108. Wright C., Writtington D. (1992). *Quality Assurance: an introduction for health care professionals*, Churchill Livingstone.
 109. Yasin M.M. & Zimmerer T.W. (1995). *The Role of Benchmarking in Achieving Continuous Service Quality*. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*.
 110. Zairi M. (1994). *Benchmarking: The Best Tool for Measuring Competitiveness*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις αναφορικά με την εργασία σας, χρησιμοποιώντας την κλίμακα από το 1 έως το 5 ως εξής:

1= Καθόλου 2=Λίγο 3=Μέτρια 4=Πολύ 5=Απόλυτα

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο *

Άνδρας

Γυναίκα

Εκπαιδευτικό επίπεδο *

ΠΕ / ΤΕ

ΔΕ

Κάτοχος Μεταπτυχιακού

Κάτοχος Διδακτορικού

Ηλικία *

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60+

Ιδιότητα *

- Νοσηλευτής / τρια
- Βοηθός Νοσηλευτή
- Προϊστάμενος
- Τομεάρχης - Διευθυντής
- Διοικητικός υπάλληλος

Πόσα χρόνια εργάζεσθε

	στη θέση που εργάζεσθε σήμερα	στον οργανισμό που εργάζεσθε σήμερα
0 - 5 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - 10 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - 15 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - 20 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 + χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις αναφορικά με την εργασία σας, χρησιμοποιώντας την κλίμακα από το 1 έως το 5 ως εξής:

1 = Καθόλου, 2 = Λίγο, 3 = Μέτρια, 4 = Πολύ, 5 = Απόλυτα

Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη

1. Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την παροχή της υπηρεσίας και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον λήπτη υπηρεσιών υγείας;
2. Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του λήπτη υπηρεσιών υγείας των υπηρεσιών υγείας;
3. Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσίας σας;
4. Είστε ικανοποιημένος/η από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού;
5. Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που παρέχεται το σύνολο των φροντίδων (με σεβασμό στην προσωπικότητα και τις ιδιαίτερες ανάγκες) στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας;
6. Είναι σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη;

Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία

7. Είναι σημαντική η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών υγείας, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες;
8. Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των ληπτών υπηρεσιών υγείας των απαιτήσεών τους και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών;
9. Θεωρείτε ότι, είναι σημαντική η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας του;
10. Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση;
11. Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται;

12. Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς;

Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη

13. Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για τους χρήστες των Υπηρεσιών Υγείας;
14. Θεωρείτε ότι, η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη Υπηρεσιών Υγείας για συγκεκριμένες παροχές, τον επηρεάζει με αποτέλεσμα να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας;
15. Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του χρήστη Υπηρεσιών Υγείας, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του;

Ικανοποίηση

16. Είστε ικανοποιημένος/η από την προθυμία και την παροχή της υπηρεσίας με ακέραιο και κατάλληλο τρόπο;
17. Είστε ικανοποιημένος/η από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες;
18. Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή ;
19. Θεωρείτε ότι είναι κατάλληλες οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις υγειονομικές υπηρεσίες;
20. Είστε ικανοποιημένος/η από τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους;
21. Είστε ικανοποιημένος/η από τη νέα γνώση που προκύπτει από την εξέλιξη της επιστήμης για την προαγωγή της υγείας του ατόμου;
22. Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του;

Συνολική εικόνα

23. Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες υγείας;
24. Θεωρείτε ότι, η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών;
25. Θεωρείτε ότι, η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών;

ΕΓΚΡΙΣΗ Επιστημονικού Συμβουλίου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ



000040820

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Πα.Γ.Ν.Η. 20/12/2022
Α. Π.: Εισερχ. 28362 ΕΞ 2022
Ημ/νία Αποστολής: 20/12/2022

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Τσιλιμπάρης
Μιλτιάδης
Καθηγητής
Δ/ντής
Οφθαλμολογικής
Κλινικής

ΠΡΟΣ: Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ΠαΓΝΗ
Καθηγητή κ. Ν. Τζανάκη

ΘΕΜΑ: «Έγκριση για άδεια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο ΠαΓΝΗ»

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

Μιχαηλίδη Ελένη
Δ/ντρια ΕΣΥ
Παιδιατρικής

Αλεξοπούλου
Χριστίνα
Δ/ντρια ΕΣΥ
Πνευμονολογίας-
Φυματιολογίας

Σχετ: -Θετική εισήγηση του Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας ΠαΓΝΗ, Καθηγητή κ. Ν. Τζανάκη.
-Θετική εισήγηση της Διοικητικής Διευθύντριας ΠαΓΝΗ, κας Β. Γιανναδάκη.
-Θετική εισήγηση της Δ/ντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΠαΓΝΗ, κας Α. Πρινάρη.
-Θετική εισήγηση του Δ/ντή του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, Αν. Καθηγητή κ. Γ. Νότα.
-Αίτηση της ενδιαφερόμενης με αρ. πρωτ. 25980/28-11-2022.

Χατζάκης Νικόλαος
Επιμελητής Α' ΩΡΛ

Σπαρτινού
Αναστασία
Επιμελήτρια Β'
Αναισθησιολογίας

Βενυδάκη Μαρία
Αν. Καθηγήτρια
Κλινικής Χημείας

Καλιαφεντάκη
Βασιλεία
Ειδικευόμενη
Αιματολογίας

Ανυφαντάκη
Στυλιανή
Τομέαρχης
Νοσηλευτικής

Ταμπακάκη
Μαρία
ΤΕ Φυσικοθεραπείας

Το Ε.Σ στη συνεδρίασή του στις 6/12/2022, αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα καθώς επίσης και τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής κ Δεοντολογίας ΠαΓΝΗ, εισηγείται θετικά στο αίτημα της Διοικητικής Ελληνικής για διανομή ερωτηματολογίων στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (Ισογείου – Υπογείου) και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, καθώς και στο διοικητικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής της εργασίας, του ΠΜΣ «Δημόσια Υγεία – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Υπηρεσίες Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και τίτλο «Αξιολόγηση της Ποιότητας των παρεχόμενων, προς τους ασθενείς Υπηρεσιών Υγείας σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Κρήτης» με τη δέσμευση ότι:

- Είναι υποχρεωτική και αναγκαία η γραπτή ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση των συμμετεχόντων στη μελέτη.
- Πριν την παρουσίαση της μεταπτυχιακής εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων στο Ε.Σ.
- Θα τηρηθούν όλες οι αρχές δεοντολογίας της έρευνας περί προστασίας ευαίσθητων δεδομένων υγείας και προστασία της ανωνυμίας.

Γραμματεία
Μαρία Μπενέτου
Τηλ.: 2813405316

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Καθηγητής Μ. Τσιλιμπάρης

ΕΓΚΡΙΣΗ 7^{ης} ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Ανδρέας Μανουράς**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

09.01.2023 07:38:42
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
KALLIOPIMANDYLAKI

Ηράκλειο, 05/01/2023

Α. Π.: 842

Απάντηση στο έγγραφο: 57246

ΠΡΟΣ:κα Λιοπυράκη Ελπινίκη,
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια της
Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου
Κρήτης

ΚΟΙΝ: 1) κ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,
2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ:1. Το με αρ. πρωτ. 57246/23-12-2022 εισερχόμενο έγγραφο του Διοικητή, κ. Γ. Χαλκιαδάκη,
2. Η με αριθμ. πρωτ. 28362/20-12-2022 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ,

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, καθώς και στο Διοικητικό προσωπικό του ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο του Π.Μ.Σ. «Δημόσια Υγεία –Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Υπηρεσίες Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, από την φοιτήτρια κα Λιοπυράκη Ελπινίκη, με θέμα: «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων, προς τους ασθενείς Υπηρεσιών Υγείας σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κρήτης», υπό την επίβλεψη του Δρ Βλασιάδη Κων/νου και της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας κας Τσιλιγιάννη Ιωάννας.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο έχει λάβει την έγκριση του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας, κ. Ν. Τζανάκη, της Διοικητικής Διευθύντριας, κας Β. Γιανναδάκη, της Δ/ντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κας Α. Πρινάρη και του Διευθυντή του ΤΕΠ, κ. Αναπλ. Καθηγητή κ. Γ. Νότα.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην

ερευνήτρια ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ / ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Έντυπο ενημέρωσης /συγκατάθεσης

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ερευνητική μελέτη με τίτλο: « **Αξιολόγηση της Ποιότητας των παρεχόμενων, προς τους ασθενείς Υπηρεσιών Υγείας σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Κρήτης**

που θα διεξαχθεί από την ΛΙΟΠΥΡΑΚΗ ΕΛΠΙΝΙΚΗ για την απόκτηση ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ διπλώματος, στο μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα «**του ΠΜΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ - ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ** Της ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ο γενικός σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση και η αξιολόγηση Ποιότητας των παρεχόμενων, προς τους ασθενείς Υπηρεσιών Υγείας στο χώρο του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου καθώς και των στρατηγικών αντιμετώπισης για τη διαχείριση τους.

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει το προσωπικό των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Ισογείου, Υπογείου και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας θα χρησιμοποιηθεί δομημένο ερωτηματολόγιο καθώς η συμμετοχή σας στην συμπλήρωση του είναι εθελοντική και θα πραγματοποιηθεί στον ελεύθερο σας χρόνο ώστε να μην διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συλλογής δεδομένων θα έχει διάρκεια 10 λεπτά της ώρας.

Επιπλέον η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου αποτελούν την συγκατάθεση συμμετοχής σας στην παρούσα έρευνα.

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Επιπλέον δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετάσχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετάσχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

Για τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των υποκειμένων, τα ερωτηματολόγια που θα συλλεχθούν θα κωδικοποιηθούν και θα

χρησιμοποιηθούν ανώνυμα. Θα διαβεβαιωθούν οι συμμετέχοντες για την σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων και οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα μελέτη. Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας.

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

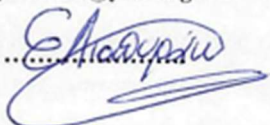
Σε περίπτωση ερωτήσεων σχετικών με την έρευνα, επικοινωνήστε με τον συντάκτη της έρευνας :

Όνοματεπώνυμο ΛΙΟΠΥΡΑΚΗ ΕΛΠΙΝΙΚΗ (Γραφείο Διοίκησης)

Τηλ: 2810542061 - 6944203040

Email: nliopiraki13@yahoo.gr

Υπογραφή: ...



Έχω διαβάσει και κατανοήσει πλήρως όλα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντα.....

Υπογραφή.....

