



ΑΝΟΙΚΤΟ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια  
των ασθενών στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς

Ιωάννα Μπούρμπουλα

Επιβλέπων καθηγητής

Ευστράτιος Λιβάνης

Ιούνιος 2015

## **Ευχαριστίες**

Θα θελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου κ. Ευστράτιο Λιβάνη για την βοήθειά που μου έδωσε ώστε να υλοποιηθεί η διατριβή αυτή.

Θα θελα ακόμα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, η οποία στήριξε τις προσπάθειές μου, με πολλούς τρόπους, ώστε να μπορέσω να ολοκληρώσω τις σπούδές μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ασφάλεια των ασθενών είναι η κύρια αποστολή κάθε νοσοκομειακής μονάδας και κάθε αντίστοιχης υπηρεσίας. Κάθε νοσοκομείο καλείται να αυξήσει την ασφάλεια που παρέχουν οι υπηρεσίες του χρησιμοποιώντας τόσο τις δεξιότητες και γνώσεις του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού ) όσο και τις υποδομές του (κτίρια, μηχανήματα).

**Σκοπός** της εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς. Οι κύριοι στόχοι είναι να υπογραμμιστούν αυτοί οι παράγοντες υπό τα πρίσματα του επιπέδου της ποιότητας των αντίστοιχων υπηρεσιών, της ικανοποίησης των ασθενών, της κουλτούρας ασφάλειας και του επιπέδου υποδομής του νοσοκομείου.

**Υλικό-μέθοδος:** Για την διερεύνηση του θέματος χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας. Χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς το οποίο διανεμήθηκε σε 100 ασθενείς (ποσοστό ανταπόκρισης 84.3%). Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν δομημένες συνεντεύξεις σε 4 μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ενήμεροι για τον σκοπό της έρευνας και διατηρήθηκε απόλυτη εχεμύθεια και ανωνυμία.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των ασθενών αναγνώρισε τις προσπάθειες των ιατρών και νοσηλευτών στην συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα, δήλωσαν σχετικά ικανοποιημένοι από τις γνώσεις και τις συμπεριφορές του προσωπικού αλλά δεν χαρακτήρισαν την νοσηλεία τους επαρκή από θέμα ασφάλειας λόγω των ελλείψεων και της υποστελεχωσης (71.3% εξέφρασαν ουδετερότητα και 17.5% εξέφρασαν διαφωνία στο αν αισθάνονται ασφαλείς. Το 61.3% τονίζει ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις υποδομές). Ομοίως οι ίδιες ελλείψεις και η υποστελεχωση αναδείχτηκαν από τις συνεντεύξεις σαν το μεγαλύτερο εμπόδιο για την ασφάλεια των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Το προσωπικό του νοσοκομείου έχει τα απαραίτητα προσόντα σύμφωνα με τις γνώμες των ασθενών αλλά για να χαρακτηριστεί ασφαλές χρειάζεται πλήρη και επαρκή στελέχωση, αλλαγή στην γενικότερη κουλτούρα διαχείρισης λαθών, καλύτερες υποδομές και επενδύσεις σε μακροχρόνιο ορίζοντα.

**Λέξεις κλειδιά :** ασφάλεια ασθενών, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, κουλτούρα

## SUMMARY

Patient safety is the primary mission and purpose of each hospital unit and each respective service. Each hospital unit is invited to maximize the safety of the provided health services using both the skills of personnel (medical and nursing) and the corresponding infrastructure (buildings, machinery).

**Purpose** of this study is to investigate the factors that affecting patient safety in Livadia General Hospital. The main objectives are to highlight these factors from the viewpoints of the level of quality of the services, patient satisfaction, safety culture and the hospital infrastructure level.

**Material and Methods:** To investigate these factors both methods of quantitative and qualitative research were used. A standardized questionnaire was distributed to 100 patients (response rate 84.3%). Moreover structured interviews were used in 4 members of the medical and nursing staff. All participants were aware of the purpose of the investigation and strict confidentiality and anonymity were secured.

**Results:** The majority of patients recognized the efforts of both doctors and nurses within this hospital unit and they were satisfied with their knowledge and attitudes. Although, they did not marked the hospitalization sufficient by means of safety issues due to visible shortages of staffing and infrastructure (71.3% expressed neutrality and 17.5% expressed disagreement on whether they feel safe. The 61.3% stressed that they were not satisfied with the infrastructure levels). Similarly, the same deficiencies and staffing issues emerged from the interviews as the major obstacle to achieve patient safety.

**Conclusions:** The hospital staff has the necessary qualifications in accordance with patient opinions but to characterize this hospital unit as “safe” requires comprehensive and adequate staffing, changing the overall culture of error management, better infrastructure and investments in the long term.

**Keywords:** patient safety, quality health services, culture

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
1.1 Εισαγωγή	7
1.2 Σκοπός έρευνας	7
1.3 Αναγκαιότητα	8
<b>2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b>	
2.1 Εισαγωγή	9
2.2 Ιστορική ανάδρομη	9
2.3 Έννοια ασφάλειας ασθενών	13
2.4 Διαχείριση λαθών & ασφάλεια	15
2.5 Συνέπειες λαθών	19
2.6 Υποστελεχωση & συνέπειες	21
2.7 Ικανοποίηση ασθενών	24
2.8 Ελληνική πραγματικότητα	28
2.9 Ρόλος & σημασία επενδύσεων	32
2.10 Συμπεράσματα	33
<b>3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	
3.1 Πεδίο μελέτης	34
3.2 Σκοποί & στόχοι	34
3.3 Ποσοτική & ποιοτική έρευνα	35
3.4 Μέθοδος σύλληψης & δείγματα	38
<b>4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	
4.1 Αποτελέσματα ποσοτικής έρευνας	44
4.2 Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας	59
<b>5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
5.1 Συζήτηση	63

5.2 Περιορισμοί	65
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>66</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>69</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ασφάλεια των ασθενών εκφράζει την κύρια και δεδομένη αποστολή κάθε νοσοκομειακής μονάδας και κάθε αντίστοιχης υπηρεσίας. Κάθε νοσοκομείο καλείται να μεγιστοποιήσει την ασφάλεια που παρέχουν οι υπηρεσίες του χρησιμοποιώντας τόσο τις ικανότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και την αντίστοιχη υποδομή (κτίρια, μηχανήματα). Δυστυχώς στην σύγχρονη εποχή παρατηρείται ένα αντιφατικό και σημαντικό φαινόμενο. Από την μια η ραγδαία βελτίωση της τεχνολογίας και των λειτουργικών μέσων που έχουν στην διάθεση τους οι επαγγελματίες υγείας και από την άλλη η όχι ανάλογη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας. Ιδιαίτερα στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρείται μια συνεχόμενη έλλειψη αποτελεσματικής εφαρμογής πρακτικών και πολιτικών που θα βελτιώναν σε μεγάλο βαθμό τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον παρατηρείται μια έλλειψη κατάλληλων επενδύσεων με μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο προσανατολισμό τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε υλικοτεχνικό και υποδομές. Αυτομάτως δημιουργείται μια άτυπη διαδικασία που ξεκάνει με την μη επαρκή στελέχωση των μονάδων, συνεχίζει με υπερπροσπάθεια των επαγγελματιών υγείας μέσω αντίξοων συνθηκών, συντελεί σε αυξημένα επίπεδα λαθών και καταλήγει σε μειωμένα επίπεδα ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών.

### **1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα στην νοσοκομειακή μονάδα της Λιβαδειάς. Θα μελετηθούν οι παράμετροι σύμφωνα με τα γενικά αποδεκτά στοιχεία και θα αναλυθεί ο ρόλος των επενδύσεων και του γενικού στρατηγικού πλάνου του συγκεκριμένου τομέα. Η βιβλιογραφία και οι έρευνες έχουν δείξει τα στοιχεία που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών και κατά πόσο μπορούν να βελτιωθούν. Θα τονιστεί η σημασία και ο σημαντικός ρόλος τόσο ενός κατάλληλου στρατηγικού πλάνου όσο και η σύνδεση του με επενδύσεις σε ανθρώπινο προσωπικό αλλά και σε υλικοτεχνική υποδομή. Επίσης θα υπογραμμισθεί η αλληλεξάρτηση του

συγκεκριμένου νοσοκομείου από άλλα περιφερειακά και μονάδες της πρωτεύουσας (με κριτήριο την επιρροή στην ασφάλεια των ασθενών)

#### ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- i. Έρευνα στην σχετική βιβλιογραφία για την αποτύπωση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών
- ii. Ποσοτικοί και ποιοτικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια
- iii. Δημιουργία και ανάλυση των σχετικών δεικτών
- iv. Σύνδεση των παραγόντων με επενδύσεις
- v. Πως το γενικό στρατηγικό πλάνο και η εκπαίδευση επηρεάζει άμεσα και έμμεσα τους παράγοντες αυτούς
- vi. Ο ρόλος του διοικητικού και νοσηλευτικού προσωπικού και πώς αυτός συντελεί στη βελτίωση της ασφάλειας
- vii. Υπογράμμιση επενδυτικής και στρατηγικής κουλτούρας.

### 1.3 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί το βασικό καθήκον κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Άρα οποιοσδήποτε ποσοτικός ή ποιοτικός παράγοντας που μπορεί να την επηρεάσει πρέπει να μελετηθεί ώστε να συντελέσει στη βελτίωση της ασφάλειας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Η έρευνα θα υπογραμμίσει αυτά τα στοιχεία και τους τρόπους για την ανάπτυξη και την βελτίωσή της. Επίσης θα υπογραμμιστεί η αναγκαιότητα τόσο μιας στρατηγικής και διοικητικής κουλτούρας κατάλληλη για τον κλάδο όσο και η μεγίστη σημασία των στρατηγικών επενδύσεων σε κάθε τομέα που επηρεάζει και επηρεάζεται μέσα σε μια νοσοκομειακή μονάδα.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί καθολικό θέμα μείζονος σημασίας τόσο για την αξία της ιατρικής επιστήμης όσο και για την κουλτούρα που πλαισιώνει τις σχετικές διαδικασίες που εφαρμόζονται στις υπηρεσίες υγείας. Οι έρευνες της υγείας επικεντρώνονται στην αυξανόμενη γνώση για την ίδια την υγεία των ασθενών (πρόληψη, θεραπεία, έρευνες, τεχνολογία) ενώ οι υπηρεσίες υγείας επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα των διαδικασιών και συστημάτων ενώ ταυτόχρονα επηρεάζουν και επηρεάζονται από το ευρύτερο οικονομικοκοινωνικό σύστημα που διέπει κάθε χώρα η οργανισμό. Το κύριο θέμα επικεντρώνεται στην παρουσίαση κάποιων βασικών θεμάτων που αφορούν και επηρεάζουν μια βασική παράμετρο των υπηρεσιών υγείας, την ασφάλεια των ασθενών. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα πολυδιάστατο θέμα το οποίο επηρεάζεται άμεσα και έμμεσα από μεγάλο αριθμό παραγόντων. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες σχετίζονται άμεσα με την ιατρική επιστήμη και τις ιατρικές και νοσηλευτικές πρακτικές ενώ κάποιοι άλλοι παράγοντες έχουν εκτενέστερο υπόβαθρο από κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνιστώσες. Αυτομάτως γίνεται αντιληπτό πως η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών απαιτεί μια πολυδιάστατη προσπάθεια η οποία στηρίζεται τόσο στην γνώση και στους διαθέσιμους πόρους (ανθρώπινους και υλικούς) όσο και στην γενικότερη κουλτούρα που διέπει τον οργανισμό υγείας που θα μελετηθεί.

### **2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Μέχρι και τις δεκαετίες 1960 και 1970 η φροντίδα και η ασφάλεια των ασθενών στηριζόταν κυρίως ως μια οικοτεχνική διαδικασία στην οποία δεν υπήρχε κάποια επίσημη νόρμα καταγραφής και χρησιμοποίησης (Παπανικολάου, 2007: 79). Κάθε επαγγελματίας ή φροντιστής προσάρμοζε τις μεθόδους που χρησιμοποιούσε σε κάθε ασθενή χωρίς απαραίτητα να χρησιμοποιεί κάποια συγκεκριμένη και εγγεγραμμένη μέθοδο. Αυτομάτως η ασφάλεια των ασθενών στηριζόταν σε μεγάλο βαθμό σε ένα μη ελεγχόμενο περιβάλλον και δεδομένου πως δεν υπήρχε επίσημη καταγραφή των

περιστατικών, των λαθών και της πορείας των ασθενών, δεν υπήρχε η κατάλληλη βάση δεδομένων για επιστημονική και πρακτική βελτίωση (Παπανικολάου, 2007: 79).

Αρκετά χρόνια νωρίτερα (τις δεκαετίες 1850-1860) η νοσηλεύτρια Florence Nightgale κατέγραφε κάποιες διαδικασίες που παρατηρούσε σχετικά με την φροντίδα των ασθενών και στο βιβλίο της «Σημειώσεις νοσηλευτικής» τόνιζε την σημασία συγκεκριμένων παραγόντων όπως ο καθαρός αέρας, η ύπαρξη θορύβων, η λήψη τροφής και η ποιότητα τροφής, η καθαριότητα των κλινών και του χώρου, τα επίπεδα φωτισμού και η συμβουλευτική. Όλοι αυτοί οι παράγοντες σε συνδυασμό με την παρατήρηση των ασθενών επηρέαζαν θετικά ή αρνητικά το επίπεδο της ασφάλειας των ασθενών και το επίπεδο των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών (Ραφτόπουλος, 2009: 77-78). Αξίζει να σημειωθεί πως οι πρακτικές και οι βελτιώσεις που παρατήρησε και πρότεινε η βρετανίδα νοσηλεύτρια μείωσαν κατά 20% την θνησιμότητα σε διάστημα 6 μηνών σε μια νοσοκομειακή μονάδα εν μέσω του Κριμαϊκού πολέμου (Ραφτόπουλος, 2009: 77-78). Οι παρατηρήσεις της είναι εφαρμόσιμες ακόμα και σήμερα και αποτέλεσαν την βάση για περεταίρω μελέτες και παρατηρήσεις.

Ο Kosvendt (1997) υπογράμμισε πως από τις δεκαετίες του 1980 και μετά η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα των ιατρικών και νοσηλευτικών πρακτικών τέθηκαν αντικείμενο εκτενέστερης μελέτης, εκτεταμένων αλλαγών και προσπάθειας να ταυτιστούν με διαδικασίες διαχείρισης ολικής ποιότητας. Η διαδικασία κατανομής των κινδύνων, η διαδικασία οργάνωσης της νοσηλείας, η δημιουργία κινήτρων στους επαγγελματίες του χώρου, η βελτίωση της τεχνολογίας και των σχετικών μέσων και οι διαδικασίες καταγραφής και μελέτης δημιούργησαν μια «βιομηχανοποίηση» στον τομέα της υγείας η οποία είχε αυτοσκοπό την βελτίωση της ασφάλειας όλων των σχετικών παραμέτρων (Παπανικολάου, 2007: 79-80). Η ασφάλεια των ασθενών και η αποφυγή λαθών (όσο και η περεταίρω γνώση από περιπτώσεις λαθών), αποτελεί όχι μόνο ακρογωνιαίο λίθο της ηθικής υπόστασης των υπηρεσιών υγείας αλλά – ταυτόχρονα- εξίσου σημαντικό παράγοντα κοινωνικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας των οργανισμών-παροχών των αντίστοιχων υπηρεσιών (ιδιωτικών και κρατικών) (Donabedian, 1990:1115).

Πρωτοπόρος στις μελέτες για την ασφάλεια και την ποιότητα στον χώρο της υγείας ο Avedis Donabedian (1980) ανέλυσε εκτενώς τις έννοιες της ποιότητας και της ασφάλειας στον κλάδο της υγείας και ανέλυσε τους παράγοντες που τους επηρεάζουν. Πρωτίστως ονόμασε και ανέλυσε τρεις βασικές διαστάσεις στις παροχές φροντίδας : (1) την τεχνική (τεχνική και επιστημονική διάσταση-science of medicine), (2) την διαπροσωπική (art of medicine) και (3) την ξενοδοχειακή (amenities). Πιο συγκεκριμένα:

- i. Η πρώτη διάσταση αναφέρεται στην εξάσκηση της ιατρικής επιστήμης και στην χρησιμοποίηση της κατάλληλης τεχνολογίας ώστε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το πρόβλημα υγείας των ασθενών.
- ii. Η δεύτερη διάσταση αναφέρεται στην ανθρώπινη (κυρίως ψυχολογική) σχέση και αντιμετώπιση του ασθενή από το ιατρικό προσωπικό. Η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού απέναντι στους ασθενείς πρέπει να χαρακτηρίζεται από επαγγελματική ηθική, δεοντολογία και κουλτούρα και να αντανακλά τα συναισθήματα, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών. Ο Donabedian (1980) υπογραμμίζει πως υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματιών της υγείας και ασθενών και είναι αρκετά σημαντική για το επίπεδο της κλινικής φροντίδας.
- iii. Η τρίτη διάσταση αναφέρεται στον χώρο, στο περιβάλλον, στις συνθήκες και στις υποδομές στα πλαίσια των οποίων προσφέρονται οι σχετικές υπηρεσίες. Η ξενοδοχειακή υποδομή αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών φροντίδας και νοσηλείας. Επιπροσθέτως, καλές συνθήκες και υποδομές προδιαθέτουν τους ασθενείς για την βελτιστοποίηση της ικανοποίησης του.

Συμφώνα με αυτές τις τρεις συνιστώσες έδωσε έναν ορισμό για την ποιότητα της φροντίδας στην ιατρική επιστήμη *«ως το είδος της φροντίδας το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, εξισορροπώντας τις ωφέλειες και τις απώλειες οι οποίες ακολουθούν την διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους σημεία της»*. (Donabedian ,1980). Τόνισε την σημασία της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας (στην πρώτη διάσταση) και την προσπάθεια της μεγιστοποίησης των οφελών ταυτόχρονα με την προσπάθεια για ελαχιστοποίηση των επιμέρους κινδύνων. Ένα

αποτελεσματικό και άρτιο σύστημα φροντίδας θα σταθμίζει κατάλληλα τα δυο αυτά συστατικά (health benefits και health risks). Επιπλέον, υπογράμμισε πως και οι τρεις διαστάσεις αλληλοεπηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό καθώς δεν μπορεί η ποιότητα της φροντίδας και η ασφάλεια των ασθενών να αντιμετωπίζονται σαν μονοδιάστατες διαδικασίες και φαινόμενα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η διαδικασία με την οποία ένας ασθενής -ο οποίος είναι άρτια πληροφορημένος και έχει καλές σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό- να έχει περισσότερες πιθανότητες τόσο να ακολουθήσει (ακόμη και να συμμορφωθεί) στην προτεινόμενη θεραπεία όσο και να εμπιστευτεί την νοσοκομειακή μονάδα για την ασφαλή ίαση του (Donabedian, 1980, Παπανικολάου, 2007 : 82). Το 1990, με το άρθρο «*The Seven Pillars of Quality*» «*Οι επτά πυλώνες της ποιότητας*», ο Donabedian, υπογράμμισε και τόνισε τα κύρια γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα: (1) *Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)*, (2) *Αποδοτικότητα (efficiency)*, (3) *Βελτιστότητα (optimality)*, (4) *Αποτελεσματικότητα (effectiveness)*, (5) *Νομιμότητα (legitimacy)*, (6) *Αποδεκτικότητα (acceptability)*, (7) *Δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity)*.

Με το πέρασμα των ετών η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα των υπηρεσιών γίνονται αντικείμενα εκτενούς μελέτης και παρατήρησης με μοναδικό σκοπό την βελτιστοποίηση τους και τους αποδοτικότερους τρόπους με τους οποίους θα επιτευχτεί. Η έκφραση «*οφελείν ή μη βλάπτειν*» του Ιπποκράτη αποτέλεσε το ιδεολογικό υπόβαθρο για κάθε διαδικασία και πρωταρχικό στόχο όλων των οργανισμών υγείας και των οργανισμών διαπίστευσης και πιστοποίησης στον χώρο της υγείας. Κάθε εξέλιξη αποσκοπεί στην βελτίωση των πλεονεκτημάτων των διαδικασιών και ταυτόχρονα στην εξάλειψη των μειονεκτημάτων διδασκόμενη από τα λάθη τα οποία καταγράφονται (Παπανικολάου, 2007: 79)

Το 1998 η Αμερικανική Επιτροπή Ποιότητας στον χώρο της υγείας χαρτογράφησε μια γενικότερη στρατηγική η οποία θα βελτίωνε την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών. Μέσω μελέτης και ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας υπογραμμιστήκαν 6 συγκεκριμένοι πυλώνες στους οποίους θα πρέπει να στηρίζεται ένα ασφαλές σύστημα υγείας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα:

- i. Πρώτον και σημαντικότερον να είναι πάροχος ασφαλών υπηρεσιών και διαδικασιών με γνώμονα την άρτια φροντίδα των ασθενών.
- ii. Δεύτερον, να είναι αποτελεσματικό με την έννοια της παροχής υπηρεσιών και φροντίδας σε όλους όσους θα μπορούν να έχουν πρόσβαση και να ωφεληθούν.
- iii. Τρίτον, να είναι επικεντρωμένο στον ασθενή καλύπτοντας τις ανάγκες και τις αξίες τους.
- iv. Τέταρτον, να είναι έγκαιρο ώστε να μην παρατηρούνται καθυστερήσεις στις διαγνώσεις, τις θεραπείες και την φροντίδα.
- v. Πέμπτον, να χαρακτηρίζεται από την αποδοτικότητα με την έννοια της εξάλειψης των απωλειών σε υποδομές, τεχνολογία, εξοπλισμό και ιδεών.
- vi. Έκτον, να είναι δίκαιο και ισότιμο για όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτου φύλου, εθνικότητας, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης.

(Ραφτοπουλος, 2009: 89-90, Birch, 1992: 279, Donabedian, 1966:106)

## 2.3 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΣΕΓΓΙΣΗ

Η ασφάλεια των ασθενών και η αποφυγή ιατρικών λαθών αποτελεί αυτοσκοπός και κριτήριο κάθε καλού γιατρού και νοσοκομείου. Αν και δεν μπορεί να δοθεί ένας απλός ορισμός θα ήταν χρήσιμο να σημειωθούν και να τονιστούν οι παράγοντες και οι συνέπειες της μη σωστής και ασφαλούς φροντίδας:

- i. Ανεπαρκής ή λανθασμένη διάγνωση. Οι συνέπειες και των δυο οδηγούν δυστυχώς σε πολλαπλές και ποικίλες δυσμενείς καταστάσεις με συνέπειες τόσο στον ασθενή όσο και στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Μια λανθασμένη διάγνωση επιδρά σωματικά και ψυχολογικά στον ασθενή και τον αναγκάζει σε επιπλέον επισκέψεις σε νοσοκομειακές μονάδες για παρακολούθηση. Επιπροσθέτως, δεσμεύει επιπλέον πόρους (ανθρώπινους, χρόνο ιατρών, υλικοτεχνικούς) οι όποιοι θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν αποδοτικότερα αντί για επανεξέταση λόγω λανθασμένων διαγνώσεων. Είναι

- κρίσιμο να τονιστεί σε αυτό το σημείο πως οι λανθασμένες διαγνώσεις επηρεάζονται άμεσα τόσο από το επίπεδο του ιατρικού προσωπικού όσο και από την στελέχωση (η καλύτερα την υποσχελεχωση) του εκαστοτε τμήματος.
- ii. Καθυστερημένη διάγνωση η/και θεραπεία. Καθυστερήσεις στην διάγνωση (δεδομένου της χρονικής στιγμής που ο ασθενής προσέλθει στην νοσοκομειακή μονάδα) και στην θεραπεία θα μειώσουν αισθητά το επίπεδο της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας και ταυτόχρονα έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην ψυχολογία των ασθενών και στον χρόνο αποκατάστασης των προβλημάτων τους.
  - iii. Λοιμώξεις λόγω ανεπαρκούς φροντίδας και μέτρων. Αυτός ο παράγοντας αποτελεί σημαντικό πλήγμα στις υπηρεσίες υγείας και στην ασφάλεια των ασθενών. Δυστυχώς δεν είναι σπάνιο φαινόμενο η εμφάνιση μιας ενδονοσοκομειακής λοίμωξης και σε μεγάλο ποσοστό η αιτία είναι η ανεπάρκεια των μέσων που διαθέτουν οι μονάδες τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε εξοπλισμό. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως οι Needman et al (2002: ) σε σχετική έρευνα (σε 799 νοσοκομεία των ΗΠΑ) ανέφεραν πως η στατιστική έρευνα ανέδειξε αυξημένες πιθανότητες καρδιακών προσβολών, ουρολοιμώξεων και νοσοκομειακών πνευμονιών σε νοσοκομεία που είχαν ανεπαρκή νοσηλευτική στελέχωση.
  - iv. Φαρμακευτικά λάθη και παρενέργειες. Λανθασμένες συνταγογραφησεις η λάθη στην επιτρεπόμενη δοσολογία θέτουν σε κίνδυνο την πορεία της θεραπείας των ασθενών. Είναι εξαιρετικής σημασίας η διαδικασία με την οποία αξιολογείται από το ιατρικό προσωπικό μια συγκεκριμένη συνταγή η οποία πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες της θεραπείας κάθε ασθενή.
  - v. Απώλεια ιστορικού ασθενούς και συνέπειες. Η λήψη και η κατοχή του ιστορικού των ασθενών είναι σημαντικός παράγοντας για την διάγνωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων και των σχετικών θεραπειών. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη ενός συστήματος (μηχανογράφηση και οργάνωση) το οποίο θα καθιστά εύκολα προσβασιμο το ιστορικό κάθε ασθενή στον γιατρό.

vi. Παραλήψεις και λάθη σε χειρουργεία.

(Σαχίνη-Καρδάση, 2000 , Πετρίδης, 2013, Ραφτοπουλος, 2009, Needman et al. , 2002, Μπούρμπουλα, 2014)

## 2.4 Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 2.4.1 Η ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Ο Μπουραντάς (1998:28) όρισε την κουλτούρα ενός οργανισμού ως *«το σύνολο κοινών αξιών, πιστεύω, εννοιών, παραδοχών, συμβόλων, εθίμων, κανόνων και προτύπων που ισχύουν σε μια ομάδα ανθρώπων η μια οργάνωση»*. Η κουλτούρα ασφαλείας σε νοσοκομειακές μονάδες προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις των ανθρώπων (ιατρών, προσωπικού, ασθενών κτλ) τις στάσεις και τις συμπεριφορές του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς και στις λοιπές υπηρεσίες καθορίζοντας σε μεγάλο βαθμό και την προσπάθεια για την βελτιστοποίηση των παροχών. Αν οι ομάδες των ιατρών και νοσηλευτών έχουν σαν κοινή αξία την ασφάλεια των ασθενών, τότε θα υπάρχει συνοχή και αρμονία για την βελτιστοποίηση της (Αλεξιάκης, 1999, Ραφτόπουλος, 2009).

Η άσκηση της ιατρικής επιστήμης αναγκαστικά από την φύση της λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα περιβάλλον πολλαπλών αβεβαιοτήτων και δραστηριοτήτων. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές είναι αντιμετώποι συχνά με την αβεβαιότητα, η οποία προκύπτει από τα δικά τους ανθρώπινα όρια, την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φυσιολογίας και της ασθένειας, τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, τις πιθανές και πολλαπλές θεραπείες, την προσκείμενη τεχνολογία και τεχνογνωσία και την έκταση της επιστημονικής γνώσης. Δεδομένης λοιπόν της μεταβλητότητας, που περιβάλλει την ιατρική και νοσηλευτική δραστηριότητα σε διάφορες καταστάσεις, είναι αρκετά δύσκολο για τους επαγγελματίες να καταλάβουν τα απαιτούμενα όρια μεταξύ των αποφευκτών και αναπόφευκτων λαθών (Lester & Tritter, 2001). Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η αβεβαιότητα είναι σχεδόν πάντα εμφανής και παρούσα κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και ότι οι πιθανές δραστηριότητες μέσα στην ίδια

την επιστήμη είναι συχνά ανακριβείς. Η κουλτούρα και οι σχετικές νοοτροπίες, όμως, των γιατρών που μερικές φορές αναπτύσσονται ως αντίδραση στην αβεβαιότητα, μπορεί να αποθαρρύνουν τη δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας με συνέπειες στην αποτελεσματικότητα για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των υπηρεσιών. Έτσι, αρκετές φορές διαμορφώνεται μια κατάσταση στην οποία αντί να βρεθούν αποτελεσματικοί τρόποι διαχείρισης της ιατρικής αβεβαιότητας και πρόληψης των λαθών, η αντίδραση –των επαγγελματιών υγείας- είναι να κρύβεται ο γιατρός και το προσωπικό πίσω από την αβεβαιότητα και δια μέσου αυτής να δικαιολογεί τα πιθανά λάθη του και τις συνέπειες αυτών. Η κατανόηση των εμπειριών των γιατρών και της πραγματικότητας που αυτοί βιώνουν είναι ζωτικής σημασίας ώστε να «...ενθαρρυνθούν οι επαγγελματίες υγείας σε αυτοεπίγνωση. Η αυξημένη κατανόηση της πραγματικότητας προωθεί τη βαθύτερη και συνεχιζόμενη διερεύνηση της γνώσης και της πρακτικής στα όρια της αβεβαιότητας, όπου αυτό είναι δυνατό» (Rosental. 1999). Στρατηγικές πιο ενεργούς διαχείρισης της ιατρικής αβεβαιότητας περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο επαγγελματικής ανάπτυξης, εμπλουτισμό της διδακτέας ύλης των σχολών, ενίσχυση της εκπαίδευσης σε θέματα όπως η συνεργασία, η επικοινωνία, η μάθηση βάσει προβλημάτων (problem-based learning), η ιατρική πρακτική βάσει αποδείξεων (evidence-based practice) και οι τεχνικές διερεύνησης αιεπεξεργασίας λαθών καθώς και συστηματικής μάθησης από αυτά.

Ένα μεγάλο εμπόδιο στην αντικειμενική έρευνα γύρω από τα λάθη και την έλλειψη φροντίδας αποτελεί το γεγονός πως δεν είναι πάντα εφικτό ποσοτικά και ποιοτικά να μετρηθούν αποτελεσματικά. Πάντα όμως υπήρξαν έρευνες και ερευνητές που επικέντρωσαν τις παρατηρήσεις τους πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Ο Donabedian (1966) ερεύνησε την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και τα ζητήματα που προέκυπταν για την ασφάλεια τους. Επίσης, πρότεινε συγκεκριμένες μεθόδους για αξιολόγηση και έλεγχο όλων των σχετικών διαδικασιών ( Μπούρμπουλα, 2014).

Το 1999 το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM) δημοσίευσε μια έκθεση με τίτλο “*To err is human: Building a safer health system*” υπογραμμίζοντας όλους τους παράγοντες γύρω από τα ιατρικά λάθη και τις πρακτικές. Δείκτης ποιότητας μιας νοσοκομειακής μονάδας είναι η απουσία (ή η



ελαχιστοποίηση) των λαθών η οποία θα συντελέσει στην μέγιστη ασφάλεια των ασθενών. Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών κρίνεται από την πλήρη και ασφαλή ίαση των ασθενών και από την εφαρμογή των σωστών/καταλληλων πρακτικών τόσο σε εκτελεστικό επίπεδο όσο και σε σχεδιαστικό (Kohn, et al, 2000, Lilford, et al 2004). Επιπλέον, οι οργανισμοί-μοναδες πάροδοι υπηρεσιών περιθαλψης εφαρμόζαν επιχειρησιακές πρακτικές διοίκησης ολικής ποιότητας με στόχο την μέγιστη δυνατή ασφάλεια και την εξαφάνιση λανθασμένων πρακτικών σε όλο το εύρος των υπηρεσιών προωθώντας βελτιωμένες πρακτικές σχεδιασμού, οργάνωσης και έλεγχου. Υπό το πρίσμα της διοίκησης ολικής ποιότητας οι διοικούντες των μονάδων υγείας εφαρμόζουν μια οργανωσιακή προσέγγιση η οποία προάγει το ομαδικό πνεύμα και κλίμα, αποσκοπεί στον συντονισμό και την αποσαφήνιση των διαδικασιών, απαιτεί πλήρη προσήλωση στους στόχους καθώς και την κατάλληλη εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης κινδύνων και πιθανών λαθών. Οι παραπάνω εφαρμογές τόσο σε οργανωτικό όσο και σε εκπαιδευτικό επίπεδο θα βελτιώσουν στο μέγιστο την ποιότητα των υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών (Μπουρμπουλα, 2014).

Όταν η αναφορά του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής «*to err is human*» είδε το φως της δημοσιότητας, όπως ήταν φυσικό, τράβηξε την προσοχή τόσο του κοινού και των μαζικών μέσων ενημέρωσης όσο και των δημοσίων και ιδιωτικών οργανισμών, που ήταν υπεύθυνοι να συντονίσουν την ασφάλεια και την ποιότητα στο Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ. Ο ιατρικός και νοσηλευτικός κόσμος αντέδρασε σαν να είχε αποκαλυφθεί ‘*επιδημία των ιατρικών λαθών*’ (Watcher, 2004).

Ως άμεση αντίδραση, στις 7 Δεκεμβρίου του 1999 ο πρόεδρος Bill Clinton υπέγραψε έναν κανονισμό/πρωτόκολλο με τον οποίο απαιτούσε από τις αρμόδιες αρχές να αναπτύξουν μέσα σε 3 μήνες μία λίστα από δραστηριότητες και πεδία, που θα καθιστούσαν την υγειονομική φροντίδα ασφαλέστερη σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών (Altman et al, 2004). Το αποτέλεσμα ήταν να εμφανιστεί μια απίστευτη κινητικότητα σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας και να εισαχθούν νέα προγράμματα από πολυάριθμους αρμόδιους φορείς με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της υγειονομικής φροντίδας. Έτσι, μεταξύ άλλων φορέων ο Εθνικός Οργανισμός Ποιότητας των ΗΠΑ (NQF) επικυρώνει ένα σύνολο μέτρων για την ασφάλεια του ασθενή μέσω μιας συναινετικής διαδικασίας. Η ένωση

νοσοκομείων Νέας Υόρκης και Georgia υιοθετεί τους δείκτες ασφάλειας ασθενών που αναπτύχθηκαν από τον Οργανισμό Έρευνας και ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας (AHRQ). Η Επιτροπή Πιστοποίησης Οργανισμών Υγείας (JCAHO) υιοθετεί τους στόχους της ασφάλειας των ασθενών ως μέρος της διαδικασίας πιστοποίησης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα σχεδόν όλα τα νοσοκομεία να συμμετέχουν σε προγράμματα αναφοράς δεδομένων για την ποιότητα δια μέσου των Medicare (πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων) και Medicaid (πρόγραμμα ιατρικής φροντίδας στο σπίτι). Τα περισσότερα πλέον νοσοκομεία των ΗΠΑ έχουν γραπτή πολιτική πληροφόρησης των ασθενών και των οικογενειών τους για τα 26 μέτρα πρόληψης των ιατρικών λαθών. Τέλος, πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και τη συνεισφορά στη μείωση των ιατρικών λαθών στο ίδιο το σύστημα, όπως για παράδειγμα, η μείωση των ωρών εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Το Κογκρέσο ενίσχυσε από την πλευρά του την παραπάνω προσπάθεια με την εισαγωγή σχετικής νομοθεσίας που στοχεύει στη βελτίωση των συστημάτων αναφοράς ιατρικών λαθών και προβλημάτων που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, ώστε να εντοπίζονται οι αδυναμίες του συστήματος εγκαίρως και να λαμβάνονται επιπλέον απαραίτητα μέτρα. Ο απώτερος σκοπός όλης αυτής της προσπάθειας ήταν φυσικά η προστασία και η ασφάλεια του κοινού.

#### 2.4.2 ENNOΙΑ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τι εννοούμε όμως με τις έννοιες του «λάθους» και του «κινδύνου»? Ο όρος κίνδυνος δηλώνει την πιθανότητα να συμβεί ένα δυσάρεστο γεγονός το οποίο είναι αποτέλεσμα κάποιων συγκεκριμένων καταστάσεων (Ραφτοπουλος, 2009 : 188). Στον κλάδο της ιατρικής φροντίδας η διαχείριση των λαθών (risk management) περιλαμβάνει:

- i. Τη ταυτοποίηση και αναγνώριση τους
- ii. Την ανάλυση τους
- iii. Την παρέμβαση
- iv. Την αξιολόγηση και αναγνώριση των υπαρκτών και πιθανών πηγών κινδύνου.
- v. Την αποφυγή μελλοντικών απωλειών σε συντελεστές που επηρεάζουν την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

(Ραφτοπουλος, 2009 : 188-189, Kohn, 1999).

Όπως προαναφέρθηκε, το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM) δημοσίευσε μια έκθεση το 1999 με τίτλο “*To err is human: Building a safer health system*” υπογραμμίζοντας όλους τους παράγοντες γύρω από τα ιατρικά λάθη και τις πρακτικές. Κύρια σημεία τα οποία πρέπει να τονιστούν είναι:

- i. Τα λάθη είναι ανθρώπινα και η παραδοχή και αναγνώριση τους είναι υψίστης σημασίας παράγοντας για την εξάλειψη τους.
- ii. Λάθος θεωρείται οτιδήποτε δεν επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα και εμφανίζει πληθώρα δυσάρεστων συμπτωμάτων.
- iii. Η πλειοψηφία των λαθών οφείλεται στο ότι κάποια μέλη στις ομάδες εργασίας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) δεν γνωρίζουν ή δεν εφαρμόζουν τις στοιχειώδους οδηγίες / κανόνες για την φροντίδα των ασθενών.
- iv. Μεγάλος αριθμός λαθών παρατηρείται σε καταστάσεις μεγάλου όγκου των ασθενών.
- v. Χρειάζεται να αναπτυχτεί μια διαδικασία αξιολόγησης των διαδικασιών η οποία θα χρησιμοποιείται από το κατάλληλο στέλεχος στις συγκεκριμένες περιπτώσεις. Τέτοιες διαδικασίες αναφέρονται και σαν «κλινικά πρωτόκολλα θεραπειών».

(Kohn, 1999, Bogner, 1994a, Allen, 2002)

## 2.5 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η βελτιστοποίηση της ποιότητας και της ασφάλειας στις υπηρεσίες φροντίδας και η διαχείριση των πιθανών κινδύνων και λαθών είναι δυο άμεσα σχετιζόμενες και αλληλεπικαλυπτόμενες δραστηριότητες. Τα λάθη στον συγκεκριμένο κλάδο μπορεί έχουν αμελητέες (σχετικά) συνέπειες έως και θανατηφόρες καταλήξεις. Ο Leap (1993: 144-149) σε μελέτη γύρω από τα λάθη και τις συνέπειες υπογράμμισε πως

μόνο στις ΗΠΑ 44.000 με 98.000 ασθενείς χάνουν την ζωή τους από λάθη τα οποία θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί ενώ σε 1.000.000 ασθενείς προκαλούνται βλάβες από σφάλματα ιατρών. Μάλιστα αυτή η αιτία κατατάσσεται στην 8<sup>η</sup> θέση στα αιτία θανάτου. Στην Αυστραλία τα λάθη προκαλούν 18.000 αποφεύξιμους θανάτους και σημαντικές βλάβες σε πάνω από 50.000 ασθενείς (Kohn et al. 1999). Δεκάδες έρευνες (κυρίως σε ΗΠΑ, Αυστραλία και Ηνωμένο Βασίλειο) ανέδειξαν τα λάθη σε σημαντική αιτία που προκαλεί βλάβες στους ασθενείς, μειώνει το επίπεδο της ασφάλειας και της ποιότητας των αντίστοιχων υπηρεσιών και απορρόφα διαθέσιμους πόρους που θα μπορούσαν να έχουν αξιοποιηθεί καταλλήλότερα.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στα λάθη και στις συνέπειες που παρατηρούνται από λάθη στις συνταγογραφήσεις και στην παροχή φαρμάκων. Σε έρευνα στην Βοστώνη των ΗΠΑ βρέθηκε πως το 6,5 % των ασθενών είχε ανεπιθύμητες δράσεις εξαιτίας κάποιου λάθους στα φάρμακα ( NPSF, 1997). Σε μελέτη/έρευνα πάνω στο συγκεκριμένο θέμα οι Bates et al. (1997:307-311) υπογράμμισαν πως τα ανεπιθύμητα συμβάντα που αποδίδονται στα φάρμακα (απόρροια λανθασμένων οδηγιών, δοσολογίας και χρήσης) προκαλούν:

- i. 116.000.000 επισκέψεις σε γιατρούς ανά χρόνο (ΗΠΑ)
- ii. 76.000.000 επιπλέον συνταγογραφήσεις.
- iii. 8.000.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο.
- iv. 199.000 θανάτους.
- v. Επιπρόσθετο κόστος 76.000.000.000 δολαρίων (ένα τέτοιο κόστος είναι ισοδύναμο με το συνολικό κόστος φροντίδας των διαβητικών ασθενών στις ΗΠΑ)

(Ραφτοπουλος, 2009: 190-191).

Επίσης, αξίζει να τονιστεί και η συσχέτιση των λαθών με την ασφάλεια των ασθενών μέσα στα χειρουργεία. Οι απαιτήσεις και η σημαντικότητα των επεμβάσεων καθιστούν ιδιαίτερα επικίνδυνα τα λάθη και τις συνέπειες τους. Ο Kern (1995:35-39) σε σχετική έρευνα έδειξε πως τα λάθη στα χειρουργεία όχι μόνο αποτελούν – προφανώς- σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας , αλλά επίσης

επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα υγείας μέσω επανεξετάσεων και μέσω δικαστικών διεκδικήσεων.

## 2.6 ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ - ΥΠΟΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.

Θα ήταν σημαντική παράλειψη αν από μια έρευνα κουλτούρας ασφάλειας στο χώρο της υγείας, έλειπε μια εκτεταμένη αναφορά στο πολυπληθέστερο ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων που είναι το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές αποτελούν έναν καταλυτικό παράγοντα στα θέματα που αφορούν στην ασφάλεια στην παροχή φροντίδας υγείας.

Οι Needleman et al. (2002: 1715) μελέτησαν μια σχέση μεταξύ των επιπέδων στελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό και της 'αποτυχίας διάσωσης', όπως χαρακτηριστικά αναγράφονται. Η αποτυχία διάσωσης στη συγκεκριμένη μελέτη ορίζεται ως ο θάνατος των ασθενών, που ανέπτυξαν μια από τις παρακάτω επιπλοκές: πνευμονία, σήψη, καρδιακή ανακοπή ή shock, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και εν τω βάθην θρόμβωση, σε χειρουργικούς ασθενείς και σε παθολογικούς. Η μελέτη του Needleman εκτιμά τη σπουδαιότητα της επίδρασης της νοσηλευτικής στελέχωσης και υπογραμμίζει την συσχέτιση μεταξύ του (επαρκή) νοσηλευτικού προσωπικού και της συνολικής θνησιμότητας των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. Αρκετές μελέτες ανέδειξαν τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και λοιπών αρνητικών αποτελεσμάτων εκτός της θνησιμότητας. Αυτές οι έρευνες βρίσκουν συσχέτιση μεταξύ υποστελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό και ανάπτυξης νοσοκομειακών ουρολοιμώξεων, πνευμονίας, κατακλίσεων, εν γένει σήψης, αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, shock ή καρδιακή ανακοπή, πτώσεων και λαθών στη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, στις μελέτες αυτές βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ υποστελέχωσης και επιμήκυνσης παραμονής στο νοσοκομείο και χρόνου νοσηλείας, το οποίο, όμως, δύναται να εκληφθεί ως γενικός δείκτης επιπλοκών και καθυστερήσεων θεραπείας (Needleman et al. , 2002 : 1715-20).

## 2.6.1 ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΣΟΠΙΚΟ

Εκτός από την υποστελεχωση στον τομέα των υπηρεσιών φροντίδας εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ασκούνται οι συγκριμένες δραστηριότητες (αξίζει βεβαία να σημειωθεί η ίδια η υποστελεχωση αποτελεί τον πιο κρίσιμο παράγοντα για την αξιολόγηση των συνθηκών εργασίας). Ο Ραφτοπουλος (2007:207) αναφέρει πως το 1989 σε σχετική έρευνα βρέθηκε πως στα νοσοκομεία που απασχολούσαν μεγάλο αριθμό διπλωματούχων νοσηλευτών και με αναλογία μεγαλύτερη στην σχέση ασθενών ανά νοσηλευτή είχαν 6,7 θανάτους ανά 1000 ασθενείς σε σύγκριση με τα νοσοκομεία που είχαν μικρότερη αναλογία (Hartz et al, 1989: 1720-1725). Σε αντίστοιχη έρευνα οι Aiken et al. (2003: 1987) τονίζουν πως για κάθε έναν επιπλέον χειρουργημένο ασθενή άνω των 4 που αναλογεί σε μια κανονική βάρδια ενός εργαζομένου νοσηλευτή, αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου κατά 7%. Επίσης, μια υψηλή αναλογία ασθενών ανά νοσηλευτή σχετίζεται με μειωμένη πιθανότητα επιλοκών, μειωμένα επίπεδα θνησιμότητας και αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης 30 ημέρες μετά την έξοδο των ασθενών από τις αντίστοιχες νοσοκομειακές μονάδες (Aiken et al., 2003: 1987). Το 2004 μια εκτενής ανασκόπηση και παρακολούθηση δεκάδων ερευνών έδειξε συσχέτιση της ανεπαρκούς στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των προβληματικών συνθηκών εργασίας. Ποιο συγκεκριμένα τα στατιστικά στοιχεία που προέκυψαν υπογράμμισαν την υποστελέχωση σαν αιτία για :

- i. Λανθασμένες χορηγήσεις φαρμάκων
- ii. Αυξημένο ποσοστό πτώσεων των ασθενών στις μονάδες
- iii. Αυξημένο ποσοστό θανάτων
- iv. Αυξημένη διασπορά μεταδοτικών καταστάσεων (ιδιαίτερα σε χρονικές περιόδους που παρατηρούνταν επιδημικές εξάρσεις)
- v. Αυξημένο επιπολασμό νοσοκομειακών λοιμώξεων.

(Stone et al, 2004 : 1984-1989).

## 2.6.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επιπροσθέτως, η ανεπάρκεια της στελέχωσης του προσωπικού οδηγεί άμεσα και σε μια υπερβολική αύξηση των ωρών εργασίας και των απαιτήσεων για τους ήδη εργαζόμενους νοσηλευτές. Όπως σε όλα τα επαγγέλματα και τις διαδικασίες οι οποίες χαρακτηρίζονται από ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, η βασικότερη συνέπεια είναι η έντονη και φορτισμένη εργασία κάτω από μη ιδανικές συνθήκες στον χώρο εργασίας. Πρακτικά για τον κλάδο της υγείας σημαίνει πως ένας μη επαρκής αριθμός επαγγελματιών θα οδηγήσει σε υπερφόρτωση των ήδη εργαζόμενων και την αυξημένη πιθανότητα λαθών πάνω στον τομέα δραστηριοτήτων τους. Ο Μπουραντάς (2000) υπογράμμισε κάποιες βασικές συνέπειες της υπερφόρτωσης στον χώρο της εργασίας. Αυτές είναι η αδυναμία συγκέντρωσης και αντίληψης, η λανθασμένη επεξεργασία πληροφοριών, η επιλεκτική σύλληψη πληροφοριών και η καθυστερημένη επεξεργασία πληροφοριών και δεδομένων. Όλα αυτά αποτελούν σημαντικά στοιχεία και χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να βρίσκονται σε εγρήγορση στους επαγγελματίες υγείας λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών και της ταχύτητας της λήψης των αποφάσεων που πρέπει να ανταποκριθούν. Σύμφωνα με έρευνα των Rogers et al. (2004:202) οι διπλές βάρδιες (οι οποίες είναι μια αρκετά συνηθισμένη πρακτική σε νοσοκομειακές μονάδες με ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό) αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για λάθη και ταυτόχρονα μειώνουν σημαντικά τις ικανότητες αντίδρασης των επαγγελματιών υγείας. Χαρακτηριστικά υπογραμμίστηκε πως μια εργασία συνεχόμενων 12,5 ωρών έχει ως αντίκτυπο ίδιες επιδράσεις με διπλάσια επίπεδα αλκοόλης στο αίμα από ότι το κανονικό. Αυτόματως σημαίνει μικρότερη δυνατότητα και ικανότητα αντίληψης τόσο για συγκεκριμένες δραστηριότητες όσο και για την αποφυγή και αναγνώριση σφαλμάτων και λαθών.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας κάτω από αυτές τις συνθήκες έχουν άμεση επίδραση και στην προσωπική τους ζωή και κυκλικά επανέρχονται στις δραστηριότητες των υπηρεσιών υγείας. Σε διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει παρατηρηθεί μια αρνητική σχέση μεταξύ της εξουθένωσης των νοσηλευτών και της ικανοποίησης από την εργασία τους.

Χαρακτηριστικά το φαινόμενο αναφέρεται και ως «burnout of healthcare staff» και τονίζει τις συνέπειες της επαγγελματικής υπερφόρτωσης τόσο σε προσωπικό και ψυχολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο που αφορά τις διαδικασίες και δραστηριότητες στον κλάδο της υγείας και της φροντίδας (Piko, 2006: 311-318).

## 2.7 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Είναι συχνό φαινόμενο στις έρευνες των επιστημών να παρατηρούνται αστοχίες επί του πραγματικού στόχου και των πραγματικών φαινομένων που το επηρεάζουν και το αναλύουν. Στις επιστήμες υγείας το επίκεντρο της αποτελεσματικότητας είναι ο ασθενής και οι δραστηριότητες που τον επηρεάζουν. Αυτομάτως ο ίδιος ο ασθενής είναι η πηγή όλων των σχετικών πληροφοριών και η ασφάλεια του, η γνώμη και η ικανοποίηση του αποτελεί κύριος ιδεολογικός και πρακτικός στόχος όλων των δραστηριοτήτων. Στην σύγχρονη εποχή, που η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων υγείας έχει αλλάξει δραστικά, είναι φανερό και επιτακτική η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή –η μη σωστή– αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων (ανθρωπίνων και μη). Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ ο Cleary, (1997, 2003) αναφέρει, πως η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι σημαντικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας και του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών και ασφάλειας. Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι, η ικανοποίηση του ασθενή έχει προστεθεί στη λίστα των ποιοτικών δεικτών και γίνεται ολοένα και αναγκαιότερο εργαλείο στα χέρια των ερευνητών (Παπανικολάου, 2007). Σήμερα οι ασθενείς δέχονται αρκετά πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, εξακολουθούν όμως να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας (Meterko et al, 1990:9). Κρίνεται λοιπόν αναγκαία, η συνεχής μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (Joy & Malay, 1992: 73-77) και ο καλύτερος τρόπος είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής, αφού έχει τη δυνατότητα να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο (Donabedian, 1982). Τις περισσότερες φορές, ο ασθενής είναι αυτός που ανακαλύπτει προβληματικές περιοχές στην παροχή



υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας έτσι στην υψηλότερη ποιότητα και ασφάλεια φροντίδας. Σε μια νοσοκομειακή μονάδα μπορεί η διοίκηση να γνωρίζει και να αντιλαμβάνεται κάποια προβλήματα (όπως για παράδειγμα ότι η διαδικασία της εισαγωγής των ασθενών είναι αργή, η διαδικασία των εξετάσεων είναι χρονοβόρα κλπ) αλλά να μην αντιλαμβάνεται το βάθος και την ένταση του προβλήματος ή το πόσο επιβλαβές μπορεί να είναι για τον άρρωστο.

Η μέτρηση, επομένως, της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (ασθενών) αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διαμόρφωση πολιτικών και στρατηγικών υγείας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει:

- i. την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- ii. την συμβουλευτική παρέμβαση για την υγιή ή μη συμπεριφορά
- iii. την αποτελεσματικότητα των αλλαγών σε οργανωτικό και πρακτικό επίπεδο
- iv. τη λήψη αποφάσεων πολιτικής
- v. την σωστή και αποδοτική διοίκηση
- vi. την πώληση αγαθών στους χρήστες
- vii. την ανάπτυξη υγιούς επαγγελματικής ηθικής και κουλτούρας
- viii. την επίδραση και τα συμπτώματα θεραπειών και φαρμάκων

Σε μια εποχή που αναζητείται, ερευνάται και δημοσιοποιείται συνεχώς η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών -με αντικειμενικό στόχο τη συνεχή βελτίωσή και βελτιστοποίηση τους- είναι αναγκαίο να ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών, του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας (Μερκούρης, 2001: 74-84). Ο Ραφτοπουλος (2009: 242) αναφέρει πως ο κύριος σκοπός μιας υπηρεσίας φροντίδας είναι η ικανοποίηση των χρηστών. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί τον δυναμικότερο, τον σημαντικότερο και τον λειτουργικότερο δείκτη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς νιώθουν ασφαλείς, ακολουθούν πιστά την θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή και διατηρούν μια καλύτερη επικοινωνία και σχέση τόσο με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και με την νοσοκομειακή μονάδα γενικότερα. Οι Evanson & Whittington (1997:7-19) τόνισαν την αναγκαιότητα των ερευνών της ικανοποίησης των ασθενών υπό το πρίσμα δυο σημαντικών παραγόντων.

Πρώτα απ όλα –όπως έχει προαναφερθεί- οι ασθενείς αποτελούν «καταναλωτές» μια ευαίσθητης υπηρεσίας και οι έρευνες ικανοποίησης των καταναλωτών είναι ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε προγραμματισμού και εφαρμογής μιας στρατηγικής και πολιτικής. Δεύτερον, καθώς η πλειοψηφία των υπηρεσιών υγείας είναι άμεσα χρηματοδοτούμενες από το κράτος, οι πολίτες έχουν αναφαίρετο δικαίωμα στον να επηρεάζουν και να συμμετέχουν στην εφαρμογή των πολιτικών για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών εκπληρώνουν την ανάγκη των νοσοκομειακών μονάδων να συλλέγουν πληροφορίες οι οποίες βοηθούν στην σύγκριση τόσο με παρελθόν όσο και με τους επιμέρους στόχους που έχουν τεθεί. Η ανατροφοδότηση των πληροφοριών είναι αναγκαία για να μπορεί αυτή η διαδικασία να είναι συνεχώς ανανεώσιμη και αναβαθμισμένη για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Οι μελέτες για την ικανοποίηση αποτελούν την κυριότερη πηγή ανατροφοδότησης και πρέπει να χρησιμοποιούνται για ανασχεδιασμό των προγραμμάτων και την αντίστοιχη αξιολόγηση τους (Jones & Sasser, 1995: 88-99).

#### 2.7.1 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Η έκφραση «ικανοποίηση των ασθενών» αντανακλά την δυνατότητα των παροχών υπηρεσιών υγείας να προσφέρουν ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς. Για να είναι όμως αποτελεσματική η οποιαδήποτε προσπάθεια μελέτης και βελτίωσης των διαδικασιών θα πρέπει να τονιστούν οι διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών με την έννοια του ακριβή προσδιορισμού όλων αυτών των διαδικασιών που χρίζουν μελέτης, προσοχής και εν τέλει συγκεκριμένα ικανοποιούν τους ασθενείς μέσω της βελτιστοποίησης της ασφάλειας και της παρεχόμενης ποιότητας. Μέσα από ανασκόπηση των διάφορων μεθοδολογιών υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση:

- i. ικανοποίηση από την γενική εικόνα της νοσοκομειακής ομάδας
- ii. ικανοποίηση από την πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας
- iii. ικανοποίηση από το κόστος
- iv. ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας
- v. ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (σεβασμό, ευγένεια, θέρμη, ενδιαφέρον και επικοινωνία)

- vi. ικανοποίηση από την απόδοση και την ικανότητα του προσωπικού
- vii. ικανοποίηση από το επίπεδο των πληροφοριών (τόσο για την διάγνωση όσο και για την θεραπεία και την φαρμακευτική αγωγή)
- viii. ικανοποίηση από την γραφειοκρατική διαδικασία
- ix. ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή
- x. ικανοποίηση από την συνέχεια και την διάρκεια της φροντίδας

(Pascoe, 1983: 185-210, Ραφτοπουλος, 2009: 245-246).

Στην Ελλάδα αντίστοιχη έρευνα (Ραφτοπουλος και συν. 2001) ανέδειξε 6 σημαντικούς παράγοντες που αποτελούν της διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον κλάδο της υγείας. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

- i. ο σεβασμός από το ιατρικό προσωπικό
- ii. ο σεβασμός από το νοσηλευτικό προσωπικό
- iii. οι τεχνικές δεξιότητες του γιατρού
- iv. οι παράγοντες δομής του ιατρείου
- v. η εμπιστοσύνη και η συνέπεια του γιατρού
- vi. η επάρκεια στο ρόλο του γιατρού.

#### 2.7.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σε μια μελέτη για την ικανοποίηση των ασθενών εκτός από τις βασικές διαστάσεις που προέρχονται από την νοσοκομειακή μονάδα και τους επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά σημαντικό να υπογραμμιστούν και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών αλλά από την πλευρά του ασθενή, δηλαδή κάποια δικά του χαρακτηριστικά και ιδιότητες που μπορούν να επηρεάσουν την γενικότερη ικανοποίηση του. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- i. Οι προσδοκίες των ασθενών. Είναι αρκετά σημαντικός παράγοντας γιατί είναι λανθασμένη τακτική να εξισώνεται η ικανοποίηση των ασθενών με το υψηλό

επίπεδο ποιότητας (Vuori, 1987: 106-8). Οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζονται από ψυχολογικούς, πολιτισμικούς, κοινωνικούς και βιωματικούς παράγοντες.

- ii. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Οι Strasser et al. (1995: ) υπογράμμισαν πως κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, η εθνικότητα, το επίπεδο υγείας και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντίληψη για την ικανοποίηση των ασθενών. Διαφορετικές έρευνες έχουν βρει διαφορετικά αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο επιρροής κάθε παράγοντα αλλά πάλι κάποιες κοινές συνιστώσες έχουν τονιστεί. Για παράδειγμα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από άλλες πληθυσμιακές μονάδες λόγω της συχνής χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας. Επίσης η κατάσταση της υγείας των ασθενών επηρεάζει την ικανοποίησή τους καθώς όσο χειρότερη είναι τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (Ραφτοπουλος, 2009: 272).

Όλες οι έρευνες και οι μελέτες ανάδειξαν πως η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες αλλά ταυτόχρονα υπογράμμισαν κάποιες βασικές και αναπόσπαστες συνιστώσες που αποτελούν την βάση για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών φροντίδας.

## 2.8 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck, «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή η Υπηρεσιών Υγείας. Οι πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι ο Κρατικός Προϋπολογισμός, Κοινωνική ασφάλιση, και ιδιωτικές πληρωμές. Η πορεία της ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη

με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Γεγονότα όπως η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν, επηρέασαν και καθυστέρησαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας αντίστοιχα. Τα σημαντικά αυτά γεγονότα και προβλήματα άφησαν την Ελλάδα τουλάχιστον είκοσι χρόνια πίσω, σε σύγκριση με άλλες Δυτικές χώρες στους τομείς ανάπτυξης όλων των κλάδων. Αυτό δεν θα μπορούσε να μην επηρεάσει και τον κλάδο της υγείας και των αντίστοιχων υπηρεσιών. Συγκροτήθηκε ένας υγειονομικός τομέας που απορροφά το 8,3% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού. Στην Ελλάδα ριζικές αλλαγές στον τομέα Υγείας, που έχουν εξαγγελθεί ήδη από τη δεκαετία του 80, μέχρι πρόσφατα δεν είχαν υλοποιηθεί, ενώ νόμοι και προτάσεις έχουν ελλιπώς εφαρμοσθεί ή έχουν πέσει στο κενό λόγω του δυσβάστακτου κόστους τους και των συνεχόμενων τροποποιήσεων από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία. Η Ελλάδα είναι η τελευταία χώρα στην Ευρώπη σε δημόσιες και η πρώτη σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι σταθερά αυξανόμενη τα τελευταία 20 έτη τουλάχιστον, ανεξαρτήτως κυβέρνησης ή μέτρων που λαμβάνονται για την δημόσια υγεία. Στην Ελλάδα οι μετρήσεις δείχνουν τη μικρότερη ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, στο σύνολο της Ε.Ε. Η Ελλάδα είναι η 4η χώρα του ΟΟΣΑ που εμφανίζει αυτής της έκτασης την ανισότητα στη χρηματοδότηση. Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών στην Ευρώπη λόγω της αδυναμίας του δημοσίου να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας (Μπουλουτζα, 2008, Παπαγιαννοπουλου, 2008:23).

Στην Ελλάδα ο τομέας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν ιδιαίτερα «ταλαιπωρημένο» κλάδο που διοικητικά και λειτουργικά εναρμονίζεται με την γενικότερη διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών και τις αντίστοιχες κωλυσιεργίες τους. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας και η παρεχόμενη ασφάλεια στους χρήστες γίνονται συχνά αντικείμενο συνεχόμενων αλλαγών και γραφειοκρατικών διαδικασιών που εφαρμόζονται από τις διαφορετικές πολιτικές ηγεσίες.

Οι έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα φανερώσανε απόλυτο παραλληλισμό με τις διεθνείς παρατηρήσεις που αναφέρθηκαν νωρίτερα. Οι Ραφτοπουλος και συν. (2002) σε μια έρευνα που κάλυπτε όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διέκριναν 7 διαστάσεις της ποιότητας στον συγκεκριμένο κλάδο. Αυτές είναι:

- i. Το ενδιαφέρον που δείχνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς.
- ii. Ο σεβασμός που δείχνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς.
- iii. Η φιλικότητα του χώρου
- iv. Οι τεχνικές και επιστημονικές δεξιότητες των ιατρών.
- v. Η ενσυναίσθηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
- vi. Η εμπιστοσύνη στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
- vii. Το επίπεδο οργάνωσης του ιατρείου και της νοσοκομειακής μονάδας.

Επιπλέον, η ποιότητα του φαγητού και το ιατρικό απόρρητο συντελούν στην ποιοτική και στην ασφαλή διεξαγωγή της νοσηλείας.

#### 2.8.1 ΚΡΑΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το 2005 σε ένα πλαίσιο νόμου το υπουργείο Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης υπογράμμισε κάποιους παράγοντες που αποτελούν τη βάση ενός δημόσιου φορέα για την εξασφάλιση ποιότητας στην Υγεία. Οι ευθύνες και οι ενέργειες του Εθνικού φορέα θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν και να συνοψιστούν έτσι ώστε :

- i. Να διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και την αποδοτικότητα των πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας καθώς και να βελτιώνουν, σε διαρκή βάση, την ποιότητα των υπηρεσιών ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού.

- ii. Να εξασφαλίζει την καλή και ασφαλή λειτουργία των Μονάδων Υγείας σύμφωνα με τις προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας και με τους όρους των πιστοποιήσεων.
- iii. Να αναγνωρίζει και να διαχειρίζεται τους κινδύνους για τη δημόσια υγεία, τους εργαζομένους στις Μονάδες Υγείας, τους ασθενείς, και γενικά τον πληθυσμό και να είναι εγγυητής για ασφαλή παροχή υπηρεσιών.
- iv. Να γνωστοποιεί (σύμφωνα με προδιαγεγραμμένες διαστάσεις και δείκτες ποιότητας) στοιχεία για την ενημέρωση των πολιτών, ασφαλιστικών οργανισμών και άλλων καταναλωτών και ενδιαφερομένων μερών σχετικά με το επίπεδο και τα χαρακτηριστικά των παρεχομένων υπηρεσιών του τομέα της υγείας.
- v. Να συντονίζει την συνεργασία μεταξύ των, των Μονάδων Υγείας, των επιστημονικών- επαγγελματικών φορέων και των εκπαιδευτικών οργανισμών.
- vi. Να εξασφαλίζει την συστηματική αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών, των προγραμμάτων, των γνώσεων και δεξιοτήτων-ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού.
- vii. Να παρέχει τις σχετικές πιστοποιήσεις.

(Σχέδιο νόμου 2005 για την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας, Donabedian, 1966)

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει και στις υπηρεσίες υγείας στα περιφερειακά νοσοκομεία της επικρατείας καθώς εμπειρικά αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες ελλείψεις και τις μεγαλύτερες προκλήσεις στην προσπάθεια να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις των περιστατικών που αντιμετωπίζουν. Διοικητικά και λειτουργικά η ηγεσία του υπουργείου υγείας δημιούργησε κάποιους βασικούς πυλώνες για την ποιότητα και την ασφάλεια στο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας:

- i. Θέσπισε τμήματα ελέγχου ποιότητας και βελτίωσης με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης.
- ii. Θέσπισε τμήματα περιφερικών χαρτών υγείας τα οποία θα καταγράφουν και θα αναλύουν επιδημιολογικά, κοινωνιολογικά και περιβαλλοντικά στοιχεία που θα χρησιμεύουν στην χάραξη συγκεκριμένης πολιτικής και στρατηγικής.

- iii. Θέσπιση συμβολαίου αποδοτικότητας ανάμεσα στους διοικητές των Πε.ΣΥ το οποίο θα αφορά την αποδοτική και ορθολογική διαχείριση των πόρων για την συνεχή αναβάθμιση του συστήματος υγείας.

(Παπανικολαου, 2007: 120-123, Κυριοπουλος, 2003)

## 2.9 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ

Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα κάθε παραγωγικής μονάδας σε οποιοδήποτε κλάδο συνδέεται άμεσα με τις επενδύσεις. Οι επενδύσεις σε όλο το φάσμα των λειτουργιών ενός οργανισμού ή ενός συστήματος αποτελούν βαρόμετρο για την μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη ποιοτική λειτουργία των δραστηριοτήτων. Δεν θα μπορούσε να συμβαίνει διαφορετικά στον κλάδο της υγείας. Αντιθέτως λόγω της ευαισθησίας των δραστηριοτήτων του κλάδου οι επενδύσεις είναι ακόμα πιο σημαντικές και επεκτείνονται τόσο σε χρονικά όσο και σε ιδεολογικά όρια (Παπανικολαου, 2007: 120-123, Κυριοπουλος, 2003)

Πρώτα από όλα χρειάζεται επένδυση στον ανθρώπινο παράγοντα. Η σωστή κουλτούρα και η σωστή εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας αποτελεί την βάση στην οποία θα στηριχτεί οποιαδήποτε μακροχρόνια προσπάθεια βελτίωσης του κλάδου. Σωστές επενδύσεις σε αυτόν τον τομέα ξεκινούν από την δευτεροβάθμια και –κυρίως- την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι πανεπιστημιακές σχολές ιατρών και νοσηλευτών πρέπει να έχουν την κατάλληλη υποδομή σε μηχανήματα, εργαστήρια, τεχνολογία και επιστημονικές πηγές ώστε η μόρφωση της ιατρικής επιστήμης να απλώνεται στους μελλοντικούς επαγγελματίες.

Ταυτόχρονα είναι υψίστης σημασίας οι επενδύσεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό τόσο από πλευράς μηχανημάτων και εργαλείων όσο και από πλευράς κτιριακών υποδομών. Ελλείψεις σε σύγχρονα μηχανήματα, ελλείψεις σε κλίνες, ελλείψεις σε εργαλεία και αναλώσιμα που χρειάζονται οι ιατροί και οι νοσηλευτές αυτομάτως ρίχνουν το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών και θέτουν άμεσα και έμμεσα σε ρίσκο τις ζωές των ασθενών (Altman et al, 2004).

Τρίτη συνιστώσα στον τομέα των επενδύσεων είναι η βελτιστοποίηση της διαχείρισης των πόρων και των αντίστοιχων συντελεστών παράγωγης. Οι υλικοί και άυλοι πόροι του κλάδου



της υγείας είναι επιτακτική ανάγκη να διαχειρίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να βελτιστοποιούν την ποιότητα των υπηρεσιών. Οι επενδύσεις πρέπει να γίνουν πάνω σε στρατηγικά προγράμματα και πολιτικές που μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα δεν θα δημιουργούν ελλείψεις στους οργανισμούς υγείας. Καλύτερες μελέτες για αγορά μηχανημάτων και το αντίστοιχο κόστος συντήρησής τους, μηχανογράφηση των διαδικασιών, ελαχιστοποίηση στις γραφειοκρατίες και καλύτερος προγραμματισμός στο ανθρώπινο δυναμικό είναι μερικοί παράγοντες που χρίζουν καλύτερων επενδύσεων (Παπανικολαου, 2007: 120-123, Κυριοπουλος, 2003)

## 2.10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη και η ανασκόπηση των θεωρητικών και πρακτικών ερευνών στον κλάδο της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υπογράμμισαν την αλληλοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών, της ασφάλειας των ασθενών, της ικανοποίησης των ασθενών και των υποδομών των παροχών τόσο σε ανθρώπινο όσο και στο υλικοτεχνικό επίπεδο. Η βελτιστοποίηση της ασφάλειας των ασθενών απαιτεί την ελαχιστοποίηση των λαθών η οποία με την σειρά της θα επιτευχθεί μόνο με την βελτίωση του επιπέδου των υπηρεσιών και την απαραίτητη εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών ώστε να μπορούν να εργάζονται αποδοτικά οι επαγγελματίες υγείας. Οι παράγοντες που υπογραμμίστηκαν θα αποτελέσουν στην συνέχεια της έρευνας την βάση για την χρησιμοποίηση εκείνων των τεχνικών που θα οδηγήσουν στην αντικειμενικότερη και χρησιμότερη έκβαση της μελέτης. Αξίζει να σημειωθεί πως τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια συνεχώς αυξανόμενη τάση για έρευνες αφού η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί βαρόμετρο στην ποιότητα κάθε νοσοκομείου (με ότι αυτό συνεπάγεται κοινωνικά και οικονομικά) καθώς και μεγάλη πηγή εξόδων με την έννοια ότι οι λανθασμένες αποφάσεις και ενέργειες αυξάνουν το ήδη υψηλό κόστος λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς υπάγεται διοικητικά στο Σύστημα 5<sup>ης</sup> ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. Το νοσοκομείο σχεδιάστηκε για να αξιοποιεί 238 οργανικές κλίνες από τις οποίες λειτουργικές είναι μόνο οι 100. Τα τμήματα τα οποία λειτουργούν είναι παθολογικό, καρδιολογικό, πνευμονολογικό, νευρολογικό, χειρουργικό, ορθοπαιδικό, γυναικολογικό, ουρολογικό, οφθαλμολογικό, ωτορινολαρυγγολογικό, παιδιατρικό, αναισθησιολογικό, ακτινοδιαγνωστικό, μικροβιολογικό και αιματολογικό. Την χρονική στιγμή της παρούσης έρευνας το νοσοκομείο απασχολούσε 68 ιατρούς, 124 νοσηλεύτες από τους οποίους 2 είναι ΠΕ, 67 είναι ΤΕ, 46 είναι ΔΕ και 11 ΥΕ, 20 άτομα τεχνικό προσωπικό, 45 άτομα επιστημονικό προσωπικό και 51 άτομα διοικητικό προσωπικό (πηγή πληροφοριακό σύστημα 5<sup>ης</sup> ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς).

#### **3.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ**

. Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα υπογραμμίζουν κατά ποσό είναι ασφαλείς οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο Γενικό Νοσοκομείο της πόλης της Λιβαδειάς. Έχοντας αναλύσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα ερευνητικά εργαλεία θα επικεντρωθούν πάνω σε επιλεγμένα πρότυπα και μεθοδολογίες ώστε να αποτυπώσουν όσο το δυνατόν καλύτερα και αποτελεσματικότερα τον στόχο και σκοπό της έρευνας. Κύριο μέλημα είναι η εκμείωση όσο το δυνατόν περισσότερων και χρήσιμων

πληροφοριών από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας στην συγκεκριμένη μονάδα.

### 3.3 ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως σε όλες τις ερευνητικές διαδικασίες έτσι και στην έρευνα γύρω από τις υπηρεσίες υγείας οι μέθοδοι κατατάσσονται σε ποσοτικές και ποιοτικές. Στην ποσοτική έρευνα κυριαρχεί η μέτρηση μεγεθών, προβλέψεις και πιθανή ανίχνευση σχέσεων. Στην ποιοτική έρευνα κύριο μέλημα αποτελεί η κατανόηση και η ανίχνευση των ιδεολογιών και συμπεριφορών-πιστεύω γύρω από κάποιο ζήτημα ή φαινόμενο και η μελέτη δεν αναζητά αριθμητικά δεδομένα αλλά εντοπίζει νοήματα και συμπεριφορές. Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί πως –ενώ το ιδανικό θα ήταν η χρησιμοποίηση ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών μαζί- σε ορισμένες έρευνες (ανάλογα με την φύση και το ζητούμενο) εστιάζονται περισσότερο σε μια από τις δυο για την διεξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων (Ιωσηφίδης, 2008, Μπούρμπουλα, 2014)

Μελετώντας την ασφάλεια των ασθενών και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, είναι σχετικά διακριτό πως μεγαλύτερα οφέλη θα αποκομισθούν από τον συνδυασμό μιας ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. Μέσω της ποσοτικής έρευνας θα μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών και το επίπεδο της ποιότητας της παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών φροντίδας. Μέσω ποιοτικής έρευνας στον χώρο της υγείας μπορούν να εντοπιστούν καλύτερα οι νοοτροπίες, οι εμπειρίες και η κουλτούρα των άμεσα εμπλεκόμενων για ζητήματα νοσηλείας, συμπεριφορών, φροντίδας και ποιότητα υπηρεσιών. Χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις η έρευνα μπορεί να επιδείξει αποτελεσματικά την κουλτούρα και τα πιστεύω των ανθρώπων στον χώρο της υγείας (Ιωσηφίδης, 2008, Μπελαλή, 2004, Μπούρμπουλα, 2014).

### 3.3.1 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

Η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί στην ποιοτική έρευνα (συνεντεύξεις από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) είναι η «ποιοτική συνέντευξη» και εκφράζεται με την μελέτη και σχεδιασμό ενός ερωτηματολογίου το οποίο θα περιλαμβάνει δομημένες ή ημι-δομημένες ερωτήσεις. Οι συνεντεύξεις οι οποίες γίνονται με βάση κάποιων ειδικά σχεδιασμένων και συγκεκριμένων ερωτήσεων ονομάζονται δομημένες. Ένα στοιχείο που υπάρχει στην συνέντευξη και την διαφοροποιεί από μια απλή συζήτηση, είναι ότι αποτελεί το βασικό εργαλείο της έρευνας, ένας έμμεσος τρόπος συλλογής πληροφοριών αναφορικά με τις αντιλήψεις και τα «πιστεύω» των ανθρώπων που ερωτώνται για ένα συγκεκριμένο θέμα. Επίσης ένα δεύτερο στοιχείο είναι ότι ο διάλογος λαμβάνει χώρα ανάμεσα σε ανθρώπους που κατ' ουσίαν είναι ξένοι μεταξύ τους και ένα τρίτο στοιχείο είναι πως οι συνεντεύξεις κατευθύνονται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από τον ερευνητή, στοιχείο βέβαια που εξαρτάται και από το είδος της συνέντευξης (Rubin και Rubin, 1995: 2). Η επιλογή του ερευνητή να ακολουθήσει συνεντεύξεις κρύβει ένα πολύ θετικό στοιχείο και για εκείνον και για την πλευρά του υποκειμένου: ενθαρρύνει και τις δύο πλευρές, που συμμετέχουν στη διαδικασία να νιώσουν περισσότερο συνδεδεμένες με τη συζήτηση, που διεξάγεται, ανατροφοδοτούμενη από τις απόψεις που εκφράζονται. Σ' αυτό το σημείο, πρέπει να αναφερθεί ότι η συνέντευξη βασίζεται στην παρακάτω θέση: η γνώση επιτυγχάνεται σε μεγάλο βαθμό μέσω καλής ακρόασης, έως και «ευγενούς αφουγκράσματος» των κόσμων των υποκειμένων, τα οποία ο ερευνητής οφείλει να έχει ενθαρρύνει να εκφραστούν.

Σε έρευνες στις οποίες το επίκεντρο είναι ο εντοπισμός των πεποιθήσεων και των συμπεριφορών τα ερωτηματολόγια προσφέρουν πλεονεκτήματα όπως :

- i. Άμεση συλλογή πληροφοριών που σχετίζονται με την έρευνα
- ii. Άμεσος εντοπισμός εταιρικής κουλτούρας και νοοτροπίας
- iii. Γρήγορη συλλογή δεδομένων και σχετικά μικρό κόστος (εξαρτάται και από την ανταπόκριση των ερωτηθέντων)

Χρησιμοποιώντας τον όρο «δομημένη συνέντευξη» εννοούμε την διεξαγωγή ερωτήσεων οι οποίες είναι προαποφασισμένες και τυποποιημένες. Σε «ημιδομημένη συνέντευξη» χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που δεν είναι προαποφασισμένες και μπορεί να υπάρξει αλλαγή στον τρόπο και την σειρά διεξαγωγής τους. Σε «μη δομημένες» συνεντεύξεις οι ερωτήσεις και απαντήσεις αναφέρονται σε γενικούς προσανατολισμούς και θεματολογίες (Ιωσηφίδης, 2008).

### 3.3.2 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα κύρια χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει ένα ερωτηματολόγιο για την απόλυτη αποτελεσματικότητα του σκοπού του είναι τα εξής :

- i. Πληρότητα. Κάθε ερωτηματολόγιο σχεδιάζεται για την επίτευξη συγκεκριμένης έρευνας. Είναι αυτομάτως κατανοητό πως η αποτελεσματικότητα εξασφαλίζεται μόνο αν οι ερωτήσεις καλύπτουν όλα τα θέματα που χρήζουν ερευνητικής μελέτης (και που αποτελούν και τον σκοπό σχεδίασης του)
- ii. Σαφήνεια . Οι πληροφορίες που θα συλλεχτούν πρέπει να έχουν σαφή περιεχόμενο για την διευκόλυνση της έρευνας.
- iii. Συνοχή. Η συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων εξασφαλίζει την ομοιομορφία του ερωτηματολογίου και καθιστά ευκολότερη την σκέψη και την οργάνωση των απαντήσεων από την πλευρά του ερωτούμενου.
- iv. Δομή. Η κατάλληλη δομή του ερωτηματολογίου, δηλαδή η σειρά και ο τρόπος με τον οποίο θα τεθούν οι ερωτήσεις εξασφαλίζει άνεση και κλίμα συνεργασίας από την πλευρά του ερωτούμενου.
- v. Συντομία και περιεκτικότητα . Είναι σχεδόν βέβαιο πως ένα μακροσκελές ερωτηματολόγιο θα κουράσει τον δεκτή και θα ατονήσει τόσο την προσοχή του όσο και την αντικειμενικότητα της έρευνας/απαντήσεων
- vi. Ευκολία στην συμπλήρωση και σχετικές οδηγίες.

Επίσης , καλό θα ήταν να συμπεριλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο τόσο ο φορέας που είναι υπεύθυνος για την έρευνα όσο και ο σκοπός της γιατί αυξάνει τις πιθανότητες να απαντηθούν οι ερωτήσεις με μεγαλύτερη υπευθυνότητα και ειλικρίνεια (Ραφτόπουλος, 2002. Μπουραντάς, 1998, Μπουρμπουλα, 2014).

Η χρησιμοποίηση ερωτηματολογίων για την συλλογή πληροφοριών συνιστά μια μέθοδο να μεν εύκολη και πρακτική αλλά από μόνη της ίσως να εμφανίσει κάποια συγκεκριμένα μειονεκτήματα και περιορισμούς. Με τα ερωτηματολόγια έχουμε πληροφορίες οι οποίες θεωρητικά έχουν απαντηθεί και δεν έχουν διαπιστωθεί εμπειρικά από τον ερευνητή. Στην στρατηγική της συμμετοχικής παρατήρησης (στην οποία ο ερευνητής συμμετέχει στην ομάδα και μπορεί άμεσα να διαπιστώσει τις αντιδράσεις και συμπεριφορές των ατόμων) οι πληροφορίες που μπορεί να συλλεχτούν είναι πιο άμεσες από αυτές που θα εκμαιευτούν από ένα ερωτηματολόγιο. Στο ερωτηματολόγιο θα υπάρξει ενημέρωση και γνώση για το τι λένε οι άνθρωποι θεωρητικά ενώ δεν θα έχουμε άμεση απάντηση για το τι κάνουν πρακτικά για το θέμα της έρευνας. Επίσης δεν μπορεί να μελετηθεί η επικοινωνία των ατόμων η των ομάδων και πόσο αυτές συνεργάζονται και ανταποκρίνονται στην προσπάθεια επίλυσης προβλημάτων και στην βελτίωση των υπηρεσιών (Μπελαλή, 2004, Μπούρμπουλα, 2014)

### 3.4 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΑ

#### 3.4.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Σε αυτό το μέρος της εργασίας θα αποτυπωθεί το ερωτηματολόγιο και τα κύρια χαρακτηριστικά του καθώς και η μεθοδολογία/σχεδιασμός με τον οποίο επιλέχτηκαν οι ερωτήσεις για την δομημένη συνέντευξη. Η υφή των ερωτήσεων έχει επηρεαστεί από το ερευνητικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησαν οι Joann Sorra και Veronica Nieva στην μελέτη των εν λόγω ερευνητών, σε νοσοκομεία των ΗΠΑ που δημοσιεύθηκε το 2004.

Το ερωτηματολόγιο και η πλήρης φόρμα ανατροφοδότησης της έρευνας διατίθεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση ([www.ahrq.vov/qual/hospculture/](http://www.ahrq.vov/qual/hospculture/).) . Η επιρροή της συγκεκριμένης έρευνας θεωρείται αρκετά μεγάλη και επιτυχημένη καθώς χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα σε πολλές σχετικές έρευνες εξαιτίας των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του και των χρήσιμων συμπερασμάτων για την κουλτούρα γύρω από την ασφάλεια των ασθενών.

Η επιλογή των ερωτήσεων έχει επικεντρωθεί ώστε να πληροί τις προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της έρευνας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας και νοσηλείας. Έτσι :

- i. Οι ερωτήσεις έχουν σχεδιαστεί με κριτήριο την απόλυτη σαφήνεια τόσο για τις απαντήσεις όσο και για το ποιος θα απαντήσει (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό).
- ii. Είναι σύντομο (16 ερωτήσεις) και δεν κουράζει τον ερωτηθέντα.
- iii. Είναι περιεκτικό με την έννοια πως καλύπτει ευρύ φάσμα των δραστηριοτήτων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και την κουλτούρα που διέπει την οργανωσιακή συμπεριφορά.
- iv. Καλύπτει τις ποικίλες ειδικότητες και ιεραρχικά επίπεδα του οργανισμού κάνοντας έτσι εφικτή την αναγνώριση της νοοτροπίας και της συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα προσωπικού και διοίκησης.
- v. Σχετίζεται με την κουλτούρα τόσο με την εκπαίδευση όσο και με την διοικητική πρακτική
- vi. Κάνει σαφείς αναφορές στην διαδικασία απόκτησης γνώσεων από λάθη και αμέλειες.
- vii. Είναι δομημένο με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να φαίνεται ευδιάκριτα ο λόγος η οι λόγοι οι οποίοι αποτελούν πηγές προβλημάτων (άρα και εντοπισμός των σημείων για βελτίωση)
- viii. Υπογραμμίζει την συνεργασία (η μη) των διαφόρων τμημάτων σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον και την ταχύτητα λήψης αποφάσεων που απαιτούν συνεργασία και συνεννόηση μεταξύ τους.

- ix. Διέπεται από την προσπάθεια να αναδεχθούν οι βασικές αρχές της βιοηθικής (σεβασμός , αποφυγή βλαβών σε συνανθρώπους, δικαιοσύνη).

Οι συνεντεύξεις θα αντλήσουν πληροφορίες και δεδομένα τα οποία μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 3 γενικότερες διαστάσεις.

Η πρώτη διάσταση που χρήζει έρευνας είναι αν το προσωπικό και η μονάδα γενικότερα έχει τις γνώσεις και τα μέσα για να βελτιστοποιηθεί η ασφάλεια των ασθενών. Οι γνώσεις αποτελούν σημείο αναφοράς για την ιατρική επιστήμη και η κατοχή είναι η βάση στην οποία στηρίζεται. Κάθε ειδικότητα ιατρού και κάθε ειδικότητα προσωπικού πρέπει να διακρίνεται για τις γνώσεις πάνω στο αντικείμενο τους και να αποφεύγουν σε διαδικασίες και ενέργειες που δεν γνωρίζουν (από εκτιμήσεις, διαγνώσεις, φαρμακευτικές συμβουλές, αναλύσεις και υπηρεσίες). Εξίσου σημαντικό ρόλο προβάλλουν και τα μέσα με τα οποία το προσωπικό κάνει την δουλειά του. Κάθε νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να παρέχει και να κατέχει όλα εκείνα τα μέσα για την σαφή και έγκαιρη αντιμετώπιση όλων των περιστατικών. Ανεπάρκειες σε μέσα η προσωπικό καθιστούν άμεσα τον οργανισμό ανίκανο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις ασφάλειας για τους ασθενείς. Πρέπει να τονιστεί πως η ταχύτητα τόσο στην λήψη αποφάσεων όσο και στην εφαρμογή των κατάλληλων διαδικασιών είναι θέμα μείζονος σημασίας και άμεσα εξαρτώμενη από τα μηχανήματα, μέσα και επάρκεια προσωπικού για ένα νοσοκομείο.

Η δεύτερη διάσταση υπογραμμίζει την σημασία της συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών τμημάτων. Η συνεργασία και η διάθεση συνεργασίας όπως και ο αλληλοσεβασμός μεταξύ των εργαζομένων αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ομαλή και ταχύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων. Σε μια μονάδα στην οποία δεν προωθείται το ομαδικό κλίμα και δεν υπάρχει άμεση συνεργασία (πόσο μάλλον αν υπάρχει ανταγωνισμός) η εγκυρότητα και η ταχύτητα των διαδικασιών χωλαίνει και μειώνεται η ασφάλεια των ασθενών. Σε περιπτώσεις αυξημένου φόρτου εργασίας είναι ιδανικό να συνεργάζονται όλα τα τμήματα και η δουλειά να διαιρείται (όσο είναι δυνατό και εφικτό) ώστε να εξασφαλίζεται η ομοιογένεια και το ομαδικό κλίμα που θα οδηγήσει σε καλύτερες συνθήκες για την παροχή των υπηρεσιών.



Η τρίτη διάσταση η οποία ίσως επηρεάζει καθολικά τον οργανισμό είναι η κουλτούρα γύρω από την ασφάλεια των ασθενών. Η κουλτούρα η οποία επηρεάζεται και καθοδηγείται από διοίκηση και προσωπικό θα πρέπει να εστιάζει σε συγκεκριμένες νοοτροπίες οι οποίες θα έχουν σαν ύψιστο σκοπό την ασφάλεια των ασθενών και την συνεχή ενημέρωση γύρω από αυτήν. Η κουλτούρα πρέπει να υποστηρίζεται από δυο συνιστώσες. Η πρώτη είναι η εκπαίδευση και η συνεχής ενημέρωση γύρω από θέματα ασφάλειας (με σεμινάρια, διαλέξεις, συναντήσεις) και η δεύτερη η απόκτηση γνώσεων από λάθη και λανθασμένα περιστατικά. Τα λάθη πρέπει να μελετηθούν και να αποτελούν πηγή γνώσης ώστε να εξασφαλίζεται σε μεγάλο βαθμό η μη επανάληψη τους. Επίσης, πρέπει να τονιστεί πως κομμάτι της κουλτούρας είναι η ελευθερία των μελών της οργάνωσης στο να προτείνουν λύσεις, η ευκολία των αναφορών των λαθών καθώς και ένα σύστημα αξιολόγησης που μπορεί να περιλαμβάνει επιβραβεύσεις και κυρώσεις για διαδικασίες.

Πραγματοποιήθηκαν 4 δομημένες συνεντεύξεις στο διάστημα Μαρτίου-Απριλίου 2015 με 2 μέλη του ιατρικού προσωπικού και 2 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν εντός του νοσοκομείου, είχαν διάρκεια 15 λεπτά η κάθε μια και επιλέχτηκε ο κατάλληλος χρόνος ώστε να μπορούν να απαντηθούν τα ερωτήματα με άνεση και χωρίς πίεση. Στις συνεντεύξεις έλαβαν μέρος 2 ιατροί παθολόγοι , ένας άνδρας και μια γυναίκα 42 και 35 χρονών αντίστοιχα και 2 νοσηλεύτριες (TE) 40 και 45 χρονών αντίστοιχα. Οι ιατροί θα αναφέρονται σαν I1 και I2 ενώ αντίστοιχα οι νοσηλεύτριες N1 και N2 στα πλαίσια της ανωνυμίας. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές είχαν ενημερωθεί προφορικά αρκετά νωρίτερα για τον τρόπο και τον σκοπό της συνέντευξης. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές που επιλεχτήκαν για την συνέντευξη είναι διορισμένοι αορίστου χρόνου. Το νοσοκομείο δεν απασχολεί φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής καθώς δεν αποτελεί τμήμα πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Επίσης, έγινε απόλυτα κατανοητό στους γιατρούς και νοσηλευτές πως θα διατηρηθεί η ανωνυμία τους και οι πληροφορίες των συνεντεύξεων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς σκοπούς από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

### 3.4.2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ-ΔΕΙΓΜΑ

Για την σύλληψη δεδομένων από τους ασθενείς σχεδιάστηκε ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο με 45 ερωτήσεις που καλύπτουν όλους τους παράγοντες που βάση βιβλιογραφίας και ερευνών επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και τονίζουν το επίπεδο ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών.

Η βάση στην οποία στηρίχτηκε το ερωτηματολόγιο είναι το ερωτηματολόγιο «COMPREHENSIVE ASSESMENT OF SATISFACTION WITH CARE» των A. Bredart, D.Razani & N.Deelvaux. Οι ερωτήσεις που δόθηκαν στους ασθενείς έχουν προσαρμοστεί στους ευαίσθητους παράγοντες της Ελληνικής πραγματικότητας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από :

- i. 14 ερωτήσεις που συσχετίζουν την ικανοποίηση των ασθενών, την ποιότητα των υπηρεσιών και το επίπεδο και συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού.
- ii. 14 ερωτήσεις που συσχετίζουν την ικανοποίηση των ασθενών, την ποιότητα των υπηρεσιών και το επίπεδο και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού
- iii. 11 ερωτήσεις που συσχετίζουν την ικανοποίηση των ασθενών, την ποιότητα των υπηρεσιών και το επίπεδο της υλικοτεχνικής υποδομής του νοσοκομείου.
- iv. 6 ερωτήσεις που συσχετίζουν την γενικότερη ικανοποίηση των ασθενών και την προδιάθεση τους να ξαναεμπιστευτούν την νοσοκομειακή μονάδα τόσο αυτοί όσο και δικά τους πρόσωπα.
- v. 5 ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μόρφωση, εισόδημα).

Σε όλες τις ερωτήσεις (εκτός των δημογραφικών) ο ασθενής πρέπει να επιλέξει ανάμεσα σε 5 απαντήσεις τύπου Linkert οι οποίες είναι 1 διαφωνώ απόλυτα, 2 διαφωνώ, 3 είμαι ουδέτερος, 4 συμφωνώ, 5 συμφωνώ απόλυτα. Επιλέχτηκε αυτή η κλίμακα με 5 απαντήσεις διότι κρίθηκε πως θα ανταποκρινόντουσαν ευκολότερα και πιο αντικειμενικά οι ασθενείς για την συγκεκριμένη έρευνα. Από τις 5 απαντήσεις, 2 δηλώνουν διαφωνία, 2 δηλώνουν συμφωνία και 1 δηλώνει ουδετερότητα. Οι

ερωτήσεις έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε οι απαντήσεις να δηλώνουν ομοιόμορφα την αύξηση της ικανοποίησης όσο μεγαλώνει ο αριθμός (1 καθόλου ικανοποιημένος, 5 απόλυτα ικανοποιημένος).

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε ώστε:

- i. Να διακρίνεται από ομοιομορφία και συνοχή, ώστε να μην δημιουργεί σύγχυση στους ερωτηθέντες με διαφορετικού τύπου ερωτήσεις/απαντήσεις και πολύπλοκα διαγράμματα.
- ii. Να αποσπά όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και δεδομένα από τις διαστάσεις οι οποίες αναφέρονται στην βιβλιογραφία.
- iii. Να είναι σύντομο και ευνόητο ώστε να μην χρειάζεται η περαιτέρω επεξήγηση κάποιων ερωτήσεων.

Πάνω στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν όλες οι σχετικές πληροφορίες για τον φορέα και τον σκοπό της έρευνας αυτής. Επίσης τονίστηκε στους ασθενείς πως είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα μελετηθούν για ακαδημαϊκούς σκοπούς και δεν θα διαβαστούν από μέλη του προσωπικού της μονάδας. Ο μέγιστος χρόνος που απαιτούνταν ήταν 20 λεπτά και οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να το συμπληρώσουν είτε άμεσα μόνοι τους, ή με τη βοήθεια της ερευνήτριας όταν βρισκόταν σε διαδικασία εξιτηρίου ή όταν τους είχε ήδη εκδοθεί. Η διαδικασία αυτή έγινε για να αποφευχθεί ένα σημαντικό μειονέκτημα που αντιμετωπίζουν όλες οι έρευνες που πραγματοποιούνται σε ασθενείς που ήδη νοσηλεύονται μέσα στις μονάδες. Οι ερωτώμενοι/ ασθενείς βρίσκονται σε «δύσκολη» θέση και είναι άμεσα εξαρτημένοι από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό έχει σαν συνέπεια να μην απαντούν με μεγάλο βαθμό ελευθερίας και αντικειμενικότητας και να απαντούν υπό καθεστώς πίεσης και φόβου. Ταυτόχρονα, ο φόβος για την πορεία και εξέλιξη της ασθένειάς τους, τους οδηγεί στο να εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, γεγονός που ενδέχεται να δημιουργήσει στρεβλώσεις στην αντικειμενικότητα των απαντήσεων. Επίσης, δόθηκε προσοχή ώστε οι ερωτηθέντες να μην βρίσκονται υπό την επήρεια φαρμάκων ή θεραπειών οι οποίες θα επηρέαζαν την διανοητική ικανότητα ως προς την αντικειμενικότερη απάντηση των ερωτήσεων. Τέλος οι ασθενείς έπρεπε να είναι άνω των 15 ετών και θα έπρεπε να έχουν πλήρη γνώση και κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας. Η

δειγματοληψία ήταν μη πιθανότητας και όλοι οι ερωτηθέντες έπρεπε να είχαν νοσηλευτεί για πάνω από 1 ημέρα.

Μοιράστηκαν 95 ερωτηματολόγια και επιστραφήκαν πλήρως απαντημένα 80 (άρα και προσμετρούμενα για την έρευνα). Ποσοστό ανταπόκρισης 84.2 %. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από την ερευνήτρια και οι ασθενείς απάντησαν σε ξεχωριστό δωμάτιο. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και απαντήθηκαν την περίοδο μεταξύ Μαρτίου και Απριλίου 2015. Το λογισμικό που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των δεδομένων είναι το SPSS V.22

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

#### **4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Μοιραστήκαν 95 ερωτηματολόγια σε ασθενείς, επιστράφηκαν πίσω 80 πλήρως απαντημένα (ποσοστό ανταπόκρισης 84,2%). Από τα 80 απαντημένα δεν υπήρχαν μη απαντημένες ερωτήσεις (0 missing values).

Από τα 80 ερωτηματολόγια, 39 απαντήθηκαν από άνδρες (48,8%) και 41 από γυναίκες (51,3%).

### 1. Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	39	48,8	48,8	48,8
Γυναίκα	41	51,3	51,3	100,0
Σύνολο	80	100,0	100,0	

Ως προς την ηλικία από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι 5 άτομα έχουν ηλικία έως 35 ετών, 22 άτομα έχουν ηλικία από 36 έως 50 ετών και 53 άτομα είναι άνω των 51 ετών.

### 2. Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή Ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έως 35 ετών	5	6,3	6,3	6,3
Από 36 έως 50 ετών	22	27,5	27,5	33,8
Άνω των 51 ετών	53	66,3	66,3	100,0
Σύνολο	80	100,0	100,0	

Για το μορφωτικό επίπεδο το 11,3% των ερωτηθέντων, δηλαδή 9 άτομα, έχουν τελειώσει το Δημοτικό, το 3,8% Ανώτερη Εκπαίδευση, το 20% Πανεπιστήμιο και το 65% των ατόμων έχει τελειώσει Γυμνάσιο/Λύκειο.

### 3. Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή Μορφωτικό επίπεδο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημοτικό	9	11,3	11,3	11,3
Γυμνάσιο / Λύκειο	52	65,0	65,0	76,3

Πανεπιστήμιο	16	20,0	20,0	96,3
Ανώτερη Εκπαίδευση	3	3,8	3,8	100,0
Σύνολο	80	100,0	100,0	

Από τον πίνακα συχνοτήτων για το Επάγγελμα προκύπτει ότι 6 άτομα είναι Μισθωτοί, 24 άτομα είναι Ελ. Επαγγελματίες, 2 άτομα είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι, 8 άτομα είναι Αγρότες και 40 άτομα, δηλαδή οι μισοί των ερωτώμενων, είναι Συνταξιούχοι.

#### 4. Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή Επάγγελμα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Μισθωτός	6	7,5	7,5	7,5
Ελ. Επαγγελματίας	24	30,0	30,0	37,5
Δημόσιος Υπάλληλος	2	2,5	2,5	40,0
Valid Αγρότης	8	10,0	10,0	50,0
Συνταξιούχος	40	50,0	50,0	100,0
Σύνολο	80	100,0	100,0	

Σύμφωνα με το Μηνιαίο καθαρό εισόδημα το 67,5% των ατόμων έχουν από 501 έως 1000€ και το 32,5% από 1001 έως 1500€. Δεν υπήρξαν άτομα που να ανήκουν στις υπόλοιπες κατηγορίες εισοδημάτων.

#### 5. Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή Μηνιαίο καθαρό εισόδημα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Από 501 έως 1000€	54	67,5	67,5	67,5
Valid Από 1001 έως 1500€	26	32,5	32,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Επισημαίνεται ότι το ποσοστό στη στήλη Percent (Στήλη Σχετικών Συχνοτήτων) υπολογίζεται στο σύνολο των ερωτηθέντων συμπεριλαμβανομένου και των πιθανών ελλιπών τιμών. Από την άλλη μεριά το ποσοστό στη στήλη Valid Percent υπολογίζεται στο σύνολο αυτών που έχουν απαντήσει. Εδώ προφανώς προκύπτει ισότητα καθώς δεν έχουμε ελλιπείς παρατηρήσεις.

Η στήλη Cumulative Percent (Στήλη Αθροιστικών Σχετικών Συχνοτήτων) αφορά στην αθροιστική σχετική συχνότητα των τιμών της μεταβλητής στο δείγμα μας και δεν έχει νόημα για όλες τις μεταβλητές. Η αθροιστική σχετική συχνότητα προφανώς δεν έχει εφαρμογή σε μεταβλητές που έχουν μόνο δύο κατηγορίες, αλλά και γενικώς σε όσες μεταβλητές δεν έχει νόημα η άθροιση των σχετικών συχνοτήτων.

Οι παραπάνω πίνακες αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών. Στους παρακάτω πίνακες θα αποτυπωθούν τα ποσοτικά στοιχεία στις βασικές ερωτήσεις στους ασθενείς σύμφωνα με τις απαντήσεις τους για το ιατρικό προσωπικό, για το νοσηλευτικό προσωπικό και για τις γενικότερες υποδομές της μονάδας.

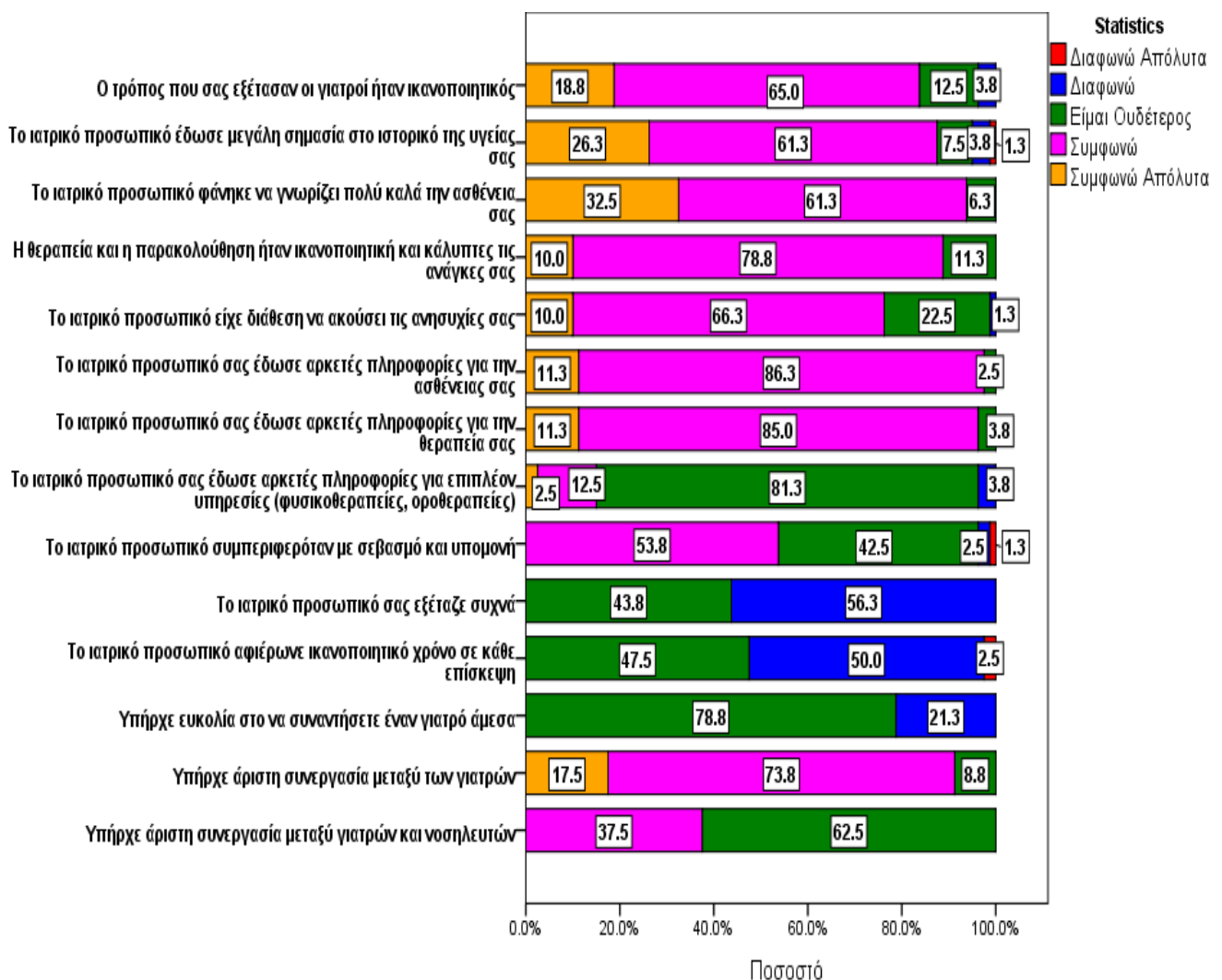
## 6. Πίνακας απαντήσεων για το ιατρικό προσωπικό (ερωτήσεις 1 έως 14)

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Σύνολο
Ο τρόπος που σας εξέτασαν οι γιατροί ήταν ικανοποιητικός	0 0,0%	3 3,8%	10 12,5%	52 65,0%	15 18,8%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό έδωσε μεγάλη σημασία στο ιστορικό της υγείας σας	1 1,2%	3 3,8%	6 7,5%	49 61,2%	21 26,2%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό φάνηκε να γνωρίζει πολύ καλά την ασθένεια σας	0 0,0%	0 0,0%	5 6,2%	49 61,2%	26 32,5%	80 100,0%
Η θεραπεία και η παρακολούθηση ήταν ικανοποιητική και κάλυπτε τις ανάγκες σας	0 0,0%	0 0,0%	9 11,2%	63 78,8%	8 10,0%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό είχε διάθεση να ακούσει τις ανησυχίες σας	0 0,0%	1 1,2%	18 22,5%	53 66,2%	8 10,0%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για την ασθένειά σας	0 0,0%	0 0,0%	2 2,5%	69 86,2%	9 11,2%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για την θεραπεία σας	0 0,0%	0 0,0%	3 3,8%	68 85,0%	9 11,2%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για επιπλέον υπηρεσίες (φυσικοθεραπείες, οροθεραπείες)	0 0,0%	3 3,8%	65 81,2%	10 12,5%	2 2,5%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό συμπεριφερόταν με σεβασμό και υπομονή	1 1,2%	2 2,5%	34 42,5%	43 53,8%	0 0,0%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό σας εξέταζε συχνά	0 0,0%	45 56,2%	35 43,8%	0 0,0%	0 0,0%	80 100,0%
Το ιατρικό προσωπικό αφιέρωνε ικανοποιητικό χρόνο σε κάθε επίσκεψη	2 2,5%	40 50,0%	38 47,5%	0 0,0%	0 0,0%	80 100,0%
Υπήρχε ευκολία στο να συναντήσετε έναν γιατρό άμεσα	0 0,0%	17 21,2%	63 78,8%	0 0,0%	0 0,0%	80 100,0%



Υπήρχε άριστη συνεργασία μεταξύ των γιατρών	0	0	7	59	14	80
	0,0%	0,0%	8,8%	73,8%	17,5%	100,0%
Υπήρχε άριστη συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών	0	0	50	30	0	80
	0,0%	0,0%	62,5%	37,5%	0,0%	100,0%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 απαντήσεις για το ιατρικό προσωπικό (ερωτήσεις 1 έως 14)**



Το διάγραμμα 1 αποτυπώνει τις απαντήσεις από τον πίνακα 6. Στις ερωτήσεις 1 έως και 7 οι πολλοί ασθενείς απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι (απάντηση «συμφωνώ») με την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού σε ότι αφορά τον τρόπο

εξέτασης (65%), την σημασία που έδωσαν οι γιατροί στο ιστορικό (61.3%), στην γνώση για την ασθένεια τους (61.3%), στην παρακολούθηση και στην θεραπεία (78.8%), στην διάθεση να τους ακούσει (66.3%) και στις πληροφορίες για την ασθένεια και την θεραπεία τους (πάνω από 85% και στα 2). Στις ερωτήσεις για τον σεβασμό και την υπομονή των ιατρών οι ασθενείς απάντησαν κατά 53.8% «συμφωνώ» (δήλωση ικανοποίησης) ενώ το 42.5% εξέφρασε ουδετερότητα.

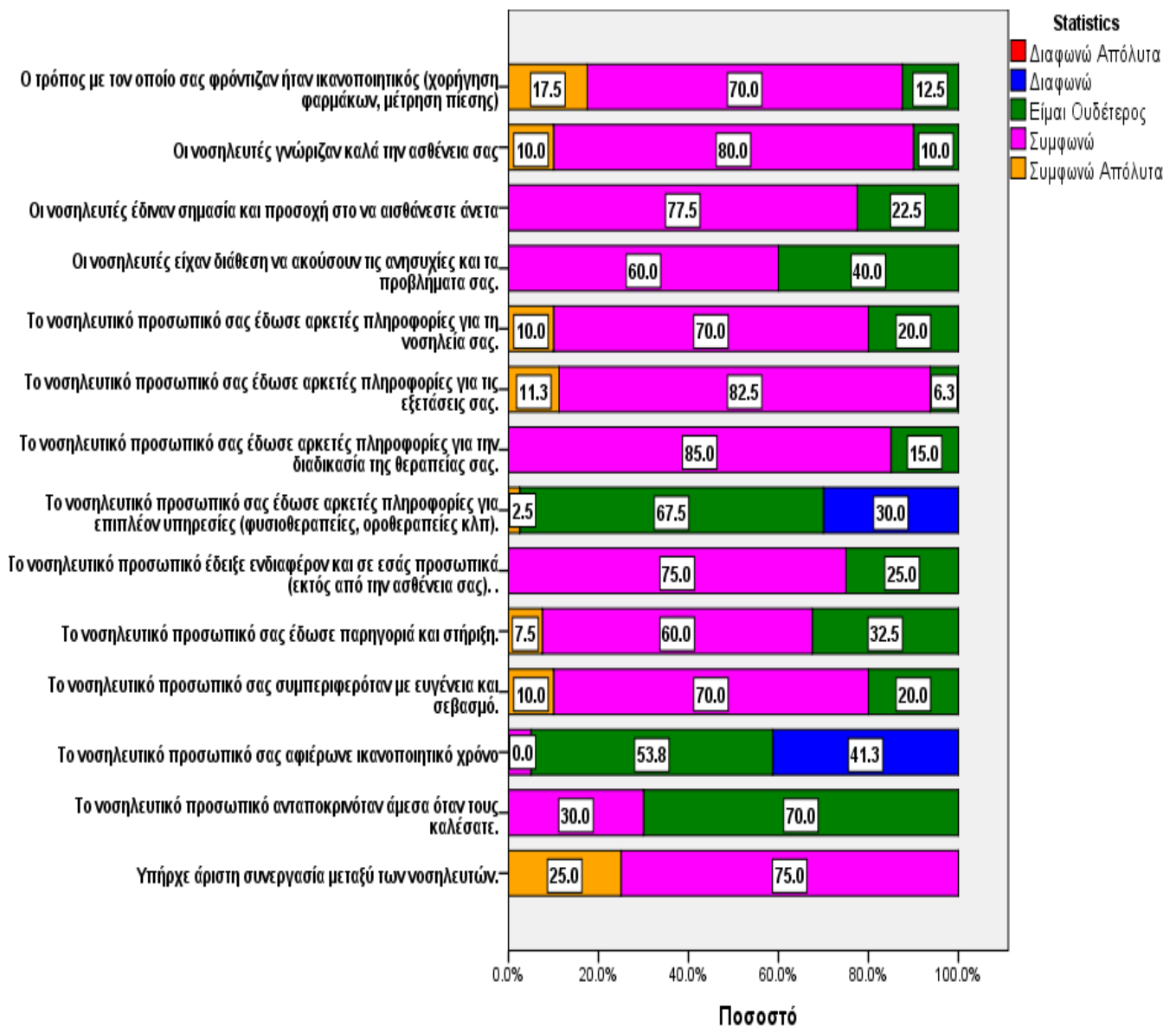
Στις ερωτήσεις για τον χρόνο και την συχνότητα εξέτασης οι ασθενείς απάντησαν κατά 50% και 56.3% πως ο χρόνος και η συχνότητα εξέτασης δεν ήταν ικανοποιητική. Ουδετερότητα εξέφρασαν 47.5% και 43.8% αντίστοιχα. Μεγάλο ποσοστό ουδετερότητας απέσπασε η απάντηση στην ευκολία άμεσης εύρεσης ενός γιατρού (78.8%) ενώ 21.3% δήλωσε μη ικανοποίηση από την ευκολία άμεσης εύρεσης ιατρικού προσωπικού. Η συνεργασία μεταξύ των γιατρών ήταν πολύ ικανοποιητική για το 17.5% και ικανοποιητική για το 73.8% των ασθενών. Το 62.5% των ασθενών απάντησε με ουδετερότητα στην συνεργασία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Μεγάλη ουδετερότητα (81.3%) εξέφρασαν οι ασθενείς για τις επιπλέον πληροφορίες που τους δόθηκαν για φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες και άλλες πρόσθετες υπηρεσίες.

## 7. Πίνακας απαντήσεων για το νοσηλευτικό προσωπικό (ερωτήσεις 15 έως 28)

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Total
Ο τρόπος με τον οποίο σας φρόντιζαν ήταν ικανοποιητικός (χορήγηση φαρμάκων, μέτρηση πίεσης)	0 0,0%	0 0,0%	10 12,5%	56 70,0%	14 17,5%	80 100,0%
Οι νοσηλευτές γνώριζαν καλά την ασθένεια σας	0 0,0%	0 0,0%	8 10,0%	64 80,0%	8 10,0%	80 100,0%
Οι νοσηλευτές έδιναν σημασία και προσοχή στο να αισθάνεστε άνετα	0 0,0%	0 0,0%	18 22,5%	62 77,5%	0 0,0%	80 100,0%
Οι νοσηλευτές είχαν διάθεση να ακούσουν τις ανησυχίες και τα προβλήματα σας.	0 0,0%	0 0,0%	32 40,0%	48 60,0%	0 0,0%	80 100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για τη νοσηλεία σας.	0 0,0%	0 0,0%	16 20,0%	56 70,0%	8 10,0%	80 100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για τις εξετάσεις σας.	0 0,0%	0 0,0%	5 6,2%	66 82,5%	9 11,2%	80 100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για την διαδικασία της θεραπείας σας.	0 0,0%	0 0,0%	12 15,0%	68 85,0%	0 0,0%	80 100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για επιπλέον υπηρεσίες (φυσιοθεραπείες, οροθεραπείες κλπ).	0 0,0%	24 30,0%	54 67,5%	0 0,0%	2 2,5%	80 100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε ενδιαφέρον και σε εσάς προσωπικά (εκτός από την ασθένεια σας). .	0 0,0%	0 0,0%	20 25,0%	60 75,0%	0 0,0%	80 100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε παρηγοριά και στήριξη.	0 0,0%	0 0,0%	26 32,5%	48 60,0%	6 7,5%	80 100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό σας συμπεριφερόταν με ευγένεια και σεβασμό.	0 0,0%	0 0,0%	16 20,0%	56 70,0%	8 10,0%	80 100,0%

Το νοσηλευτικό προσωπικό σας αφιέρωνε ικανοποιητικό χρόνο	0	33	43	4	0	80
	0,0%	41,2%	53,8%	5,0%	0,0%	100,0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρινόταν άμεσα όταν τους καλέσατε.	0	0	56	24	0	80
	0,0%	0,0%	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%
Υπήρχε άριστη συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών.	0	0	0	60	20	80
	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 απαντήσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό (ερωτήσεις 15 έως 28)**



Το διάγραμμα 2 αποτυπώνει τις απαντήσεις από τον πίνακα 7. Στις ερωτήσεις 1 έως και 7 οι πολλοί ασθενείς απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι (απάντηση «συμφωνώ») με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού σε ότι αφορά τον τρόπο φροντίδας (70%), την σημασία που τους έδωσαν οι νοσηλευτές στο να αισθάνονται άνετα (77,5%), στην γνώση για την ασθένεια τους (80%), στην παρακολούθηση και στην θεραπεία (85%), στην διάθεση να τους ακούσει (75%) και στις πληροφορίες για την ασθένεια και την θεραπεία τους (πάνω από 80% και στα 2). Στις ερωτήσεις για τον σεβασμό και την υπομονή των νοσηλευτών οι ασθενείς απάντησαν κατά 70% «συμφωνώ» (δήλωση ικανοποίησης) ενώ το 20% εξέφρασε ουδετερότητα.

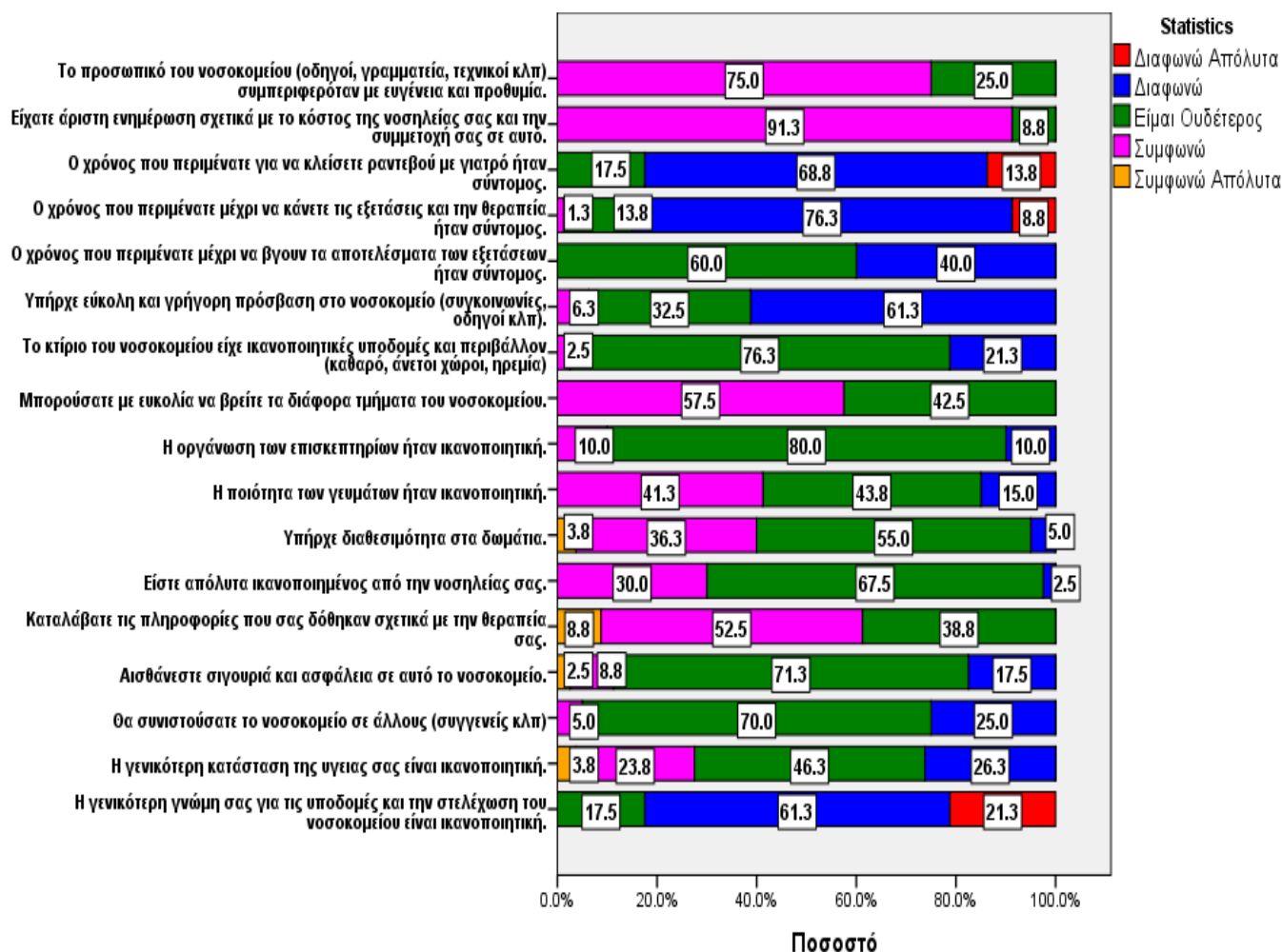
Στις ερωτήσεις για τον χρόνο που αφιέρωναν οι νοσηλευτές οι ασθενείς απάντησαν κατά 41% πως ο χρόνος δεν ήταν ικανοποιητικός. Ουδετερότητα εξέφρασαν 53.5%. Μεγάλο ποσοστό ουδετερότητας απέσπασε η απάντηση στην ευκολία άμεσης εύρεσης ενός νοσηλευτή (70%) ενώ 30% δήλωσε ικανοποίηση από την ευκολία άμεσης εύρεσης νοσηλευτικού προσωπικού. Η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών ήταν πολύ ικανοποιητική για το 25% και ικανοποιητική για το 75% των ασθενών. Μεγάλη ουδετερότητα (67.5%) εξέφρασαν οι ασθενείς για τις επιπλέον πληροφορίες που τους δόθηκαν για φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες και άλλες πρόσθετες υπηρεσίες.

## 8. Πίνακας απαντήσεων για προσωπικό & τις υποδομές/υπηρεσίες (ερωτήσεις 29 έως 45)

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Total
Το προσωπικό του νοσοκομείου (οδηγοί, γραμματεία, τεχνικοί κλπ) συμπεριφερόταν με ευγένεια και προθυμία.	0 0,0%	0 0,0%	20 25,0%	60 75,0%	0 0,0%	80 100,0%
Είχατε άριστη ενημέρωση σχετικά με το κόστος της νοσηλείας σας και την συμμετοχή σας σε αυτό.	0 0,0%	0 0,0%	7 8,8%	73 91,2%	0 0,0%	80 100,0%
Ο χρόνος που περιμένατε για να κλείσετε ραντεβού με γιατρό ήταν σύντομος.	11 13,8%	55 68,8%	14 17,5%	0 0,0%	0 0,0%	80 100,0%
Ο χρόνος που περιμένατε μέχρι να κάνετε τις εξετάσεις και την θεραπεία ήταν σύντομος.	7 8,8%	61 76,2%	11 13,8%	1 1,2%	0 0,0%	80 100,0%
Ο χρόνος που περιμένατε μέχρι να βγουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν σύντομος.	0 0,0%	32 40,0%	48 60,0%	0 0,0%	0 0,0%	80 100,0%
Υπήρχε εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στο νοσοκομείο (συγκοινωνίες, οδηγοί κλπ).	0 0,0%	49 61,2%	26 32,5%	5 6,2%	0 0,0%	80 100,0%
Το κτίριο του νοσοκομείου είχε ικανοποιητικές υποδομές και περιβάλλον (καθαρό, άνετοι χώροι, ηρεμία)	0 0,0%	17 21,2%	61 76,2%	2 2,5%	0 0,0%	80 100,0%
Μπορούσατε με ευκολία να βρείτε τα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου.	0 0,0%	0 0,0%	34 42,5%	46 57,5%	0 0,0%	80 100,0%
Η οργάνωση των επισκεπτηρίων ήταν ικανοποιητική.	0 0,0%	8 10,0%	64 80,0%	8 10,0%	0 0,0%	80 100,0%
Η ποιότητα των γευμάτων ήταν ικανοποιητική.	0 0,0%	12 15,0%	35 43,8%	33 41,2%	0 0,0%	80 100,0%
Υπήρχε διαθεσιμότητα στα δωμάτια.	0 0,0%	4 5,0%	44 55,0%	29 36,2%	3 3,8%	80 100,0%

Είστε απόλυτα ικανοποιημένοι από την νοσηλείας σας.	0	2	54	24	0	80
	0,0%	2,5%	67,5%	30,0%	0,0%	100,0%
Καταλάβατε τις πληροφορίες που σας δόθηκαν σχετικά με την θεραπεία σας.	0	0	31	42	7	80
	0,0%	0,0%	38,8%	52,5%	8,8%	100,0%
Αισθάνεστε σιγουριά και ασφάλεια σε αυτό το νοσοκομείο.	0	14	57	7	2	80
	0,0%	17,5%	71,2%	8,8%	2,5%	100,0%
Θα συνιστούσατε το νοσοκομείο σε άλλους (συγγενείς κλπ)	0	20	56	4	0	80
	0,0%	25,0%	70,0%	5,0%	0,0%	100,0%
Η γενικότερη κατάσταση της υγείας σας είναι ικανοποιητική.	0	21	37	19	3	80
	0,0%	26,2%	46,2%	23,8%	3,8%	100,0%
Η γενικότερη γνώμη σας για τις υποδομές και την στελέχωση του νοσοκομείου είναι ικανοποιητική.	17	49	14	0	0	80
	21,2%	61,2%	17,5%	0,0%	0,0%	100,0%

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 απαντήσεις για προσωπικό & τις υποδομές/υπηρεσίες**  
(ερωτήσεις 29 έως 45)



Στον πίνακα 8 και στο διάγραμμα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών σε σχέση με την γενικότερη υποδομή και την ασφάλεια της νοσοκομειακής μονάδας. Σύμφωνα με την γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου και την ενημέρωση για το κόστος της νοσηλείας οι ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι στο 85% και στο 91.3% αντίστοιχα. Δεν υπάρχει όμως ικανοποίηση στον χρόνο αναμονής τόσο για τα ραντεβού όσο και τις εξετάσεις καθώς 68.8% των ασθενών δηλώνει μη ικανοποιημένος από τον χρόνο αναμονής για ραντεβού ενώ το 76.3% διαφωνεί στο ότι ο χρόνος αναμονής για της εξετάσεις και θεραπείες ήταν ικανοποιητικός. Η ποιότητα των γευμάτων κρίθηκε ικανοποιητική από το 41.3% των ασθενών και ουδετερότητα εξέφρασαν το 43.8%. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο ως προς την ικανοποίηση για τη νοσηλεία το 71.3% εξέφρασε ουδετερότητα στο αν αισθάνεται ασφαλής μέσα στην μονάδα ενώ το 17.5% δεν αισθάνθηκε ασφάλεια και σιγουριά κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. 25% των ασθενών δεν θα πρότεινε την μονάδα σε συγγενικά του πρόσωπα. Επιπροσθέτως το 61.3% δεν συμφωνεί πως υπάρχει επαρκής υποδομή και στελέχωση του νοσοκομείου ενώ το 21.3% διαφωνεί πολύ στην ίδια ερώτηση.

Θα εξεταστούν κάποια στοιχεία όσο αφορά το φύλο και την ικανοποίηση από τη νοσηλεία. Στο σύνολο των 39 αντρών 0 απάντησαν διαφωνώ (0%), οι 28 είμαι ουδέτερος (71,8%) και οι 11 συμφωνώ (28,2%). Στο σύνολο των 41 γυναικών 2 απάντησαν διαφωνώ (4,9%), οι 26 είμαι ουδέτερος (63,4%) και οι 13 συμφωνώ (31,7%). Το 4,9% των γυναικών απάντησε διαφωνώ σε σχέση με τους άνδρες που δεν απάντησε κανένας διαφωνώ. Μας ενδιαφέρει να δούμε αν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ικανοποίηση από την νοσηλεία. Οι προς έλεγχο υποθέσεις θα είναι οι εξής :

$H_0$  : Ανεξαρτησία φύλου-ικανοποίηση νοσηλείας, έναντι της εναλλακτικής

$H_1$  : Υπάρχει εξάρτηση-σχέση μεταξύ φύλου-ικανοποίηση νοσηλείας.



Το επίπεδο σημαντικότητας  $p$  είναι 0,334, δηλαδή  $p > 0,05$  και επομένως δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ , δηλαδή το φύλο και η ικανοποίηση από την νοσηλεία είναι ανεξάρτητα.

**Φύλο \* Είστε απόλυτα ικανοποιημένος από την νοσηλείας σας. Crosstabulation**

		Είστε απόλυτα ικανοποιημένος από την νοσηλείας σας.			Total	
		Διαφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Συμφωνώ		
Φύλο	Άνδρας	Count	0	28	11	39
		% within Φύλο	0,0%	71,8%	28,2%	100,0%
	Γυναίκα	Count	2	26	13	41
		% within Φύλο	4,9%	63,4%	31,7%	100,0%
Total	Count	2	54	24	80	
	% within Φύλο	2,5%	67,5%	30,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,192 <sup>a</sup>	2	,334
Likelihood Ratio	2,964	2	,227
Linear-by-Linear Association	,015	1	,903
N of Valid Cases	80		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

Θα εξεταστεί και αν υπάρχει σχέση μεταξύ φύλου και αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας για τη νοσηλεία. Στο σύνολο των 39 αντρών οι 5 απάντησαν διαφωνώ (12,8%), οι 28 είμαι ουδέτερος (71,8%), οι 4 συμφωνώ (10,3%) και οι 2 συμφωνώ απόλυτα (5,1%). Στο σύνολο των 41 γυναικών οι 9 απάντησαν διαφωνώ (22%), οι 29 είμαι ουδέτερος (70,7%), οι 3 συμφωνώ (7,3%) και καμία συμφωνώ απόλυτα (0%). Μας ενδιαφέρει να δούμε αν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας στο νοσοκομείο.

Οι προς έλεγχο υποθέσεις θα είναι οι εξής :

$H_0$  : Ανεξαρτησία φύλου-αίσθηση ασφάλειας, έναντι της εναλλακτικής

$H_1$  : Υπάρχει εξάρτηση-σχέση μεταξύ φύλου-αίσθηση ασφάλειας.

Το επίπεδο σημαντικότητας  $p$  είναι 0,354, δηλαδή  $p > 0,05$  και επομένως δεν απορρίπτουμε την  $H_0$ , δηλαδή το φύλο και η αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας είναι ανεξάρτητα.

**Φύλο \* Αισθάνεστε σιγουριά και ασφάλεια σε αυτό το νοσοκομείο. Crosstabulation**

		Αισθάνεστε σιγουριά και ασφάλεια σε αυτό το νοσοκομείο.				Total	
		Διαφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα		
Φύλο	Άνδρας	Count	5	28	4	2	39
		% within Φύλο	12,8%	71,8%	10,3%	5,1%	100,0%
	Γυναίκα	Count	9	29	3	0	41
		% within Φύλο	22,0%	70,7%	7,3%	0,0%	100,0%
Total		Count	14	57	7	2	80
		% within Φύλο	17,5%	71,2%	8,8%	2,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,255 <sup>a</sup>	3	,354
Likelihood Ratio	4,042	3	,257
Linear-by-Linear Association	2,725	1	,099
N of Valid Cases	80		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

#### 4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ/ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μέσα στον χώρο του νοσοκομείου. Στις συνεντεύξεις έλαβαν μέρος 2 ιατροί παθολόγοι, ένας άνδρας και μια γυναίκα 42 και 35 χρονών αντίστοιχα και 2 νοσηλεύτριες (TE) 40 και 45 χρονών αντίστοιχα. Οι ιατροί θα αναφέρονται σαν I1 και I2 ενώ αντίστοιχα οι νοσηλεύτριες N1 και N2 στα πλαίσια της ανωνυμίας.

Στην πρώτες 2 ερωτήσεις υπήρξε απολυτή συμφωνία σε ότι αφορά τις απαντήσεις. Όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι το νοσοκομείο λειτουργεί με περιορισμένο αριθμό προσωπικού και με περιορισμένα μέσα. Χαρακτηριστικά η N1 τόνισε «υπάρχουν μέρες και εφημερίες που σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης δεν επαρκούν ούτε για τις βασικές δραστηριότητες της μονάδας». Οι απαντήσεις στις 2 πρώτες ερωτήσεις ήταν υπερβολικά ξεκάθαρες και ομοιόμορφες. Ο N1 συμπλήρωσε «κάποιες ειδικότητες δεν υπάρχουν στην μονάδα και κάποιες απασχολούν ελάχιστο αριθμό προσωπικού ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε καθημερινή βάση στις ανάγκες των ασθενών...πόσο μάλλον σε έκτακτα περιστατικά. Πολλές φορές κάποια έκτακτα περιστατικά στέλνονται άμεσα σε αλλά νοσοκομεία χάνοντας έτσι πολύτιμο χρόνο». Η N2 υπογράμμισε «κάποια μέσα όπως για παράδειγμα αζονικός τομογράφος δεν επαρκούν για την εξυπηρέτηση του πλήθους των ασθενών...αναγκάζοντας έτσι πολλούς να προσφύγουν σε ιδιώτες για άμεση εξέταση».

Στις ερωτήσεις 3 και 4 όπου γίνεται λόγος για την συνεργασία και την διάθεση για συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων υπήρξε και εκεί παραλληλισμός των απαντήσεων. Οι ελλείψεις του προσωπικού και των μέσων κρίνουν αναγκαία την συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού. Ο Π1 ανέφερε «εάν δεν υπήρχε η διάθεση για συνεργασία θα μιλούσαμε για ανύπαρκτες υπηρεσίες. Ούτως η άλλως απαιτείται συνεργασία μεταξύ των τμημάτων αλλά η διαρκής υποστελέχωση καθιστά αναγκαία την συνεργασία σε όλα τα επίπεδα, επιστημονικά και μη». Η Ν2 πρόσθεσε επίσης «η φύση των περιφερειακών νοσοκομειακών μονάδων είναι τέτοια που προωθεί την συνεργασία και την διάθεση για την συνεργασία γιατί όλοι μεταξύ τους γνωρίζονται και μέσα από καθημερινές δραστηριότητες και προκλήσεις έχει αναπτυχτεί ένα αμοιβαίο και άτυπο κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και συνεργασίας».

Στην ερώτηση 5 οι ερωτηθέντες απάντησαν πως σε περιόδους φόρτου εργασίας μόνο η ομαδική συνεργασία μπορεί να αποφέρει αποτελέσματα. Ο Π1 υπογράμμισε «σε περιόδους αυξημένης δουλειάς γίνεται υπερπροσπάθεια από όλους για την κάλυψη των αναγκών της μονάδας. Υπάρχουν γιατροί και νοσηλευτές που δουλεύουν υπερωρίες από μόνοι τους, δίπλες βάρδιες κτλ...γιατί διαφορετικά δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς τα περιστατικά». Η Ν2 πρόσθεσε «πολλές φορές σε περιόδους πολλαπλών εισαγωγών η έκτακτων γεγονότων το νοσηλευτικό προσωπικό απασχολείται πολλές ώρες πάνω από το επιτρεπτό για να αντιμετωπιστεί ομαδικά η κατάσταση. Μόνο με ομαδική εργασία και συντονισμό μπορεί να ξεπεραστεί σε ένα βαθμό το πρόβλημα της αιώνιας υποστελέχωσης». Η Ν1 έδωσε και μια άλλη διάσταση «επειδή η ομαδική δουλειά σε περιόδους έξαρσης είναι μονόδρομος τυπικά σημαίνει πως αναπτύσσονται καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και αντιμετωπίζουν αποδοτικότερα τις καταστάσεις. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως προσπερνιέται το εμπόδιο της υποστελέχωσης».

Στις ερωτήσεις 6 έως 10 οι ερωτηθέντες απάντησαν στις διαδικασίες σχετικά με την ύπαρξη και διαχείριση των λαθών στο χώρο της εργασίας τους. Στην ερώτηση 6 υπήρχαν πολλές και διαφορετικές εξηγήσεις για τα λάθη. Ο Π1 τόνισε «τα λάθη ποτέ δεν είναι αποτέλεσμα μόνο εξωγενών η εγγενών παραγόντων. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα λάθη και την συχνότητα τους είναι συγκεκριμένοι και γνωστοί. Άλλοι έχουν να κάνουν με την έλλειψη γνώσης και εμπειρίας, άλλοι με την υποστελέχωση, άλλοι είναι φυσιολογικοί και έχουν να κάνουν με την υπερφόρτωση και την κούραση του προσωπικού. Δυστυχώς ο μεγαλύτερος παράγοντας –εξωγενής- είναι η υποστελέχωση η οποία προκαλείται από την ηγεσία των μονάδων και τις πολιτικές». Στο ίδιο κλίμα η Ν2 εξηγεί «η πλειοψηφία των λαθών είναι από έναν και μόνο εξωγενή παράγοντα...την υποστελέχωση η οποία προέρχεται από τις αποφάσεις σχετικά με το προσωπικό και τον αριθμό των επαγγελματιών. Όταν αναγκάζεται κάποιος να δουλεύει υπερβολικά μεγάλο διάστημα –ειδικά σε έναν τόσο ευαίσθητο τομέα- αυξάνονται οι πιθανότητες για λάθη. Βέβαια δεν σημαίνει πως για κάποια λάθη δεν ευθύνονται εξολοκλήρου οι γιατροί η οι νοσηλευτές και οι ενέργειες τους».

Ότι αφορά την διαχείριση των λαθών και τις παρεμβάσεις οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι η πλειοψηφία των λαθών δεν γίνονται αντικείμενο συστηματικής μελέτης και καταγραφής. Αντι αυτού αντιμετωπίζονται εμπειρικά και μέσω της ομαδικής συνεργασίας και προσπάθειας γίνονται ενέργειες να μην επαναληφτούν. Η N2 εξήγησε «δυστυχώς η γραφειοκρατία και οι πολλαπλές δραστηριότητες δεν καθιστούν δυνατό να γίνεται μια καλύτερη διαχείριση των λαθών. Δυστυχώς πολλά λάθη δεν καταγράφονται, δεν αναλύονται και δεν επεξεργάζονται τυπικά, αλλά γίνεται άτυπη και άγραφη προσπάθεια μέσω της συνεργασίας προσωπικού να μην επαναληφτούν». Η I2 πρόσθεσε «δυστυχώς η γραφειοκρατία και τα πλοκάμια της πολιτείας δεν επιτρέπουν την σωστή και αποδοτική διαχείριση των λαθών. Η ασφάλεια των ασθενών και η εξάλειψη των λαθών γίνεται σχεδόν αποκλειστικά έργο των επαγγελματιών χωρίς μια οργανωμένη και μαζική προσπάθεια από τα ανωτέρα ιεραρχικά κλιμάκια. Τα λάθη μπορεί να καταγράφονται αλλά οι επιπλοκές και οι υπόλοιπες δραστηριότητες αντιμετωπίζονται άμεσα χωρίς κάποια γενικότερη και οργανωμένη διαδικασία». Όσον αφορά την εκπαίδευση για την διαχείριση των λαθών υπήρξε ταύτιση των απαντήσεων και ήταν αρνητική. Μπορεί να υπάρχουν κάποια μεμονωμένα σεμινάρια η ομιλίες αλλά δεν υπάρχει συστηματική εκπαίδευση η προσπάθεια για εκπαίδευση για αυτό το ζήτημα. Ο Π1 υπογράμμισε «στην Ελλάδα υπάρχουν κενά και μη άρτια υποδομή σε ακαδημαϊκά ιδρύματα της ιατρικής επιστήμης, θα υπάρχουν σεμινάρια για την διαχείριση λαθών?». Όμοια η I2 «τα λάθη βελτιώνονται μόνο με την εμπειρία. Δυστυχώς μόνο αυτή είναι η διαδικασία με την οποία στην Ελλάδα γίνεται αυτή η άτυπη αξιολόγηση. Έχουν γίνει περικοπές σε βασικούς λειτουργικούς πυλώνες στην υγεία πόσο μάλλον για σεμινάρια τέτοιου αντικειμένου». Αυτομάτως όλες οι απαντήσεις στην ερώτηση 11 (αν έχει πρόσφατα παρακολουθήσει το ιατρικό προσωπικό ειδική εκπαίδευση στην ασφάλεια των ασθενών) ήταν αρνητικές.

Στην ερώτηση 12 η οποία γίνεται αναφορά για συγκεκριμένη κουλτούρα στην ασφάλεια των ασθενών όλες οι απαντήσεις υπογράμμισαν την προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας. Ο Π1 εξήγησε «η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών είναι ιδεολογικά μέσα στο πνεύμα των γιατρών και των νοσηλευτών. Είμαστε στην χώρα που γέννησε τον Ιπποκράτη και η πλειοψηφία των γιατρών κάνουν τα πάντα για την ασφάλεια των ασθενών. Δυστυχώς η άσκηση της ιατρικής επιστήμης εξαρτάται από τα μέσα που σου δίνει και η πολιτεία η οποία δεν διέπεται από την αντίστοιχη κουλτούρα». Η N1 πρόσθεσε «είναι δυνατόν να μιλάμε για γενικότερη κουλτούρα στην ασφάλεια των ασθενών όταν το ίδιο το κράτος υποστελεχώνει και υποβαθμίζει τον θεσμό της υγείας; Το νοσοκομείο το οποίο εργαζόμαστε έπρεπε να απασχολεί και να λειτουργεί με 200 κλίνες και αυτή την στιγμή υπάρχουν λειτουργικά μόνο οι μισές. Το νοσοκομείο είναι υπεύθυνο για πάνω από 100.000 άτομα στην ευρύτερη περιοχή και υπάρχουν μέρες που λείπουν βασικές ειδικότητες. Άρα η μόνη κουλτούρα και ιδεολογία που υπάρχει είναι στο μυαλό των επαγγελματιών και στις υπερπροσπάθειες που κάνουν σε καθημερινή βάση».

Στην ερώτηση 13 (αν παραμένει πάντοτε η ίδια κουλτούρα ανάλογα με την αποτελεσματικότητα της) οι απαντήσεις υπογράμμισαν την υποστελέχωση και την έλλειψη μέσων. Η N2 τόνισε «για να αλλάξει η κουλτούρα πρέπει να συμβούν άλλα πράγματα πρώτα. Προφανώς αν μια διαδικασία επιφέρει μεγάλο αριθμό λαθών που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών τότε πιθανώς θα αλλάξει. Άλλα αν τα ίδια λάθη οφείλονται σε ελλείψεις οι οποίες δεν έχουν καλυφτεί...τότε δυστυχώς δεν γίνεται κάτι».

Για την ερώτηση 14 η I2 τόνισε «όταν γίνεται κάποιο λάθος εντός μονάδας γίνεται γνωστό σχεδόν σε όλο το προσωπικό. Αυτομάτως είναι στην κρίση του κάθε επαγγελματία να το αξιολογήσει και να μην επαναληφτεί γιατί όπως προαναφέρθηκε, δεν υπάρχει κάποιο γενικότερο πλάνο». Ο I1 πρόσθεσε πως «σε περιπτώσεις λαθών είναι στην κρίση των διευθυντών και των υπευθύνων γιατρών να δημιουργήσουν μια άτυπη ομάδα ενημέρωσης ώστε να ενημερωθούν όλοι οι σχετιζόμενοι». Ομοίως απάντησαν και οι 2 νοσηλεύτες.

Στην ερώτηση 15 (αν γίνεται έρευνα για τυχόν λάθη) ο I1 επισήμανε «από την στιγμή που πολλά λάθη δεν αναγνωρίζονται επίσημα δεν ξεκινούν διαδικασίες ερευνών, μόνο σε περίπτωση καταγγελίας από ασθενείς ή γιατρούς τότε ξεκινούν οι διαδικασίες που προβλέπουν σχετικοί κανονισμοί. Πρακτικά σημαίνει πως μόνο αν γίνει επίσημη καταγγελία...» Η N2 προσθέτει «ακόμη και αν γίνει επίσημη καταγγελία ο χρόνος εξέτασης της μπορεί να είναι αρκετά μεταγενέστερος λόγω γραφειοκρατίας. Άρα δεν είναι πάντα εφικτό να γίνουν σωστές και αντικειμενικές έρευνες την χρονική στιγμή που θα ήταν αναγκαίο».

Στην ερώτηση 16 (αν το προσωπικό μπορεί να εκφράσει ελεύθερα την άποψη του για τα λάθη) στοχοποιήθηκε η διάθεση και η κρίση των ατόμων. Η I2 ανέφερε «σε περιπτώσεις λαθών μπορεί κάποιος γιατρός ή μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού να εκφράσει την γνώμη του η και να προβεί σε καταγγελία αν το επιθυμεί. Συνήθως εξαρτάται από τις συνέπειες των λαθών και από την διάθεση των ατόμων να αναφέρουν η να συγκαλύψουν κάποιο λάθος».

Οι βασικές έννοιες που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας και τις απαντήσεις από τις συνεντεύξεις:

- i. Η άμεση επιρροή της μη πλήρους στελέχωσης στην ποιότητα των υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών στην νοσοκομειακή μονάδα.
- ii. Η κουλτούρα η οποία διέπει την συμπεριφορά του προσωπικού ως προς τα λάθη.
- iii. Η γενικότερη κουλτούρα του περιβάλλοντος ως προς τα λάθη.
- iv. Η υπερπροσπάθεια των γιατρών και των νοσηλευτών

- v. Η μη άρτια υποδομή και οργάνωση του νοσοκομείου
- vi. Η ευθύνη της πολιτείας στις ελλείψεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας τόνισαν εμφατικά τους παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών οι οποίοι είναι υπογραμμισμένοι από τις έρευνες και την διεθνή βιβλιογραφία. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια η οποία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Ιδεολογικά και λειτουργικά η βελτιστοποίηση της ασφάλειας είναι παράλληλη με την βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας είναι άμεσα συναρτώμενη από το επίπεδο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την ελαχιστοποίηση των λαθών. Σαν έννοια μπορεί να αξιολογηθεί τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας.

Στο Γενικό Νοσοκομείο της Λιβαδειάς η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους ασθενείς και νοσηλευόμενους έδειξε πως οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό καταβάλλουν μέγιστες προσπάθειες για την ασφαλή νοσηλεία των ασθενών. Οι ασθενείς έδειξαν ικανοποίηση από τις γνώσεις και από την ενημέρωση του προσωπικού τόσο για τις ασθένειες τους όσο και για την πορεία των θεραπειών. Το προσωπικό του νοσοκομείου φέρεται με σεβασμό και υπομονή στους νοσηλευόμενους και τους παρέχουν την όσο δυνατόν καλύτερη ενημέρωση για την πορεία και εξέλιξη των δραστηριοτήτων που αφορούν την υγεία τους. Όσον αφορά τις γνώσεις και την συμπεριφορά των επαγγελματιών φροντίδας στην ασφαλή φροντίδα των ασθενών καταδεικνύονται σαν ικανοποιητικές από τους άμεσους χρήστες.

Ενώ όμως η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί αυτοσκοπό και υπογραμμίζεται από τις ενέργειες και τις προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας, στο Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις τόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό όσο και σε στοιχειώδης υποδομές. Στις συνεντεύξεις με ιατρούς και νοσηλευτές όλοι δήλωσαν και τόνισαν πως οι ελλείψεις αυτές και η διαρκής υποστελέχωση υπερκαλύπτουν τις προσπάθειες τους για την βελτίωση και βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Στην σημερινή πραγματικότητα της οικονομικής

κρίσης και των συνεχόμενων περικοπών στον συγκεκριμένο κλάδο , πολλοί επαγγελματίες στον χώρο της υγείας δουλεύουν υπό καθεστώς εξάντλησης, υπό καθεστώς τραγικών ελλείψεων σε υποδομές και οργάνωση και όλες αυτές οι διαδικασίες έχουν άμεση επίπτωση και στην ασφάλεια που παρέχεται στις νοσοκομειακές μονάδες. Ενδεικτικό παράδειγμα είναι το γεγονός πως οι ερωτηθέντες ασθενείς αναγνωρίζουν την προσπάθεια και το γνωστικό επίπεδο του προσωπικού αλλά δήλωσαν πως δεν είναι ικανοποιημένοι από τον χρόνο που αναλογούσε σε κάθε γιατρό η σε κάθε εξέταση. Σε μια νοσοκομειακή μονάδα που από 200 προβλεπόμενες κλίνες λειτουργούν οι 98 και οι ασθενείς δεν βρίσκουν άμεσα η με τόση ευκολία μελή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η ανεπαρκής στελέχωση δηλώνει δυναμικά την εμφάνιση της. Επιπλέον η γενικότερη κουλτούρα –όχι μόνο του νοσοκομείου Λιβαδειάς, αλλά του γενικότερου κλάδου- δεν προσφέρεται για την ελαχιστοποίηση του κρισιμότερου παράγοντα της ασφάλειας των ασθενών, την ύπαρξη και αξιολόγηση των ιατρικών λαθών. Οι συνέπειες των λαθών έχουν υπερτονιστεί στην γενικότερη βιβλιογραφία και στις μελέτες. Συνεπώς οι εργαζόμενοι στην συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα όχι μόνο λειτουργούν υπό συνθήκες υπερφόρτωσης αλλά δεν «προστατεύονται» από την γενικότερη κουλτούρα του κλάδου ως προς τα πιθανά λάθη και την εξάλειψή τους. Όπως σωστά τονίστηκε στην ποιοτική έρευνα μόνο με ομαδική δουλειά και συνεργασία μεταξύ του προσωπικού γίνεται μια άτυπη προσπάθεια να ελαχιστοποιηθούν τα λάθη και οι συνέπειες τους. Η ανεπαρκής στελέχωση του νοσοκομείου αντανακλάται από την μη λειτουργία κάποιων τμημάτων καθώς και από την κατανομή του προσωπικού. Για παράδειγμα στο νοσοκομείο απασχολούνται 20 εργαζόμενοι ΔΕ στο Λογιστικό τμήμα ενώ απασχολούνται μόλις 3 επαγγελματίες οδηγοί. Σε ένα νοσοκομείο επαρχίας που έχει αποστολή να εφμερεύει για 100.000 πληθυσμό αναλογούν 20 υπάλληλοι ΔΕ σε ένα οργανωτικό τμήμα και μόλις 3 οδηγοί, αριθμός ελάχιστος ιδιαίτερα αν αναλογιστούμε την γεωγραφική σημασία της περιοχής με την έννοια πως βρίσκεται ανάμεσα σε μεγάλες βιομηχανικές μονάδες και αγροτικές περιοχές. Όπως είναι κατανοητό το γενικότερο και σημαντικότερο συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι ενώ οι γιατροί και οι νοσηλευτές καταβάλουν σημαντικές προσπάθειες για την ασφάλεια των ασθενών, οι ελλείψεις και η ανεπαρκής στελέχωση αποτελούν σημαντικό και ανυπέρβλητο εμπόδιο ώστε να χαρακτηριστεί η νοσοκομειακή μονάδα επαρκής από πλευράς ασφάλειας. Οι ασθενείς αναγνωρίζουν και υπογραμμίζουν κατά πλειοψηφία τις προσπάθειες του προσωπικού αλλά δεν μπορούν να αισθανθούν απόλυτα ασφαλήs εξαιτίας των ελλείψεων. Αξίζει να σημειωθούν 2 πράγματα. Πρώτον, στην ποσοτική έρευνα πολλοί ασθενείς δήλωσαν «ουδετερότητα» σε πολλές απαντήσεις. Αυτό πρακτικά μπορεί να σημαίνει ότι λόγω των χαρακτηριστικών των μονάδων σε μικρές πόλεις όπως η Λιβαδειά, πολλοί ασθενείς γνωρίζονται με το προσωπικό και δεν μπορούν να δηλώσουν απόλυτη δυσαρέσκεια με κάποιες δραστηριότητες. Βεβαία κάτι τέτοιο δεν μπορεί να αποδειχτεί στατιστικά αλλά αξίζει να σημειωθεί σαν μια πιθανή ένδειξη παραμέτρου. Επίσης, παρατηρείται από της απαντήσεις και τα δημογραφικά πως κανένας ασθενής από το δείγμα δεν είχε εισόδημα πάνω από 1500 ευρώ. Πάλι δεν μπορεί να αποκλειστεί κάποιο τυχαίο δεδομένο αλλά ίσως να



αποτελεί κάποιο κριτήριο για το ότι ασθενείς με ψηλά εισοδήματα δεν εμπιστεύονται της μονάδες του δημοσίου. Οι 2 τελευταίες παρατηρήσεις αποτελούν απλά ενδείξεις και δεν επαρκούν για κάποιο γενικότερο συμπέρασμα.

Σε ότι αφορά τις πιθανές προτάσεις που θα άλλαζαν την εικόνα του Νοσοκομείου Λιβαδειάς, όλες συνοψίζονται σε επενδύσεις για επαρκή στελέχωση, για επαρκή εξοπλισμό και μια αλλαγή στην γενικότερη κουλτούρα προς την αντιμετώπιση των λαθών. Αυτές οι επενδύσεις όμως θα γίνουν μέσα στο πλαίσιο μια ευρύτερης κρατικής παρέμβασης και το μέλλον δεν είναι ευοίωνο. Μόνο με επενδύσεις και ανάπτυξη κατάλληλης κουλτούρας θα μπορέσει μακροπρόθεσμα το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς να μπορεί να αντιμετωπίσει με ασφάλεια τις ανάγκες του πληθυσμού που λειτουργικά εξυπηρετεί.

## 5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Για τις ανάγκες μια τέτοιας έρευνας και για την διεξαγωγή ευρύτερων συμπερασμάτων θα μπορούσε η μελέτη να είχε γίνει σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και σε μεγαλύτερο αριθμό προσωπικού. Πάντα ένα μεγαλύτερο δείγμα αποφέρει καλύτερα στατιστικά αποτελέσματα και συμπεράσματα. Επίσης από την δειγματοληψία απουσίαζαν άτομα τα οποία εργάζονται στο νοσοκομείο σε αλλά πόστα εκτός ιατρών και νοσηλευτών. Επίσης ένας επιπλέον περιορισμός είναι το χρονικό διάστημα το οποίο έγινε καθώς μια μεσοπρόθεσμη η μακροπρόθεσμη μελέτη θα έδινε περισσότερο αντιπροσωπευτικά συμπεράσματα. Επίσης λόγω των πιθανών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ όλων των ατόμων του προσωπικού και των ασθενών ίσως να επηρέασαν στις απαντήσεις τόσο στην ποσοτική όσο και στην ποιοτική έρευνα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αλεξιάκης Α. , Σιγάλας Ι. (1999), *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές*. Τόμος Δ. ΕΑΠ, Πάτρα
- Δερβιτσιώτης Κ., Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, Αθήνα, 1993
- Ιωσηφίδης Θεόδωρος (2008), *Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Ι. Δράκου, Ι. Κτενάς, Ε. & Γεωργούση, Ε. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. *Επιθεώρηση Υγείας*, 44, 300-306.
- Μερκούρης, Α. (1996). Διδακτορική διατριβή: *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήρια ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Αθήνα.
- Μερκούρης, Α. Οζουνίδου, Α. Μουδερίδου, Δ. Ρουμπή, Μ. Ζουγρής, Π. Λεμονίδου, Χ. (2001). *Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο, Νοσηλευτική*, 3, 74–84.
- Μπελαλή Θ. και Παπάζογλου Ε. (2004), *Η ποιοτική μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα, Νοσηλευτική*, 43 (3).
- Μπουραντάς Δ. & Παπαλεξανδρή Ν. (1998), *Εισαγωγή στην Διοίκηση Επιχειρήσεων*, εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Μπουρμπουλα Ι. (2014). Εργασία: *Πρόταση για ανάπτυξη ενός εθνικού φορέα για την ποιότητα φροντίδας και την ασφάλεια των πασχόντων στην Ελλάδα*. 605 Α , Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Μπουρμπουλα Ι. (2014), Εργασία: *Μεθοδολογία Έρευνας - Σχεδιασμός ερωτηματολογίου με θέμα την ασφάλεια των ασθενών σ' ένα νοσοκομείο*. 502 Β, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Παπανικολαου Β. (2007), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Πετρίδης Ε. , Λαβρανός Γ., Ραφτόπουλος Β. (2013) , *Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30 (4).
- Ραφτόπουλος Β, Θεοδοσοπούλου Θ. Μεθοδολογία (2002): “*Στάθμιση μιας Κλίμακας*”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 19(5):577-589
- Ραφτόπουλος Β. (2009) , *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΠΑΚ, Λευκωσία, Κύπρος.
- Ραφτοπούλος Β., Πολυχρονοπούλου Ο., Ευαγγελου Ε., Λεκκα Δ., Λουκα Ν., Τζήμα Δ., Αξιολογηση της ποιότητας, 28<sup>ο</sup> ΠΑΝ.ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΔΝΕ, 3-5 Μαΐου 2001
- Ραφτόπουλος, Β. & Οικονομοπούλου, Χ. (2003). *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48(2), 84-94.
- Σαχίνη – Καρδάση, Α. (2000), *Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στον χώρο της υγείας*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

## Ξενόγλωσση

- Aiken et al. (2003), Hospital Nurse staffing and patient mortality, JAMA : 1987-1993
- Allen J. , Mellor, D. (2002), Work context, personl control and burnout. Western Journal of nNursing Research, 24: 905-917
- Bates DW, Spell N, Cullen DJ ET AL. (1997), JAMA 277: 307-311
- Birch S. & Gafni A. (1992), Cost effectiveness/utility analyses. Journal of health Economics, : 279-296
- Bogner M.S (1994), Intoduction in Human Error in Medicine, Erl associates, 1994a
- Bowling, Ann (2009), *Research Methods in Health, Investigating Health Servises*, 3<sup>rd</sup> edition, Open University Press, McGraw-Hill, Berkshire, England
- DEMING E. (1982) *Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology Centre for Advanced Engineering Study*, Cambridge,MA, 1982
- Deming W.E (1986), Out of crisis, MIT, Cambridge MA
- DONABEDIAN A. (1966), *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Mem Fund Q 1966, 44(Suppl):166–206
- Donabedian A. (1990), Seven pillars of quality, Archives of Pathology, 1115-1118
- Donabedian A. (1998), *The quality of care: how can it be assessed?* Journal of the American Medical Association. 260 (12): 1743-1748
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Anne Arbor. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donovan, J. & C. Sanders (2005), “Key issues in the analysis of qualitative data in health services research, ” in A. Bowling and S. Ebrahim (eds) Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis, Open University Press, Maidenhead, England.
- Hall, J.A. & Milburn, M.A. (1998). *Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models*. Health Psychology, 17(1), 70-75.
- Hartz et al. (1989), Hospital characteristics & mortality rates , New England Journal of Medicine, 321 (5) : 1720-1725
- Jones T.O & Sasser W.E (1995), *Why satisfied customers defect?* Harvard Business Review. 73 (6) : 88-89
- Kern K.A (1995) An overview of 711 general surgery cases, Bulletin of the American College of Surgeons 80 (8) : 35-49
- KOHN T, CORIGAN M, DONALDON S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press, Washington, 2000

- Leape LL et al. (1993), Preventing medical injury, *Quality Review Bulletin* 1993, 19: 144-149
- Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R, (2004): “*Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma*”. *The Lancet*
- Maslach C., Goldberg J. (1998), Prevention of burnout, 2<sup>nd</sup> edition, *Applied Psychology* 1998, 7 : 63-74
- Needman et al. (2002), Nurse staffing levels & the quality of care in hospitals , *England J Med* 346 (22) : 1715-1722
- NFPS (1997), Numbers of medical injuries , October 9
- Papanikolaou, V. Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
- Pascoe G.C (1983), *Patient satisfaction in primary health care*, Evaluation and programme planning. 6 : 185-210.
- Piko B. (2006), Burnout among Hungarian health care staff, *International Journal of Nursing*, 43: 311-318
- Rogers et al. (2004), Hospital Nurse Staff Work Hours & safety, *Health Affairs*, 23(4) : 2012-212
- Stone et al. (2004), Nurse;s working conditions, *EID 2004*, 10 (11) : 1984-1989
- Vuori H. (1987), *Patient satisfaction: attribute of indicator of the quality of health?* *QRB* 13(3):106-108

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**Σχολή Οικονομικών επιστήμων και Διοίκησης Επιχειρήσεων**

**Μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση μονάδων υγείας»**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

#### **ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία

Το ερωτηματολόγιο αυτό αφορά τη νοσηλεία σας στο γενικό νοσοκομείο Λιβαδειάς. Κύριος σκοπός του είναι η βελτιστοποίηση του επιπέδου της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και των λοιπών υπηρεσιών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις σχετικά με το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό και τις υποδομές του νοσοκομείου. Η γνώμη σας για την νοσηλεία είναι σημαντική (είτε αρνητική είτε θετική) και σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν απόλυτα εμπιστευτικές και ανώνυμες και δεν θα επηρεάσουν την διαδικασία της νοσηλείας σας. Θα αναλυθούν από φοιτητές του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου για ακαδημαϊκούς σκοπούς και όχι από το προσωπικό του νοσοκομείου.

Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις βάζοντας ένα Χ σε αυτό που πιστεύετε. Να δώσετε μια απάντηση για κάθε ερώτηση.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

**ΜΕΡΟΣ Ι - Ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης & ασφάλειας που νιώθουν οι ασθενείς.**

*Παρακαλώ, προσδιορίστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις*

*(όπου : 1. Διαφωνώ απόλυτα, 2. Διαφωνώ, 3. Είμαι ουδέτερος, 4. Συμφωνώ, 5. Συμφωνώ απόλυτα)*

<b>Ερωτηματολόγιο</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Ο τρόπος που σας εξέτασαν οι γιατροί ήταν ικανοποιητικός (ψηλάφηση, ακρόαση κλπ)					
2. Το ιατρικό προσωπικό έδωσε μεγάλη σημασία στο ιστορικό της υγείας σας.					
3. Το ιατρικό προσωπικό φάνηκε να γνωρίζει πολύ καλά την ασθένεια σας.					
4. Η θεραπεία και η παρακολούθηση ήταν ικανοποιητική και κάλυπτε τις ανάγκες σας.					
5. Το ιατρικό προσωπικό είχε διάθεση να ακούσει τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς σας.					
6. Το ιατρικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για την ασθένεια σας					
7. Το ιατρικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για την θεραπεία σας					
8. Το ιατρικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για επιπλέον υπηρεσίες (φυσιοθεραπείες, οροθεραπείες κλπ).					
9. Το ιατρικό προσωπικό συμπεριφερόταν με σεβασμό και υπομονή.					
10. Το ιατρικό προσωπικό σας έβλεπε/εξετάζε συχνά.					
11. Το ιατρικό προσωπικό αφιέρωνε ικανοποιητικό χρόνο για κάθε εξέταση/επίσκεψη					
12. Υπήρχε ευκολία στο να συναντήσατε έναν γιατρό άμεσα και γρήγορα					
13. Υπήρχε άριστη συνεργασία μεταξύ των γιατρών.					
14. Υπήρχε άριστη συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών.					
15. Ο τρόπος με τον οποίο σας φρόντιζαν οι νοσηλευτές ήταν ικανοποιητικός					

(χορήγηση φαρμάκων, μέτρηση πίεσης, μέτρηση θερμοκρασίας κλπ)					
16. Οι νοσηλευτές γνώριζαν καλά την ασθένεια σας.					
17. Οι νοσηλευτές έδιναν σημασία και προσοχή στο να αισθάνεστε άνετα					
18. Οι νοσηλευτές είχαν διάθεση να ακούσουν τις ανησυχίες και τα προβλήματα σας.					
19. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για τη νοσηλεία σας.					
20. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για τις εξετάσεις σας.					
21. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για την διαδικασία της θεραπείας σας.					
22. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε αρκετές πληροφορίες για επιπλέον υπηρεσίες (φυσιοθεραπείες, οροθεραπείες κλπ).					
23. Το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε ενδιαφέρον και σε εσάς προσωπικά (εκτός από την ασθένεια σας).					
24. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας έδωσε παρηγοριά και στήριξη.					
25. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας συμπεριφερόταν με ευγένεια και σεβασμό.					
26. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας αφιέρωνε ικανοποιητικό χρόνο .					
27. Το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρινόταν άμεσα όταν τους καλέσατε.					
28. Υπήρχε άριστη συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών.					

29. Το προσωπικό του νοσοκομείου (οδηγοί, γραμματεία, τεχνικοί κλπ) συμπεριφερόταν με ευγένεια και προθυμία.					
30. Είχατε άριστη ενημέρωση σχετικά με το κόστος της νοσηλείας σας και την συμμετοχή σας σε αυτό.					
31. Ο χρόνος που περιμένατε για να κλείσετε ραντεβού με γιατρό ήταν σύντομος.					
32. Ο χρόνος που περιμένατε μέχρι να κάνετε τις εξετάσεις και την θεραπεία ήταν σύντομος.					
33. Ο χρόνος που περιμένατε μέχρι να βγουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν σύντομος.					
34. Υπήρχε εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στο νοσοκομείο (συγκοινωνίες, οδηγοί κλπ).					
35. Το κτίριο του νοσοκομείου είχε ικανοποιητικές υποδομές και περιβάλλον (καθαρό, άνετοι χώροι, ηρεμία)					
36. Μπορούσατε με ευκολία να βρείτε τα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου.					
37. Η οργάνωση των επισκεπτηρίων ήταν ικανοποιητική.					
38. Η ποιότητα των γευμάτων ήταν ικανοποιητική.					
39. Υπήρχε διαθεσιμότητα στα δωμάτια.					
40. Είστε απόλυτα ικανοποιημένος από την νοσηλείας σας.					
41. Καταλάβατε τις πληροφορίες που σας δόθηκαν σχετικά με την θεραπεία σας.					
42. Αισθάνεστε σιγουριά και ασφάλεια σε αυτό το νοσοκομείο.					
43. Θα συνιστούσατε το νοσοκομείο σε άλλους (συγγενείς κλπ)					
44. Η γενικότερη κατάσταση της υγείας σας είναι ικανοποιητική.					
45. Η γενικότερη γνώμη σας για τις υποδομές και την στελέχωση του νοσοκομείου είναι ικανοποιητική.					



## ΜΕΡΟΣ II - Δημογραφικά στοιχεία

Συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφοριακές ερωτήσεις με **X** ή **✓**

Φύλλο	
Άντρας	
Γυναίκα	
Ηλικία	
Έως 35 ετών	
Από 36 έως 50 ετών	
Άνω των 51 ετών	

Μορφωτικό επίπεδο	
Δημοτικό	
Γυμνάσιο / Λύκειο	
Πανεπιστήμιο	
➤ Ανώτερη εκπαίδευση	
➤ Μεταπτυχιακό	
➤ Διδακτορικό	
Άλλο	

Επάγγελμα	
Μισθωτός	
Ελ. Επαγγελματίας	
Δημόσιος Υπάλληλος	
Αγρότης	
Συνταξιούχος	
Φοιτητής / Μαθητής	
Άλλο (πχ. άνεργος)	

Μηνιαίο Καθαρό Εισόδημα	
Έως 500 €	
Από 501 έως 1.000 €	
Από 1.001 έως 1.500 €	
Από 1.501 έως 2.000 €	
Από 2.001 έως 3.000 €	
Άνω των 3.001 €	

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΣΧΟΛΙΑ
1	Το προσωπικό επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών και την μεγίστη ασφάλεια τους?	
2	Τα μέσα της μονάδας επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών και την μεγίστη ασφάλεια τους?	
3	Υπάρχει συνεργασία μεταξύ των τμημάτων?	
4	Υπάρχει διάθεση για συνεργασία και αλληλοσεβασμός μεταξύ των τμημάτων?	
5	Σε περιόδους αυξημένου φόρτου εργασίας η αυξημένη δουλειά αντιμετωπίζεται ομαδικά?	
6	Τα λάθη είναι προϊόν εξωγενών παραγόντων εκτός μονάδας ?	
7	Τα λάθη οδηγούν σε θετικές παρεμβάσεις/αλλαγές στην μονάδα?	
8	Αναπτύσσονται δραστηριότητες / σεμινάρια για την βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών?	
9	Τα λάθη καταγράφονται και αξιολογούνται ανάλογα με την σοβαρότητα και τις επιπλοκές?	
10	Το προσωπικό είναι επαρκώς εκπαιδευμένο για την αντιμετώπιση και διαχείριση των λαθών?	
11	Έχει πρόσφατα το ιατρικό προσωπικό παρακολουθήσει ειδική εκπαίδευση στην ασφάλεια των ασθενών;	
12	Διακρίνεται κάποια συγκεκριμένη κουλτούρα όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών?	
13	Η κουλτούρα παραμένει πάντοτε η ίδια η αλλάζει ανάλογα με την αποτελεσματικότητα της και την συχνότητα των λαθών?	
14	Υπάρχουν ενημερώσεις σχετικά με την αξιοποίηση των λαθών ώστε να αποτελέσουν πηγή γνώσης?	
15	Γίνεται έρευνα σχετικά με τα λάθη και πιθανές κυρώσεις?	
16	Το προσωπικό έχει δικαίωμα να εκφράσει ελεύθερα τις απόψεις του για τα λάθη?	