



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ
ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΟΧΗΣ**

ΧΑΡΑΥΓΗ ΝΙΚΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2011**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Διοίκηση μονάδων υγείας με βάση τη μέτρηση της
ικανοποίησης των χρηστών υγείας: Η περίπτωση μελέτης
ενός Κέντρου Υγείας αγροτικής περιοχής**

ΧΑΡΑΥΓΗ ΝΙΚΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2011**

**ΣΤΟ ΓΙΟ ΜΟΥ ΠΟΥ ΜΕ
ΑΝΕΧΘΗΚΕ
ΟΛΑ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΟΥ**

Περίληψη:

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί διεθνώς ένας προβληματισμός, για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τους τρόπους με τους οποίους θα μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ο πυρήνας αυτής της πολιτικής είναι η Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας, που ορίζεται ως μια προσπάθεια παροχής ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, οι οποίες πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των χρηστών /ασθενών.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε μια Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ενός κέντρου υγείας (ΚΥ) αγροτικής περιοχής της ελληνικής περιφέρειας.

Υλικό – μέθοδος : Η έρευνα διεξήχθη από τον Μάιο έως τον Ιούλιο 2010 σε δείγμα 383 ασθενών του ΚΥ, από το γενικό πληθυσμό της περιοχής ευθύνης, μετά την παροχή υπηρεσιών. Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL προκειμένου να διερευνηθεί η αντίληψη των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, και εκτιμήθηκαν οι πέντε διαστάσεις του μοντέλου, της απότητας, αξιοπιστίας, ανταπόκρισης, ασφάλειας, ενσυναίσθησης και η πενταβάθμια κλίμακα Likert για τις μεταβλητές.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται ως προς τη διάσταση «ασφάλεια», αφού ο μέσος όρος της διάστασης (4,80) ξεπερνά το συνολικό μέσο όρο του ερωτηματολογίου (4,66). Αντίθετα η διάσταση «αξιοπιστία» φαίνεται να μην καλύπτει τις προσδοκίες των χρηστών καθώς ο μέσος όρος ήταν 4,34 αρκετά χαμηλότερα από το συνολικό μέσο όρο του ερωτηματολογίου.

Συμπεράσματα : Με την εκτίμηση της λειτουργικής διάστασης της ποιότητας και την επισήμανση των αδυναμιών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του ΚΥ, η διοίκηση μπορεί, με κατάλληλες παρεμβάσεις, να βελτιώσει τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που απολαμβάνουν οι χρήστες / ασθενείς έτσι ώστε να καλύπτουν τις προσδοκίες τους.

Λέξεις κλειδιά : διοίκηση μονάδων υγείας, ικανοποίηση ασθενών, μέτρηση ποιότητας φροντίδας υγείας.

Abstract:

During the last few years an international concern has been developed about the quality level of the offered health services and how they can be improved. The core of this policy is the continuous quality improvement, defined as an effort to provide quality health care services and which should cope with the needs and exceed expectations of clients / patients.

Aim: To investigate the level of patient satisfaction from health services to a Unit of Primary Health Care, a health center, in rural area of the Greek region.

Material - method: The survey was conducted from May to July 2010 in 383 patients of the health center from the general population of the area of responsibility after they have used the services. The one phase of the SERVQUAL model was used, which investigated the five dimensions of the model, tangibles, reliability, responsiveness, safety, empathy and the five-point Likert scale for expressing emotions.

Results: Patients are very satisfied with the services provided to the dimension of safety since the average size (4.80) surpasses the overall average of the questionnaire (4.66). Contrary to the above, the dimension 'reliability' does not seem to meet the expectations of users, as the average was 4.34, well below the overall average of the questionnaire.

Conclusions: After assessing the functional dimension of quality and the identification of drawbacks in offering the health care services, the Administration may improve health care services provided to consumers / patients, by making appropriate interventions, so as to meet their expectations.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	9
Εισαγωγή.....	1
1	
Κεφάλαιο 1	
1.1	
Εισαγωγή.....	17
1.2 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.....	1
7	
1.3 Ανάλυση Περιβάλλοντος.....	21
1.3.1 Σύστημα Υγείας.....	21
1.3.2 Διαστάσεις ποιότητας της Φροντίδας Υγείας.....	22
1.3.3. Σχέσεις Ιατρικού προσωπικού και Διοίκησης.....	23
1.4. Κόστος ποιότητας.....	24
1.4.1 Κόστος Έλλειψης Ποιότητας.....	24
1.4.2. Κόστος Βελτίωσης Ποιότητας.....	25
1.5. Καθορισμός αναγκών και προτύπων διασφάλιση της ποιότητας στις Μονάδες Υγείας.....	25
1.6. Επίμετρο.....	27
Κεφάλαιο 2	
Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	28

2.1. Πρότυπα επιλογής και αξιολόγησης των μονάδων υγείας.....	29
2.2. Διαμόρφωση κριτηρίων και παρακολούθηση προτύπων.....	31
2.3. Μοντέλο SERVQUAL, ποιότητα υπηρεσιών (service quality).....	34

Κεφάλαιο 3

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	37
---	----

3.1.Ερευνητικές μελέτες για την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας	37
--	----

3.2. Επίλογος.....	41
--------------------	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

Η μελέτη μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών σε Κέντρο Υγείας αγροτικής περιοχής.....	44
---	----

1.1. Το Κέντρο

Υγείας.....	44
-------------	----

1.2. Μεθοδολογία.....	45
-----------------------	----

1.3. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων.....	47
--	----

Κεφάλαιο 2

Αποτελέσματα.....	4
8	
2.1. Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος.....	48
2.2. Ανάλυση των διαστάσεων ικανοποίησης.....	49
2.2.1. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ».....	49
2.2.2. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ».....	53
2.2.3. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΣΦΑΛΕΙΑ».....	57
2.2.4. Διάσταση ικανοποίησης «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ»	60
2.2.5. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΠΤΟΤΗΤΑΣ».....	65
2.3. Γενική αξιολόγηση των υπηρεσιών.....	68

Κεφάλαιο 3

Συζήτηση και συμπεράσματα	70
3.1. Συζήτηση.....	70
3.2.Συμπεράσματα και προτάσεις.....	73

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
---------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	82
----------------------	----

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΝΝΑ	Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
ΕΙ	Εξωτερικά Ιατρεία
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
Μ.Ο.	Μέσος Όρος
ΑΜΕΑ	Άτομα με ειδικές ανάγκες

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Καϊτελίδου για τις πολύτιμες συμβουλές της, τη βοήθειά της και την αμέριστη συμπαράστασή της. Οφείλω να ευχαριστήσω τον κ. Κουμάση Δημήτριο για την άδεια και τα αποτελέσματα που μου παραχώρησε. Επίσης νιώθω την ανάγκη να

ευχαριστήσω τους καλούς μου φίλους Θανάση Γκατζιά, Σόνια
Κοντοβά και Ελένη Χασιώτη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ
ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ**

Εισαγωγή.

Η ποιότητα αποτελεί στις μέρες ένα πολυσυζητημένο θέμα, τόσο στον τομέα παραγωγής προϊόντων, όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Η ποιότητα, ιδιαίτερα τα τελευταία εκατό χρόνια, είχε μια συνεχή εξέλιξη. Από την εποχή της Επιθεώρησης και του Ποιοτικού Ελέγχου πέρασε στην εποχή της Διασφάλισης Ποιότητας, η οποία έδωσε τη σκυτάλη στο ολοκληρωμένο διοικητικό σύστημα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Μεγαλάκη και συν. 2001).

Ο πιο ευαίσθητος τομέας στον τριτογενή τομέα παραγωγής, είναι αυτός των υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται σε οργανωμένους χώρους όπως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία κτλ. Η αξιολόγηση του παραγόμενου έργου μιας μονάδας υγείας απαιτεί ένα πλαίσιο πάνω στο οποίο θα μπορεί να γίνει η περιγραφή, η μέτρηση, η σύγκριση και η αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: της δομής, της διαδικασίας και της έκβασης (Donabedian, 1980).

1. Η δομή περιλαμβάνει: (α) τους υλικούς πόρους (όπως ο εξοπλισμός, οι κτιριακές εγκαταστάσεις, τα χρήματα κ.α.), (β) τους ανθρώπινους πόρους (όπως ο αριθμός και τα προϋπανατουπροσπικονύκ.α.) και (γ) την οργανωτική δομή της μονάδας υγείας (όπως οι διοικητικές, ιατρικές, νοσηλευτικές κλπ υπηρεσίες, μέθοδοι αποζημίωσης, προμήθειες υγειονομικού υλικού κ.α.).
2. Η διαδικασία δείχνει την αλληλεπίδραση και τον τρόπο συμπεριφοράς των δομών του οργανισμού για την παραγωγή μιας υπηρεσίας υγείας, δηλαδή δείχνει τι πραγματικά γίνεται όταν ένας ασθενής ζητάει από νοσοκομείο μία υπηρεσία.
3. Η έκβαση δείχνει τα τελικά αποτελέσματα που επιφέρει η παραπάνω διαδικασία στην κατάσταση υγείας των ασθενών που ζητούν μια υπηρεσία.

Το πρόβλημα που μπορεί να παρατηρηθεί στην ποιότητα του παραγόμενου αποτελέσματος παρουσιάζεται όταν δεν εξετάζονται οι σχέσεις μεταξύ δομής - διαδικασίας και διαδικασίας - έκβασης. Για να επιτευχθεί μια ικανοποιητική έκβαση - αποτέλεσμα, θα πρέπει να έχουν προϋπάρξει ασφαλείς και κατάλληλες διαδικασίες (καλές τεχνικές αποστείρωσης, κατάλληλη προφύλαξη του νοσοκομειακού ασθενούς κτλ.), ενώ απαιτείται και η ύπαρξη καλών δομικών χαρακτηριστικών (άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό, καλή διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία). Εναλλακτικά, εάν μια διαδικασία πρόκειται να ελεγχθεί, το καλό αποτέλεσμα είναι μια προβλέψιμη συνέπεια αυτής της διαδικασίας (Τσάκος 2003).

Η διαδρομή, από τα δομικά χαρακτηριστικά ενός οργανισμού υγείας έως το τελικό αποτέλεσμα της παροχής υπηρεσιών υγείας, συνθέτει την πολυπλοκότητα ως προς τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η έννοια της ποιότητας στην φροντίδα υγείας είναι πολυδιάστατη, πολυεπίπεδη και πολυσύνθετη διαδικασία η οποία επηρεάζεται άμεσα από τις ακόλουθες διαστάσεις της ποιότητας:

1. Η τεχνική διάσταση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης και της χρησιμοποίησης της τεχνολογίας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Στην τεχνική διάσταση της ποιότητας υπάρχουν περιορισμοί που συνδέονται άμεσα με τα δομικά χαρακτηριστικά μιας μονάδας υγείας, για παράδειγμα η δωρεά ή αγορά ενός μαγνητικού τομογράφου σε μια μονάδα υγείας χωρίς να υπάρχει το κατάλληλο εξειδικευμένο προσωπικό για τη χρησιμοποίησή του, είναι πιθανόν να αυξήσει το κόστος χωρίς να συμβάλει στην ανάπτυξη της παρερχόμενης ποιότητας υγείας. Επομένως, στην τεχνική διάσταση της ποιότητας υπάρχουν περιορισμοί που συνδέονται από τον λόγο της σχέσης του κλάσματος της επιστημονικής γνώσης και της τεχνολογίας και δεν μπορούν να υπερβούν τα όρια μιας μονάδας υγείας.
2. Η διαπροσωπική διάσταση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας αναφέρεται στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών και εξαρτάται από το πολιτισμικό πλαίσιο, την παιδεία και την συμπεριφορά των ατόμων για την επίτευξη ή όχι του επιδιωκόμενου αποτελέσματος. Μέσα από την διαπροσωπική σχέση/αλληλεπίδραση οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας επικοινωνούν με τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να τους μεταδώσουν τις απαιτούμενες πληροφορίες επιδιώκοντας με την σειρά τους, μια διαπροσωπική ανταλλαγή με σκοπό την ενημέρωσή τους, ως προς την διάγνωση του προβλήματός τους, τις επιλογές και τις καταλληλότερες μεθόδους περίθαλψής τους. Συνεπώς, οι συμπεριφορές που διέπουν τη διαπροσωπική διάσταση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας θα πρέπει να είναι εναρμονισμένες με τα κοινωνικά πρότυπα, να ικανοποιούν τις ατομικές και κοινωνικές προσδοκίες με σεβασμό και ευαισθησία στην προστασία των προσωπικών δεδομένων, της εμπιστευτικότητας, της συνειδητής επιλογής, της διακριτικότητας, της ειλικρίνειας και της ανιδιοτέλειας. Οι διαπροσωπικές διαδικασίες ανάμεσα στους χρήστες των υπηρεσιών και στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, είναι το όχημα με το οποίο η τεχνική διάσταση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας εφαρμόζεται και επιτυγχάνει το σκοπό της.
3. Η διάσταση της ξενοδοχειακής υποδομής της ποιότητας στην φροντίδα υγείας αφορά τον περιβάλλοντα χώρο, τις συνθήκες καθαριότητας, διατροφής, τις υποδομές, περιλαμβάνει την προσβασιμότητα, την ευκολία, την ησυχία, την

ιδιωτική ζωή. Από θεσμική πλευρά την ευθύνη αυτή την έχο **νω** i διαχειριστές και διοικητές των μονάδων υγείας.

4. Η διάσταση της συμμόρφωσης και αποδοχής της ποιότητας στην φροντίδα υγείας αναφέρεται στην εκτίμηση της επιμέλειας, της αποδοχής και της συμμόρφωσης στη θεραπείας και η ευθύνη μοιράζεται ανάμεσα στον προμηθευτή και στο χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Μέσα από αυτή την διάσταση γίνεται αντιληπτό ότι τόσο ο χρήστης / ασθενής όσο και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον αναλαμβάνουν ένα σημαντικό μέρος της ευθύνης για την επιτυχία ή αποτυχία της περίθαλψης τους.
5. Τέλος υπάρχει και η συνολική διάσταση της κοινότητας και πως αυτή επηρεάζει την τελική ποιότητα στην φροντίδα υγείας. Επίσης θα ήταν σκόπιμο να εξεταστεί η προσβασιμότητα, η ισότητα, η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των παρερχόμενων υπηρεσιών υγείας. Είναι σημαντικό να ερευνηθεί τόσο ποιοι έχουν μεγαλύτερη ή μικρότερη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, όσο και ποιος ή ποιοι λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας που χαρακτηρίζονται από υψηλή ή χαμηλή ποιότητα. Για την επίτευξη της ποιότητας στις Μονάδες Υγείας η Διοίκηση θα πρέπει να καθορίσει την αποστολή και τους ποιοτικούς στόχους του οργανισμού, μέσα από διαρκή αναπροσαρμογή του συστήματος με δυναμικούς επιχειρησιακούς σχεδιασμούς, εφαρμοσμένες πολιτικές ποιότητας και με τη χρησιμοποίηση ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων.

Με την πολιτική ποιότητας αποσαφηνίζονται οι σκοποί και οι στόχοι που επιδιώκει να επιτύχει ο οργανισμός με το:

1. Να είναι όχι μόνο συνεπείς με τις απαιτήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες της κοινωνίας, αλλά να είναι σαφείς, δηλαδή μετρήσιμοι, έτσι ώστε να γίνεται εφικτή η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του οργανισμού.
2. Να επανεξετάζονται τακτικά από την διοίκηση, και αν χρειάζεται, να αναθεωρούνται άμεσα έτσι ώστε να συμβαδίζουν με τις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες-προσδοκίες της κοινωνίας, και τις εξελίξεις της επιστήμης.
3. Να συνδέονται με την μακροχρόνια ανταγωνιστικότητα του οργανισμού.

Ο κεντρικός πυρήνας αυτής της πολιτικής είναι η Συνεχής Ποιοτική Βελτίωση, η οποία ορίζεται ως μια προσπάθεια παροχής ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι οποίες πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και να ξεπερνούν τις

προσδοκίες των πελατών. Σε αυτό το πλαίσιο ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας θεωρείται σημαντικός κρίκος για τη μέτρηση της ποιότητας αφού αυτός είναι ο τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών (Καϊτελίδου 2008).

Συνεπώς μέτρο της ποιότητας είναι η ικανοποίηση των αναγκών του χρήστη.

Τι προσδοκά λοιπόν ο χρήστης από τη μονάδα υγείας;

- Φροντίδα για την επαναφορά σε αποδεκτό επίπεδο υγείας
- Επικοινωνία, πληροφόρηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος του
- Ένδειξη ενδιαφέροντος για την επίλυση των υφιστάμενων προβλημάτων (Μπινιώρης 2001).

Αυτές τις γενικές κατηγορίες αναγκών προσπαθεί να ικανοποιήσει ο χρήστης των μονάδων υγείας και βαθμολογεί υποκειμενικά το επίπεδο ικανοποίησης που απολαμβάνει. Έτσι ο χρήστης προσδιορίζεται ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και μπορεί να μεταβάλει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Κυριοπουλος και συν. 1990).

Η διερεύνηση της ικανοποίησης αποκτά ιδιαίτερη σημασία για το σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας στο δημόσιο τομέα ενώ στον ιδιωτικό συμβάλλει στην αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών αφού συχνά λειτουργούν και ως μέσο επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας. Για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί ειδικά εργαλεία, ερωτηματολόγια, όπως European Customer Satisfaction Index (ECSI), American Customer Satisfaction Index (ACSI), Common Measurement Tool (CMT). Το βασικό μοντέλο μέτρησης ποιότητας των υπηρεσιών είναι το SERVQUAL, το οποίο περιλαμβάνει ενότητες ερωτήσεων για τη μέτρηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων των χρηστών. Το μοντέλο διερευνά την ποιότητα των υπηρεσιών μέσα από τις πέντε διαστάσεις (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση) και εκτιμά τη λειτουργική διάσταση της ποιότητας (Καϊτελίδου, 2008).

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας ενός ΚΥ αγροτικού τύπου της ελληνικής περιφέρειας. Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SERVQUAL, που έχει εφαρμοστεί ευρέως, τόσο σε ελληνικές όσο και σε διεθνείς μελέτες ικανοποίησης χρηστών μονάδων υγείας. Στη μελέτη εφαρμόστηκε μία φάση του SERVQUAL σε

μια προσπάθεια διερεύνησης της αντίληψης των χρηστών υπηρεσιών υγείας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις πιθανές αδυναμίες που έχουν εντοπίσει στη λειτουργία του ΚΥ.

Η επιλογή της εφαρμογής μιας φάσης του μοντέλου έγινε διότι θεωρήθηκε πιο εφαρμόσιμη οργανωτικά, τόσο στη συλλογή των δεδομένων όσο και στον τελικό σκοπό της μελέτης που είναι η βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στο χρήστη / ασθενή. Ένας ακόμη λόγος που επελέγη η μία φάση του μοντέλου είναι και το γεγονός ότι η συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε του πρώτους καλοκαιρινούς μήνες (Μάιο – Ιούλιο), που συμπίπτει με την άφιξη των εποχικών κατοίκων (συνταξιούχοι – ιαματικός τουρισμός) και δεν υπήρχε ο απαιτούμενος χρόνος για την επάνοδο των χρηστών και την πλήρη εφαρμογή του μοντέλου.

Κίνητρο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, ήταν η πλήρης έλλειψη πληροφοριών αναφορικά με το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αντίληψη της ποιότητας από την πλευρά των χρηστών και των τρόπων βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο συγκεκριμένο πληθυσμό, δεδομένου ότι η ερευνήτρια εργάζεται στο συγκεκριμένο ΚΥ.

Στο πρώτο κεφάλαιο του γενικού μέρους της εργασίας αναλύεται η έννοια της ποιότητας και η αντίληψή της από κάθε εμπλεκόμενο μέλος. Επίσης εξετάζονται οι έννοιες και οι διάφορες εκφράσεις της ποιότητας, ορίζονται η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) και οι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Ακόμη επιχειρείται η ανάλυση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, παρουσιάζονται οι διαστάσεις της φροντίδας υγείας, οι θετικές και αρνητικές συνέπειες της ποιότητας στο κόστος και διερευνάται η ανάγκη για τον καθορισμό προτύπων ποιότητας στο σύστημα υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι μέθοδοι και τα πρότυπα αξιολόγησης των μονάδων υγείας και η σπουδαιότητά τους για τη ΔΟΠ. Διερευνώνται τα κριτήρια που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των χρηστών και εξετάζεται το μοντέλο μέτρησης ποιότητας SERVQUAL.

Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους γίνεται αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), τον τρόπο εφαρμογής της ΔΟΠ και στις ερευνητικές μελέτες που εκπονήθηκαν με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των χρηστών στο ΕΣΥ.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας ερευνάται η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας με βάση το ερωτηματολόγιο του SERVQUAL σε μια Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της μελέτης, στο δεύτερο αναλύονται τα αποτελέσματά της μελέτης προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα – προτάσεις και τέλος στο τρίτο κεφάλαιο διατυπώνονται τα συμπεράσματα τα οποία πιθανόν θα συμβάλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κεφάλαιο 1

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Μονάδες Υγείας

1.1 Εισαγωγή

Με τον περιορισμό των οικονομικών πόρων στον τομέα της υγείας, το κόστος γίνεται ο βασικότερος παράγοντας σε κάθε διοικητικό – οικονομική απόφαση, ώστε να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα και η ανάπτυξη των Μονάδων Υγείας. Η διαχείριση ποιότητας, η οποία εφαρμόστηκε σε επιχειρήσεις και Μονάδες Υγείας της Βόρειου Αμερικής από τη δεκαετία του 70 έδειξε ότι η ποιότητα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για ανάπτυξη. Τα θετικά αποτελέσματα στο περιβάλλον της υγείας οδήγησαν στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) με απώτερο στόχο τη διαρκή

βελτίωση της ποιότητας και την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτή η συνθήκη φαίνεται να πραγματοποιείται με την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του προσωπικού και των όποιων διαθέσιμων πόρων.

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, το περιβάλλον της παροχής φροντίδας υγείας, το απαιτούμενο κόστος της ποιότητας και διερευνάται η ανάγκη για την υιοθέτηση πρότυπων διασφάλισης της ποιότητας στις Μονάδες Υγείας.

1.2 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Η εφαρμογή της θεωρίας της διαχείρισης ποιότητας στη Ιαπωνική βιομηχανία έφερε μεγάλη ανάπτυξη σε σημείο να επιβάλλει στην παγκόσμια αγορά μια νέα πραγματικότητα : την εφαρμογή της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα της παραγωγικής διαδικασίας αλλά κυρίως της διοίκησης, ως μέσο επιβίωσης και ανάπτυξης των επιχειρήσεων. Ο John Gaspari θεωρεί ότι η ποιότητα είναι κέρδος, αποτελεσματικότητα, κανόνας αγοράς που τελικά οδηγεί στην επιβίωση. Στο χώρο της υγείας κέρδος θεωρείται η ικανοποίηση του πελάτη – ασθενή, η βελτίωση της υγείας του και γενικότερα η βελτίωση της δημόσιας υγείας, που αυτός είναι ο σκοπός ύπαρξης του όποιου Συστήματος Υγείας (Κυριόπουλος και συν. 2003).

Τι είναι ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας; Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μια φιλοσοφία φροντίδας μέσα από την οποία αναμένεται να μεγιστοποιηθεί η ευημερία του ασθενή με γνώμονα τη σχέση του προσδοκώμενου κέρδους – ζημίας σε όλα τα επίπεδα των διαδικασιών (Donabedian 1980). Ακόμη η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση» (IOM, 2007).

Στο περιβάλλον της υγείας το οποίο είναι χώρος πολύπλοκος με πολυμορφία εργαζομένων, απαιτείται η συνεργασία πολλών παραγόντων – φορέων για να διαμορφωθεί το τελικό αποτέλεσμα (κυβέρνηση /ανωτάτη διοίκηση /συλλογικά όργανα, χρήστες /ασφαλιστικοί φορείς, επαγγελματίες υγείας, κλπ) που είναι η επίτευξη της ποιότητας (Κωσταγιόλας και συν., 2006). Από τα παραπάνω η ποιότητα μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο για τον κάθε εμπλεκόμενο μέρος:

- Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη
Το σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας που παρέχει στο χρήστη τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη και προσδοκά τη δεδομένη χρονική στιγμή.
- Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας
Η αντίληψη του επαγγελματία υγείας αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας και αναφορικά με το βαθμό που το προσωπικό συμμετέχει στην ανάπτυξη και εφαρμόζει ενδεδειγμένα τις διαδικασίες που θεωρούνται οι αναγκαίες για το σκοπό αυτό.
- Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης
Ο αποτελεσματικός και αποδοτικός τρόπος χρήσης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών (εκφρασμένων και συνεπαγόμενων) του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, μέσα στα πλαίσια που θέτουν οι ανώτερες ρυθμιστικές αρχές (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Στην προσπάθεια τους οι επιστήμονες να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα στον ιδιόμορφο χώρο της υγείας απέδωσαν με πολλές εννοιολογικές εκφράσεις την επίτευξη της ποιότητας όπως *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (Total Quality Managment), *Έλεγχος Ποιότητας* (Quality Control), *Διασφάλιση Ποιότητας* (Quality Assessment), *Αποτελεσματική Διαχείριση* (Utilization Management), *Επιθεώρηση Αποτελεσματικής Διαχείρισης* (Utilization Review) (Μπινιώρης 2001).

1 Ο Έλεγχος Ποιότητας (QC) σε μια υγειονομική μονάδα εκφράζεται μέσα από τη διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής αποδοτικών προγραμμάτων, με βάση συγκεκριμένα (καθορισμένα) πρότυπα για τη λειτουργία της μονάδας αυτής.

2 Η διαδικασία Διασφάλισης Ποιότητας (QA) ορίζεται ως ένα σύνολο συγκεκριμένων διαδικασιών που έχουν σκοπό την εξασφάλιση της αποδοτικής ποιοτικής λειτουργίας των παραγωγικών συστημάτων της μονάδας. Αυτή είναι συμπληρωματική στον έλεγχο ποιότητας η οποία θα μπορεί να λειτουργεί και αυτόνομα. Αποτελεί τη συνειδητή μετάβαση των δραστηριοτήτων από τον έλεγχο της ποιότητας στη διόρθωση, στην πρόληψη της εμφάνισης αποκλίσεων από τα προδιαγεγραμμένα χαρακτηριστικά (Κωσταγιόλας και συν. 2008).

3 Επίσης ως *Αποτελεσματική Διαχείριση (UA)* νοείται μια καθορισμένη ιατροδιοικητική διεργασία βάση της οποίας λειτουργεί μια μονάδα υγείας, που έχει στόχο την διατήρηση και ανάπτυξη της ποιότητας φροντίδας μέσα από την αποτελεσματική χρήση των πόρων που διαθέτει για την όσο το δυνατό μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενούς.

4 Η *Επιθεώρηση της Αποτελεσματικής Διαχείρισης (UR)* έχει αντικείμενο την επισκόπηση όλων των διαδικασιών και το περιορισμό της όποιας ανώφελης χρήσης

5 Η *Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)* ορίζεται στο Βρετανικό πρότυπο BS 7850 ως «φιλοσοφία διοίκησης και οι επιχειρηματικές εκείνες πρακτικές που στοχεύουν στην αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων και τη χρησιμοποίηση των υλικών ενός οργανισμού με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο, ώστε να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί στόχοι του» (Κωσταγιόλας και συν. 2008). Αποτελεί τρόπο διοίκησης με στόχο τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ευελιξίας, της ανταγωνιστικότητας και της ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πελατών (Δερβιτσιωτης, 2001). Με άλλα λόγια είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση των χρηστών και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού (έμψυχο και άψυχο) του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος (Παπανικολάου 2003).

Μπορούμε να πούμε ότι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης – διαχείρισης σε όλους τους τομείς του οργανισμού με σκοπό την καλύτερη δυνατή ποιότητα συνεχώς, σε όλα τα επίπεδα της παραγωγικής και διοικητικής διεργασίας, μέσα από τη διαρκή ικανοποίηση των πελατών – ασθενών και την ενδυνάμωση των υπαλλήλων, έτσι ώστε η αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος γίνεται όσο το δυνατόν πιο κάτω στην οργανωτική ιεραρχία.

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) καθόρισε τους παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας.

Καταλληλότητα (Appropriateness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση.

Διαθεσιμότητα (Availability): ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται.

Συνέχεια (Continuity): ο βαθμός στο οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.

Αποτελεσματικότητα (Effectiveness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

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

Αποδοτικότητα (Efficiency): η αναλογία των αποδόσεων (αποτελέσματα της φροντίδας) για έναν ασθενή, προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.

Σεβασμός και φροντίδα (Respect and caring): ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.

Ασφάλεια (Safety): ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνεται για τον ασθενή και άλλους, συμπεριλαμβανομένου και του παρέχοντα τη φροντίδα.

Επικαιρότητα (Timeliness): ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη.

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περιλαμβάνεται στις προτεραιότητες και τον προσανατολισμό των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών των συστημάτων υγείας. Επιβάλλεται λοιπόν ο εντοπισμός των παραγόντων που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν την ποιότητα τόσο στη λειτουργία του συστήματος, όσο και στο αποτέλεσμα.

1.3 Ανάλυση Περιβάλλοντος

1.3.1 Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας δε χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη ερευνητικού τομέα επομένως κάθε προσπάθεια βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στηρίζεται στις υπάρχουσες δυνατότητες και στην εισαγωγή νέων επιστημονικών γνώσεων και βιοτεχνολογικών υλικών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εντατικοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών που οδηγεί, τις περισσότερες φορές,

στην αύξηση του κόστους που όμως δε μεταφράζεται σε αύξηση της ικανοποίησης του πολίτη (Κωσταγιόλας και συν. 2008).

Το γεγονός ότι η εφαρμοζόμενη τεχνολογία και γνώση είναι ήδη δοκιμασμένη στο εξωτερικό, παρουσιάζει από τη μια το σύστημα ως μη απόλυτα εκσυγχρονισμένο επιστημονικά, από την άλλη πλευρά επιτρέπει τον περιορισμό των δαπανών και την διασφάλιση της ποιότητας στο αποτέλεσμα, αφού δεν υπάρχει ερευνητικός κίνδυνος. Σε αυτό το σύστημα υγείας ο καταναλωτής – ασθενής θεωρεί την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας κυρίως, ως αποτέλεσμα της σχέσης του με το γιατρό της επιλογής του και της νέας τεχνολογίας γι αυτό επιβαρύνεται οικονομικά, με άτυπες ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες που υποτίθεται καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Νιάκας, 1992). Έτσι επωμίζεται ο ασθενής κάθε εφαρμογή της νέας τεχνολογίας μέχρι την υιοθέτησή της από το σύστημα υγείας.

Εφόσον δεν υπάρχει αναπτυγμένος ερευνητικός τομέας στο σύστημα υγείας, η επιστημονική και τεχνολογική ενημέρωση παρέχεται από τα Πανεπιστήμια, Πανεπιστημιακές Κλινικές και τα μεγάλα τριτοβάθμια Νοσοκομεία. Επομένως ο χρήστης αξιολογεί την επιστημονική γνώση και τις δεξιότητες του ιατρού με βάση την ακαδημαϊκή του ιδιότητα.(Καθηγητής, Αναπληρωτής Καθηγητής) ή την ιεραρχική του θέση στο σύστημα υγείας (Διευθυντής Κλινικής, Επιμελητής Α').

1.3.2 Διαστάσεις ποιότητας της Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ποιότητα της φροντίδας υγείας έχει τρεις διαστάσεις:

A. Αποτελεσματικότητα : Η παρεχόμενη φροντίδα υγείας έχει στόχο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας μετά την παρέμβαση / θεραπεία.(Arah et al, 2003). Για πολλά προβλήματα υγείας, η ιατρική φροντίδα δεν είναι αποτελεσματική καθώς μεγάλος αριθμός ιατρικών πράξεων δεν τεκμηριώνεται ως προς το αποτέλεσμα πχ χειρουργικές επεμβάσεις ή διάφορες ιατρικές εφαρμογές που παρουσιάζουν αμφίβολα αποτελέσματα.

B. Τρόποι προσέγγισης του προβλήματος : Οι ιατροί μεταξύ τους, ακόμη και της ίδιας ειδικότητας, προσεγγίζουν και αντιμετωπίζουν διαφορετικά τις συνήθειες

παθήσεις με αποτέλεσμα τη σύγχυση του χρήστη, ο οποίος δεν έχει τις κατάλληλες γνώσεις, ως προς την ασφάλεια της κάθε παρέμβασης. Αυτό έχει αυξητικές επιπτώσεις στο κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας πχ αμυντική ιατρική με πληθώρα εξετάσεων προς μείωση του κινδύνου εσφαλμένης απόφασης και τον εφησυχασμό του χρήστη (Μπινιώρης, 2001).

Γ. Διάσταση της Φροντίδας (Ανταποκρισιμότητα): Αναφέρεται στο σύστημα υγείας και τρόπο που αυτό ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του χρήστη. Η φροντίδα υγείας σήμερα χαρακτηρίζεται από την υπέρμετρη χρησιμοποίηση της τεχνολογίας από τους ιατρούς και την παραμέληση της επαφής με τον χρήστη. Συνεπώς η ανθρωπιστική φροντίδα υγείας παρουσιάζει μεγάλη μείωση και αυτό προκαλεί μεγάλη δυσαρέσκεια στον ασθενή, αφού δεν ικανοποιείται η ανάγκη του για άμεση σχέση με το γιατρό (Κυριόπουλος και συν. 2000).

Πέρα από τη διαχείριση ατομικών περιπτώσεων μπορούμε να διατυπώσουμε δυο αξιώματα για την ποιότητα :

- Ο μέσος άνθρωπος προτιμά να είναι υγιής παρά καλοφροντισμένος άρρωστος (αξίωμα υπέρ της προληπτικής ιατρικής)
- Ο μέσος άνθρωπος προτιμά την ταχύτερη δυνατόν αποκατάσταση της υγείας του με απλά μέσα παρά μια ισάξια μακροχρόνια νοσηλεία υψηλής τεχνολογίας (αξίωμα υπέρ της πρωτοβάθμιας φροντίδας) (Τσαλίκης , 2003).

Ο Donabedian (1988) έθεσε τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

1 Την τεχνική διάσταση που αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς.

2 Τη διαπροσωπική διάσταση που αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του χρήστη των υπηρεσιών από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντι του, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

3 Τη διάσταση της ξενοδοχειακής υποδομής που αφορά τον περιβάλλοντα χώρο, τις συνθήκες όπου προσφέρονται οι υπηρεσίες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

1.3.3. Σχέσεις Ιατρικού προσωπικού και Διοίκησης

Το σύστημα υγείας στη χώρα μας είναι συγκεντρωτικό και οι διαδικασίες του management λειτουργούν απόλυτα στα πλαίσια του εκάστοτε κυβερνητικού στρατηγικού σχεδιασμού. Έτσι στις μονάδες παροχής φροντίδας υγείας ασκείται διοίκηση με την έννοια της διαχείρισης.

Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι γιατροί αντιλαμβάνονται τη διοίκηση ως διαχείριση η οποία είναι επικουρική στη φροντίδα υγείας με την ιατρική άποψη να υπερισχύει των διαδικασιών διοίκησης, ιδιαίτερα των γιατρών με κοινωνική αποδοχή της επιστημονικής τους ικανότητας. Αποτέλεσμα αυτής της αντίληψης είναι να δημιουργείται χάσμα μεταξύ διοίκησης και γιατρών (Μπινιώρης, 2001).

Συνεπώς στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας υπάρχουν δυο εξουσίες: η «εκτελεστική», δηλαδή η εξουσία που ασκείται από τη διοίκηση – διεύθυνση και η «επαγγελματική» η οποία ασκείται από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μονάδες υγείας. Αυτές οι αλληλοσυγκρουόμενες, πολλές φορές αρχές, προκαλούν εντάσεις στις σχέσεις διοίκησης και επαγγελματιών υγείας (Σιγάλας, 2003).

Οι εντάσεις μεταξύ διοίκησης και επαγγελματιών υγείας κυρίως ιατρών, γίνονται εντονότερες εφόσον αισθάνονται απαξίωση και απομόνωση από τη διοίκηση με συνέπεια την έλλειψη ενδιαφέροντος για κάθε διαχειριστική πρακτική που οδηγεί στη συνεχή μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους από την αδιαφορία του συνόλου των επαγγελματιών υγείας για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας στον πληθυσμό.

1.4. Κόστος ποιότητας

Κόστος μπορεί να θεωρηθεί ένα όριο πέρα από το οποίο κάθε οικονομική δραστηριότητα θεωρείται αδύνατη, αφού η συνολική οικονομική κατάσταση της μονάδας δεν μπορεί να ανταποκριθεί.

Στη διοίκηση ολικής ποιότητας υπολογίζουμε δυο μορφές :

A. το κόστος από την έλλειψη ποιότητας και

B. το κόστος από την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.
Η γνώση του κόστους ποιότητας παρουσιάζει δυο βασικά πλεονεκτήματα:

1. παρέχει τη δυνατότητα διάγνωσης και ιεράρχησης των προβλημάτων από την έλλειψη ποιότητας
2. παρέχει τη δυνατότητα ανάπτυξης προγραμμάτων για τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών (Donabedian et al. 1992).

1.4.1 Κόστος Έλλειψης Ποιότητας

Το κόστος έλλειψης ποιότητας υγείας είναι υψηλότατο και για την αντιμετώπιση του πρέπει να γνωρίζουμε τις αιτίες που το προκαλούν. Η βασικότερη αιτία είναι η μειωμένη αποτελεσματικότητα (ανεπάρκεια) εσωτερική και εξωτερική. Συνεπώς το κόστος έλλειψης ποιότητας δημιουργείται από την αδυναμία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας να ικανοποιούν τους πελάτες – ασθενείς. Αυτό το κόστος μη ικανοποίησης των πελατών – ασθενών δεν εκφράζεται λογιστικά αλλά ως οικονομικό κόστος από την απώλεια δραστηριότητας – ευκαιριών. Οι μη ικανοποιηθέντες ασθενείς που έχουν αρνητική εικόνα για τη μονάδα υγείας θα τη μεταφέρουν σε περισσότερους ανθρώπους, στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, από τους ευχαριστημένους ασθενείς με αποτέλεσμα τη προοδευτική μείωση των εισροών (Δερβιτσιώτης, 1997).

1.4.2. Κόστος Βελτίωσης Ποιότητας

Το κόστος βελτίωσης της ποιότητας είναι λογιστικό αφού σχετίζεται με την αποτίμηση του κόστους για την ικανοποίηση μιας σειράς αποδεκτών προτύπων. Για την αποτελεσματική αποτίμηση του κόστους αυτού είναι απαραίτητη η πλήρη απεικόνιση όλων των διαδικασιών του κάθε προτύπου. Τα πιο αντιπροσωπευτικά κόστη βελτίωσης ποιότητας είναι : *κόστος αποφυγής λαθών* δηλαδή το κόστος για την πρόληψη των λαθών και το κόστος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κόστος αξιολόγησης της ποιότητας είναι το κόστος των δαπανών για τις δραστηριότητες που απαιτούνται για τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών συν το κόστος λειτουργίας των απαιτούμενων συστημάτων.

Αποφεύξιμο κόστος εννοούνται οι επιβαρύνσεις από τα όποια λάθη πραγματοποιούνται από λανθασμένες επιλογές.

Αναγκαίο κόστος είναι τα προβλεπόμενα έξοδα για την επίτευξη της ποιότητας.

Κόστος ελαττωματικού «προϊόντος» υγείας θεωρείται το κόστος από λάθη πράξεων / επιλογών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, από τη διόρθωσή τους και από το κόστος ελέγχου του τελικού αποτελέσματος.

Για να επιτευχθεί ο στόχος κάθε μονάδας υγείας μέσα από διαδικασίες ποιότητας, απαιτείται συνολική μείωση κάθε μορφής κόστους. Είναι λοιπόν απαραίτητος ο καθορισμός των αναγκών και των προτύπων λειτουργίας για τη διασφάλιση της ποιότητας στις μονάδες υγείας (Δερβιτσιώτης, 1997).

1.5. Καθορισμός αναγκών και προτύπων διασφάλισης της ποιότητας στις Μονάδες Υγείας

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω η διασφάλιση της ποιότητας Φροντίδας Υγείας βασίζεται στον καθορισμό των προτύπων δηλαδή να γνωρίζουμε πως θέλουμε να λειτουργήσει η μονάδα υγείας. Οι ταχύτερες οικονομικές και επιστημονικές μεταβολές δεν επιτρέπουν τον ακριβή καθορισμό συγκεκριμένων αναγκών και στόχων γιατί στο χρόνο που χρειάζεται για την επίτευξη ενός στόχου, αυτός θα έχει μεταβληθεί σε νέο ποιοτικότερο. Όμως έτσι θα έχουν τεθεί όμως οι βάσεις για ποιοτικές υπηρεσίες (Τσάκος 2003).

Στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας χρησιμοποιούνται δυο παραγωγικοί συντελεστές: ο *εξοπλισμός* (υλικά αναλώσιμα και πάγια) και το *ανθρώπινο δυναμικό*, που είναι το κυρίαρχο στοιχείο στην παραγωγική διαδικασία και έχει άμεση σχέση με την ποιότητα στην προσφερόμενη φροντίδα υγείας.

Βασικός στόχος στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας λοιπόν είναι η καθιέρωση διαδικασιών για συνεχή βελτίωση κάθε δραστηριότητας που θα δημιουργεί αξία για τον ασθενή και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τη μονάδα υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την εφαρμογή:

1. Προτύπων δηλαδή τον καθορισμό ενός μέτρου με βάση το οποίο μπορεί να μετρηθεί το παραγόμενο προϊόν – ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

2. Κατάλληλων κριτηρίων αποτελεσματικότητας με το οποίο γίνεται αξιολόγηση των προτύπων, όπου κριτήριο είναι οι κανόνες που χρησιμοποιούνται από τη διοίκηση για την επίτευξη των προκαθορισμένων προτύπων.

Τα σύγχρονα πρότυπα στο χώρο της υγείας πρέπει να ικανοποιούν τρία στοιχεία:

1. Τη συνεχή απόδειξη ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ικανοποιούν τους ασθενείς – πελάτες.
2. Την επιβολή ενός συστήματος συνεχούς βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και
3. Την επιβολή της σταδιακής συμμετοχής των εργαζομένων στην ποιότητα (Μπινιώρης 2001).

Έτσι για την επιτυχή εφαρμογή ενός προτύπου ποιότητας η μονάδα υγείας υποχρεώνεται να θέσει ευθύνες και υποχρεώσεις, τόσο στα ανώτερα, όσο και στα μεσαία στελέχη.

Οι ευθύνες των ανωτέρων στελεχών μπορούν να συνοψιστούν:

- Καθορισμός στόχων και πολιτική.
- Οργανωτική δομή και καθορισμός ευθυνών.
- Καθορισμός τεχνικών προδιαγραφών.
- Μετρήσεις – υποδείξεις για περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας.

Οι υποχρεώσεις / δεσμεύσεις των μεσαίων στελεχών σχηματοποιούνται ως εξής:

- Σχεδίαση παροχής φροντίδας υγείας.
- Καθορισμός διαδικασιών εισαγωγής.
- Δημιουργία και διασφάλιση αρχείου ασθενούς.
- Καθορισμός – σχεδιασμός εντύπων
- Διαρκή εκπαίδευση προσωπικού.
- Διαρκή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Μπινιώρης 2001).

1.6. Επίμετρο

Στην παρούσα οικονομική κατάσταση που η κοινωνία αδυνατεί να καλύψει το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας η μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας ολόκληρου πληθυσμού προς το κοινό συμφέρον φαίνεται να πραγματοποιείται μέσα από την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των εργαζόμενων και των όποιων διαθέσιμων πόρων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη Συνεχή Ποιοτική Βελτίωση των

παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την εμπλοκή στις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όλων των παραγωγικών συντελεστών. Η καθιέρωση προτύπων ποιότητας σε κάθε μονάδας υγείας, με τη λεπτομερή καταγραφή των ευθυνών και των υποχρεώσεων / δεσμεύσεων όλων των στελεχών, η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στην έννοια της ποιότητας και η ενδυνάμωσή τους μέσα από τη συμμετοχή σε ομάδες εργασίας στη διαχείριση των μονάδων, θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και συγχρόνως να συμβάλλει στη μείωση του κόστους.

Κεφάλαιο 2

Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα εξαρτάται, σύμφωνα με τη θεωρία της Συνεχούς Βελτίωσης, από την κατανόηση και την αναθεώρηση των παραγωγικών διαδικασιών με βάση τα δεδομένα. Κάθε διαδικασία παράγει πληροφόρηση, πάνω στην οποία στηρίζεται η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με άλλα λόγια η βελτίωση

της απόδοσης μιας υγειονομικής μονάδας, επιτυγχάνεται μέσα από τη μείωση των απωλειών, της επανάληψης των εργασιών και της πολυπλοκότητας.

Για να βελτιώσουμε την ποιότητα θα πρέπει να μπορούμε να τη μετρήσουμε. Ένας από τους σημαντικούς παράγοντες για τη μέτρηση και πιστοποίηση της ποιότητας είναι η ικανοποίηση των ασθενών.

Η μέτρησή της σχετίζεται με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη λειτουργικότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς και από το ανθρώπινο δυναμικό και τον περιβάλλοντα χώρο.

Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών εξαρτάται κυρίως, από τις προσδοκίες τους από την υπηρεσία, τα κοινωνικό – οικονομικά χαρακτηριστικά τους και από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν (Sitzia, 1997). Ειδικότερα η ικανοποίηση μετράται με τη διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκά ο χρήστης / ασθενής από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας. Από τα πιο έγκυρα και εφαρμόσιμα θεωρείται το μοντέλο SERVQUAL, το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί και για τη μέτρηση ποιότητας της παροχής υπηρεσιών. Το μοντέλο αναδεικνύει το χάσμα ανάμεσα στις προσδοκίες των πελατών και στην ικανοποίησή τους από το προϊόν ή την υπηρεσία. Το SERVQUAL έχει δύο φάσεις, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και μεμονωμένα. Η πρώτη φάση διερευνά τους παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση των πελατών, ενώ η δεύτερη φάση περιλαμβάνει τη μέτρηση της γεφύρωσης του χάσματος και θεωρείται μέτρο της αποτελεσματικής διοίκησης για την εξασφάλιση της ποιότητας του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Προϋπόθεση για τη βελτίωση της ποιότητας και στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι η χρήση προτύπων διαχείρισης. Ο Donabedian (1988) θεωρεί ότι το πρότυπο χρησιμεύει ως ένας ακριβής ποσοτικός ή ποιοτικός προσδιορισμός για μια από τις παραμέτρους της υγειονομικής φροντίδας και βασίζεται στις προσδοκώμενες διεργασίες ή προσδοκώμενα αποτελέσματα.

2.1. Πρότυπα επιλογής και αξιολόγησης των μονάδων υγείας.

Η προσέγγιση της πολύπλοκης λειτουργίας των μονάδων υγείας μέσα από τα πρότυπα επιτρέπει τη Συνεχή Ποιοτική Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με τα πρότυπα λοιπόν ορίζονται οι προδιαγραφές απόδοσης μιας Μονάδας Υγείας και επομένως αυτά πρέπει να είναι συγκεκριμένα, μετρήσιμα, κατάλληλα, αξιόπιστα και επίκαιρα (σύγχρονα). Κάθε πεδίο διαθέτει τα δικά του εξειδικευμένα πρότυπα: πρότυπα υπηρεσιών, πρότυπα πρακτικής, διοικητικά πρότυπα (Παπανικολάου 2003). Μέσα σε κάθε πεδίο προτύπων έχουμε τρεις τύπους: πρότυπα δομής, διαδικασίας και αποτελεσμάτων. Η προτυποποίηση είναι απαραίτητη επειδή επιφέρει την προβλεψιμότητα η οποία είναι σημαντική στη βελτίωση των διεργασιών στην απόδοση της μονάδας υγείας.

ΠΡΟΤΥΠΑ ΔΟΜΗΣ

Τα πρότυπα δομής περιγράφουν τις αρχές της μονάδας, την αποστολή, τη φιλοσοφία, τους στόχους, τις πολιτικές που ακολουθεί και περιγράφουν την εργασία αυτής ή ενός τμήματος. Είναι αδιαπραγμάτευτα και δεν τροποποιούνται κατά περίπτωση και περίπτωση.

ΠΡΟΤΥΠΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

Η διαδικασία περιγράφει το πώς η τεχνογνωσία, οι ικανότητες και οι συμπεριφορές της μονάδας υγείας γίνονται πράξη. Με άλλα λόγια, διαδικασία είναι το πώς πάμε από το ένα σημείο στο άλλο. Περιλαμβάνει δε οδηγίες πρακτικής εφαρμογής, σχέδια και στοιχεία που ορίζουν τις διεργασίες για τις οποίες είναι υπεύθυνη η μονάδα υγείας. Με τα πρότυπα διαδικασιών δεν αναμένεται απόλυτη συμμόρφωση καθώς υπάρχουν δικαιολογήσιμες και αποδεκτές διακυμάνσεις.

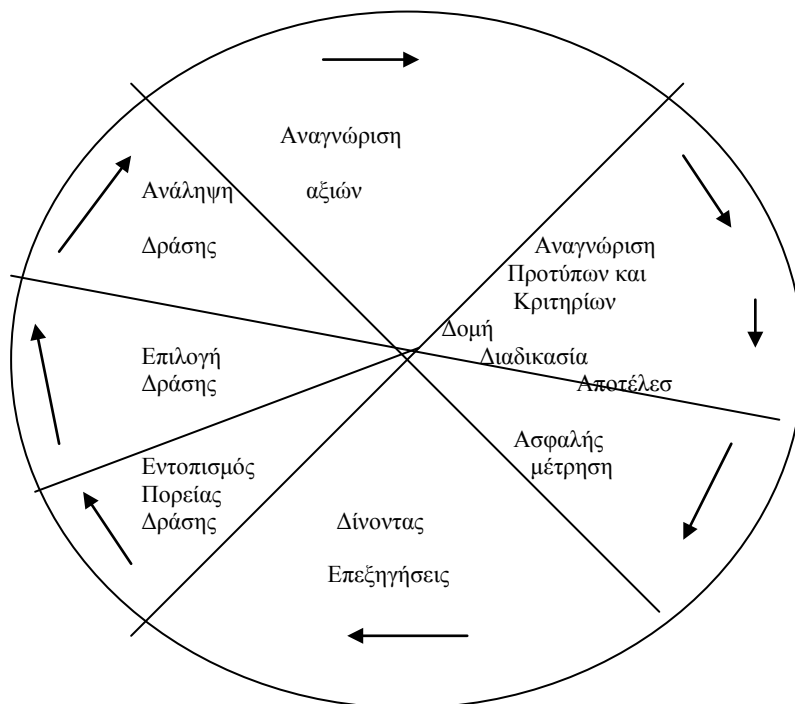
ΠΡΟΤΥΠΑ ΑΠΟΤΕΛΑΣΜΑΤΩΝ

Τα πρότυπα αποτελεσμάτων είναι η εκκαθάριση του λογαριασμού που μπορεί να μην είναι πάντα αυτή που επιθυμούμε. Αξιολογούν την εφαρμογή των πρότυπων δομής και την ολοκλήρωση διαδικασιών.

Για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα πρότυπα επιδρούν στη βελτίωση της φροντίδας υγείας, χρησιμοποιείται ο κύκλος ποιότητας ο οποίος ορίζεται ως ομάδα εργαζομένων, με κατάλληλη εκπαίδευση, οι οποίοι εργάζονται στον ίδιο ή σε παραπλήσιους τομείς ενός οργανισμού.

Σκοπός τους είναι η επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων του τομέα εργασίας τους, τα οποία δεν είναι δυνατό να λυθούν με συμβατικές μεθόδους. Ο κύκλος ποιότητας λειτουργεί μέχρι την οριστική επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Κύκλος ποιότητας



(πηγή : Παπανικολάου Β. 2003)

Το πρώτο μέρος του κύκλου περιγράφει το τι κάνουμε για να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας, γιατί είμαστε εδώ και τι πιστεύουμε ότι κάνουμε. Έτσι γίνονται γνωστά οι στόχοι και η φιλοσοφία της μονάδας υγείας. Κατόπιν αναγνωρίζονται τα πρότυπα (δομής, διαδικασίας, αποτελέσματος) που θα χρησιμοποιηθούν ώστε να μπορεί να μετρηθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Το επόμενο μέρος του κύκλου είναι η μέτρηση των προτύπων και η επιλογή του τρόπου εφαρμογής. Δηλαδή αυτό που *πρέπει* να γίνει *πως* θα γίνει.

Το τελευταίο βήμα είναι η ανάληψη δράσης συγκρίνοντας το «τι θα έπρεπε να γίνει» με το «τι έγινε». Ο κύκλος τότε επανέρχεται για να επιβεβαιώσει ότι έχουν πραγματοποιηθεί οι βελτιώσεις.

2.2. Διαμόρφωση κριτηρίων και παρακολούθηση προτύπων

Τα κριτήρια μπορούν να οριστούν ως περιγραφικές δηλώσεις απόδοσης, συμπεριφοράς και συνθηκών που αντιπροσωπεύουν θετικές καταστάσεις πραγμάτων. (Παπανικολάου, 2003). Τα κριτήρια είναι σχετικός δείκτης ποιότητας φροντίδας υγείας και βοηθούν να λειτουργήσουν τα πρότυπα καθώς επιτρέπουν τη μέτρηση του δηλωθέντος προτύπου.

Ένα κριτήριο πρέπει να είναι: μετρήσιμο, συγκεκριμένο, σχετικό, απόλυτα κατανοητό, απλά διατυπωμένο, επιτεύξιμο, κλινικά τεκμηριωμένο και περιοδικά αναθεωρούμενο.

Τα κριτήρια τα διακρίνουμε σε:

1 Κριτήρια δομής τα οποία αντιπροσωπεύουν τι πρέπει να προσφερθεί για την επίτευξη του προτύπου (φυσικό περιβάλλον, κτήρια, εξοπλισμός, αριθμός προσωπικού, οι δεξιότητες του, η κατάρτιση του, οι κανονισμοί, τα πρωτόκολλα, οδηγίες, το οργανωτικό σύστημα)

2 Κριτήρια διαδικασιών τα οποία περιγράφουν ποιες είναι οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν για την επίτευξη του στόχου που έχει τεθεί (τεχνικές και διαδικασίες αποτίμησης, μέθοδοι παροχής φροντίδας, μέθοδοι της παροχής πληροφοριών, μέθοδοι τεκμηρίωσης, αξιολόγηση των ικανοτήτων του προσωπικού).

3 Κριτήρια αποτελεσμάτων που περιγράφουν με συγκεκριμένη μετρήσιμη μορφή την επίδραση της νοσηλείας στην εξέλιξη του προβλήματος.

Συνεπώς τα κριτήρια περιγράφουν τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν, ενώ το πρότυπο φανερώνει την απόδοση αυτών των ενεργειών. Έτσι για να εξασφαλιστεί η απόδοση και η πραγματοποίηση του στόχου που έχει τεθεί πρέπει τα πρότυπα να παρακολουθούνται. Αυτό γίνεται με την (1) ταυτόχρονη αξιολόγηση, και (2) αναδρομική αξιολόγηση των ενεργειών (Παπανικολάου 2003).

Η αναδρομική αξιολόγηση γίνεται μετά το εξιτήριο του ασθενούς μέσα από την ανασκόπηση των αρχείων του για την αναγνώριση των ελλείψεων και των δυνατοτήτων της παρεχόμενης φροντίδας, τη συνέντευξη με τον ασθενή και τους οικείους ή με ερωτηματολόγιο που συμπληρώνει ο χρήστης.

Η ταυτόχρονη αξιολόγηση όλους τους παραπάνω μηχανισμούς αξιολόγησης οι οποίοι διενεργούνται κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας υγείας.

Σκοπός της αξιολόγησης είναι η αναγνώριση των προσδοκιών των ασθενών, με απώτερο στόχο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα από την ικανοποίηση των χρηστών των μονάδων υγείας.

Η ικανοποίηση των χρηστών μπορεί να θεωρηθεί ως μέτρο της ανταπόκρισης της διοίκησης στις ανάγκες και προσδοκίες τους, καθώς αυτή έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος και συν. 1990). Ο χρήστης τις περισσότερες φορές βρίσκει προβληματικές περιοχές που η διοίκηση δεν έχει αγγίξει. Έτσι συμβάλλει στην αύξηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας (Παπανικολάου 2003).

Έρευνες έχουν δείξει (Parasuraman et al., 1998) ότι οι χρήστες υπηρεσιών χρησιμοποιούν τα ακόλουθα κριτήρια:

1. *Αξιοπιστία*: Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
2. *Ανταπόκριση*: Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζόμενων να εξυπηρετήσουν το χρήστη.
3. *Ικανότητα*: Απαραίτητα προσόντα των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
4. *Πρόσβαση*: Πόσο εύκολη είναι η είσοδος στην υπηρεσία ή να έρθεις σε επαφή με το προσωπικό
5. *Ευγένεια*: Φιλικότητα και προθυμία στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
6. *Επικοινωνία*: Πληροφόρηση του χρήστη και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.
7. *Επαγγελματική πίστη*: Εμπιστοσύνη και καλή φήμη του προσωπικού.
8. *Ασφάλεια*: Σωματική ασφάλεια, όχι αμφιβολίες, εχεμύθεια.
9. *Κατανόηση*: Επίδειξη της κατανόησης από το προσωπικό στην πράξη για να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη.
10. *Φυσικά χαρακτηριστικά*: Ευχάριστο περιβάλλον, εμφάνιση εργαζομένων.

Για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ασθενή η μονάδα υγείας πρέπει να υπάρχουν:

- Επαρκές και επιστημονικά εκπαιδευμένο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό)
- Κατάλληλος τεχνολογικός εξοπλισμός για το είδος της μονάδας υγείας
- Κατάλληλος ξενοδοχειακός εξοπλισμός

- Υψηλό επίπεδο καθαριότητας

Σύμφωνα με τις παραπάνω ανάγκες ο ασθενής / χρήστης βαθμολογεί υποκειμενικά το επίπεδο ικανοποίησης που απολαμβάνει.

Επομένως για να ικανοποιηθεί ο ασθενής ζητά:

- Άμεση επικοινωνία με το γιατρό που θεωρεί ικανό, ή που έχει πεισθεί για την επιστημονική του πληρότητα
- Ενημέρωση για την όποια αλλαγή ή καθυστέρηση στην πορεία της θεραπείας του
- Αίσθηση ευαισθησίας για τα προβλήματά του
- Αίσθημα ασφάλειας για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας
- Ευχάριστο ξενοδοχειακό περιβάλλον
- Υψηλό επίπεδο καθαριότητας
- Υψηλό επίπεδο εξυπηρέτησης (Παπανικολαου, 2003).

Ο Robinson (1999) αναφέρει ότι η ικανοποίηση (satisfaction) είναι διαφορετική από την ποιότητα της υπηρεσίας (service quality) γιατί η ικανοποίηση έχει σχέση με ένα συγκεκριμένο υποσύνολο προμηθευτών και υπηρεσιών της συνολικής υπηρεσίας είναι δε, γνωστική κατάσταση η οποία έπεται της παρεχόμενης υπηρεσίας και διαμορφώνεται από την ποιότητα των υπηρεσιών (Andaleeb, 1998), ενώ η ποιότητα της υπηρεσίας μπορεί να μετρηθεί.

Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από το βαθμό αποδοχής των παρεχόμενων υπηρεσιών μιας συγκεκριμένης μονάδας και είναι συνισταμένη πολλών κριτηρίων (Elbeck, 1992 ; Martin-Hirsch & Wright 1998). Συνεπώς η ικανοποίηση των χρηστών για να μετρηθεί απαιτούνται ιδιαίτερα εργαλεία τα οποία θα αποδίδουν την αποδοχή και την προσωπική εκτίμηση των χρηστών. Ένα από αυτά τα εργαλεία είναι το μοντέλο SERVQUAL το οποίο μπορεί να προσαρμοσθεί ανάλογα με την υπηρεσία και τους διαφορετικούς παράγοντες αξιολόγησης.

2.3. Μοντέλο SERVQUAL, ποιότητα υπηρεσιών (service quality)

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο τις διοικητικές (εσωτερικές) λειτουργίες οι οποίες αποτελούν τη βάση της ύπαρξης της, περιλαμβάνει και τον χρήστη των υπηρεσιών καθώς θεωρείται το κύριο μέρος για την επιβίωση και ανάπτυξη της μονάδας υγείας.

Υπό αυτή την άποψη, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στο Δημόσιο τομέα έχει αυξημένη σημασία για την αποδοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους χρήστες, την επισήμανση προβλημάτων ποιότητας για τους παραγωγούς και αποτελούν μια μορφή λογοδοσίας ως προς την κοινωνική ευθύνη των παραγωγών υπηρεσιών υγείας (Sureschandar et al, 2001).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν καταγράψει αρκετές ερευνητικές προσπάθειες μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Κατά τον Williams (1994) η ικανοποίηση συνδέεται με τρεις θεωρίες: τη θεωρία της Ασυμφωνίας (Discrepancy Theory), τη θεωρία της Πλήρωσης (Fullfillment Theory), και τη θεωρία της Ισοτιμίας (Equity Theory).

Η θεωρία της Πλήρωσης και της Ισοτιμίας σχετίζονται με την αντιλαμβανόμενη αξία της υπηρεσίας και την κοινωνική σύγκριση. Η θεωρία της Ασυμφωνίας σχετίζεται με το άτομο και σύμφωνα με αυτή ο βαθμός ικανοποίησης ορίζεται ως διαφορά μεταξύ των αναγκών – επιθυμιών των χρηστών και το ποσοστό κάλυψης αυτών (Καϊτελίδου, 2008).

Η ποιότητα των υπηρεσιών (Service Quality) μετράται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (Perceptions) με τις προσδοκίες (Exprectations) και ορίζεται η διάφορα μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών των χρηστών. Η προσέγγιση που βασίζεται στις προσδοκίες και τη διάγνωση των προσδοκιών εφαρμόζεται στις μελέτες για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιώντας διεθνώς αναγνωρισμένο μοντέλο «Ποιότητα Υπηρεσίας» (SERVQUAL), που αναπτύχθηκε από τους Parasuraman et al (1998) (Καϊτελίδου 2008).

Το μοντέλο SERVQUAL θεωρείται από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία μετρήσεων της ποιότητας και μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με την υπηρεσία που πρόκειται να αξιολογηθεί ως προς την ποιότητα, μέσα από πέντε βασικές διαστάσεις προσδιορισμού της (Zeithaml et al, 1985): α) *Απτότητα* β) *Αξιοπιστία* γ) *Ανταπόκριση* δ) *Διασφάλιση* ε) *Ενσυναίσθηση*.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Οι πέντε διαστάσεις καθορισμού της ποιότητας μιας υπηρεσίας με βάση τις οποίες κατασκευάστηκε η κλίμακα SERVQUAL

ΔΙΑΣΤΑΣΗ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ
Απτότητα - Tangibles	Πάγιος εξοπλισμός, διατιθέμενοι χώροι και υποδομές, εικόνα προσωπικού κ.ά.
Αξιοπιστία - Reliability	Η ικανότητα του οργανισμού να εκτελεί την

	υπηρεσία που έχει συμφωνηθεί αξιοπιστία, με ακρίβεια και χωρίς χρονικές καθυστερήσεις.
Ανταπόκριση - Responsivness	Η επιθυμία του προσωπικού να ανταποκριθεί στις ανάγκες των χρηστών.
Διασφάλιση - Assurence	Η εμπιστοσύνη που εμπνέει το προσωπικό με βάση τις γνώσεις, τις εμπειρίες, την εκπαίδευση και τις ικανότητες.
Ενσυναίσθηση (Εμπάθεια) - Emprathy	Η εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.

(πηγή: Κέφης, 2005)

Υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις του μοντέλου SERVQUAL οι οποίες αναφέρονται είτε στις κλίμακες μετρήσεων που χρησιμοποιούνται είτε στη βαρύτητα που προσδίδεται στις διαστάσεις ή ακόμη στον ορισμό διαφορετικών διαστάσεων για τη μέτρηση της ποιότητας. Όσον αφορά τις κλίμακες μετρήσεων τύπου Likert, μπορεί να είναι οι ίδιες ή διαφορετικές σε κάθε διάσταση. Σημαντικό ρόλο στη επιλογή της κλίμακας μέτρησης αποτελεί ο απαιτούμενος βαθμός ευαισθησίας και η κατανόησή της από τους ερωτώμενους (Κωσταγιόλας και συν. 2008).

Στο μοντέλο SERVQUAL, οι αποκλίσεις (χάσμα) μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Αποκλίσεις Τύπου 5 /Gap 5) προκύπτουν όταν ο χρήστης δε συναντά την υπηρεσία που περιμένει να συναντήσει ή η υπηρεσία δεν καλύπτει τις ανάγκες του. Οι θετικές και αρνητικές αποκλίσεις διαμορφώνουν το αποδεκτό (tolerable) από τους χρήστες επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το οποίο ούτε τους ικανοποιεί ούτε τους δυσαρεστεί.

Με τη χρησιμοποίηση του SERVQUAL στο χώρο των υπηρεσιών υγείας είναι δυνατό να εντοπιστούν τα σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Με αναλύσεις παλινδρόμησης της συνολικής ικανοποίησης από την υπηρεσία, μπορεί να προσδιοριστεί η σημαντικότητα που προσδίδουν οι χρήστες σε κάθε διάσταση (Λαζάρου, 2005).

Το SERVQUAL έχει εφαρμοστεί στις υπηρεσίες υγείας σε σημαντικό ποσοστό τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα (Babakus & Mangold 1992, Youssef et al 1995, Fuentes 1999Hwang et al 2003, Κωσταγιόλας και συν. 2006).

Στην Ελλάδα, το SERVQUAL εφαρμόστηκε για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών στο Τμήμα Οδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1998 – 1999 (Karydis et al, 2001). Επίσης χρησιμοποιήθηκε σε συγκριτική έρευνα για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου (Λαζάρου, 2005).

Η ποιοτική απόδοση ενός οργανισμού εξασφαλίζεται με τη Συνεχή Ποιοτική Βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας και προαπαιτεί την προτυποποίηση, τη διαμόρφωση κριτηρίων και την αξιολόγηση της υπηρεσίας από τον τελικό αποδέκτη το χρήστη. Η αναγνώριση λοιπόν των προσδοκιών των χρηστών έχει στόχο την ικανοποίηση αυτών των προσδοκιών με σκοπό να συμβάλλει στην ποιοτική απόδοση της υπηρεσίας. Η μέτρηση της ποιότητας υπηρεσίας αποδίδεται αξιόπιστα με το διεθνώς αναγνωρισμένο μοντέλο SERVQUAL, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στις υπηρεσίες υγείας και συμβάλλει στον εντοπισμό των σημείων απόδοσης που χρειάζονται βελτίωση. Ο απώτερος σκοπός της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της ικανοποίησης των χρηστών είναι η επέμβαση στην υπηρεσία και στο μελλοντικό σχεδιασμό των υπηρεσιών του οργανισμού.

Κεφάλαιο 3

Μελέτες για την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας

3.1. Ερευνητικές μελέτες για την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Από την μέχρι τώρα ανάλυση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) φαίνεται η ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής προγραμμάτων ποιότητας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στο σύνολο του και στις επιμέρους μονάδες υγείας. Για την εφαρμογή της ποιότητας στην υγεία είναι απαραίτητος ο καθορισμός πρότυπων. Δηλαδή ποιά θέλουμε να είναι η παραγόμενη ποιότητα της προσφερόμενης υπηρεσίας. Οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την πραγματοποίηση ενός τέτοιου προγράμματος αφορούν α) το συνολικό στρατηγικό σχεδιασμό του συστήματος υγείας και β) την επιμέρους τακτική εφαρμογή της ΔΟΠ στην κάθε μονάδα υγείας (Μπινιώρης, 2001).

Η επιτυχία ενός συστήματος υγείας βασίζεται στις παρακάτω αποδοχές ότι:

- 1.** Τα νοσοκομεία είναι ο χώρος δημιουργίας των προτύπων της ιατρικής φροντίδας
- 2.** είναι αναγκαία η ευελιξία του εφαρμοζόμενου συστήματος
- 3.** η μακροχρόνια εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας είναι απαραίτητη.

Το πρώτο στάδιο προτυποποίησης αφορά τον Πανεπιστημιακό χώρο καθώς οι πανεπιστημιακοί έχουν την πληρέστερη δυνατή ιατρική ενημέρωση ώστε τα πρότυπα να είναι ενημερωμένα και σύγχρονα. Ακόμη μέσα από τις πανεπιστημιακές έρευνες και μελέτες, τα προτεινόμενα πρότυπα θα έχουν την επιστημονική εγκυρότητα. Επίσης η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, κ.α.) γίνεται από το πανεπιστήμιο, επομένως η όλη εκπαίδευση (ειδικότητες) θα πρέπει να ακολουθεί καθορισμένα και αποδεκτά από όλο το σύστημα υγείας πρότυπα φροντίδας.

Επόμενο στάδιο καθορισμού προτύπων αφορά το νοσοκομείο του οποίου η διοίκηση μαζί με τους υπεύθυνους παροχής φροντίδας υγείας, θα πρέπει να τα καθορίσει. Αυτά θα πρέπει να είναι επιστημονικά αποδεκτά, ανάλογα με την επιστημονική εκπαίδευση του προσωπικού και να πληρούν τα οικονομικά πλαίσια – δυνατότητες του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Είναι φανερό ότι είναι αναγκαία η συνεργασία μεταξύ των γιατρών, της διοίκησης και του υπόλοιπου προσωπικού.

Μερικά από τα πρότυπα είναι η ικανοποίηση του ασθενή, η θνησιμότητα, οι επιπλοκές που εμφανίζουν οι ασθενείς, κ.λ.π.

Οι αρμόδιες (επιστημονικά τεκμηριωμένες) επιτροπές για τα πρότυπα, βασιζόμενες σε κριτήρια, θα πρέπει να αξιολογούν το αποτέλεσμα και να επιδιώκουν τη Συνεχή Βελτίωση Ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Η διοίκηση με βάση την ολική ποιότητα δεν αφορά μόνο την τριτοβάθμια (πανεπιστημιακός χώρος) και τη δευτεροβάθμια (νοσοκομειακός χώρος) φροντίδα υγείας που αναφέρθηκαν παραπάνω αφού με κάποιο τρόπο σε αυτές τις βαθμίδες εφαρμόζονται αποσπασματικά κάποια πρότυπα και κριτήρια σε διάφορα τμήματα (εργαστήρια, χειρουργείο, ΜΕ, κ.α.).

Σημαντικό είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) να λειτουργήσει με πρότυπα και κριτήρια σύγχρονα και αποτελεσματικά ώστε ο χρήστης – ασθενής να ικανοποιεί τις ανάγκες του και να αποκτήσει εμπιστοσύνη στη φροντίδα που του παρέχεται, ότι αυτή είναι υψηλής ποιότητας.

Έως σήμερα δεν έχει γίνει καμία συστηματική προσπάθεια εφαρμογής προτύπων στην ΠΦΥ, παρά μόνο σε ζητήματα ασφάλειας (χρήση γαντιών μιας χρήσεως, αποστειρωμένα υλικά, μέτρα προφύλαξης, κ.α.), ούτε καν διερεύνηση των αναγκών των χρηστών των Κέντρων Υγείας (ΚΥ). Οι όποιες προσπάθειες αναγνώρισης των προσδοκιών του χρηστή του συστήματος υγείας στη χώρα μας είναι αποσπασματική, μεμονωμένη και δεν έχει κοινή μεθοδολογία. Συνεπώς είναι δύσκολο να γίνουν συγκριτικές μελέτες για την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των διάφορων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Οι περισσότερες μελέτες διερεύνησης της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αναφέρονται σε νοσοκομεία ή τμήματα νοσοκομείων (εξωτερικά ιατρεία, τμήμα επειγόντων) ή ειδικές ομάδες ασθενών και σε πολυϊατρεία αστικών περιοχών.

Οι Κυριόπουλος και συν. το 1990, διεξήγαγαν έρευνα ικανοποίησης των χρηστών των εξωτερικών ιατρείων (ΕΙ) του ΙΚΑ. Η μελέτη βασίστηκε σε ερωτηματολόγια 24 ερωτήσεων, με πενταβάθμια κλίμακα, το οποίο διακινήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις. Το δείγμα αποτελούνταν από 137 χρήστες σε επτά υποκαταστήματα του ΙΚΑ στην Αττική. Τα αποτελέσματα έδειξαν ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες σε ποσοστό 55% - 65% ενώ η ικανοποίηση από τις συνολικές υπηρεσίες κυμαινόταν στο 40% - 58%.

Άλλη έρευνα με στόχο τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ ως προς την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, τη συνέχεια στη φροντίδα, την προσπελασιμότητα, κλπ, πραγματοποιήθηκε από τον Θεοδώρου (1993) κατόπιν τυχαίας επιλογής 880 ασθενών οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια με συνέντευξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλού βαθμού προσπελασιμότητα, υπερβάλλουσα ζήτηση και κατανάλωση, χαμηλό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι Σουλιώτης, Δόλγερας, Κόντος, Οικονόμου το 2002, διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Η έρευνα στηρίχτηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις από 350 άτομα ηλικίας 15 – 65 ετών. Ζητήθηκαν πληροφορίες για κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν δυσαρέσκεια από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ εξ αιτίας της ξενοδοχειακής υποδομής, της έλλειψης προσωπικού, της καθαριότητας και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας. Από την άλλη οι δομές των ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους ασθενείς κυρίως σε ότι αφορά τις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας.

Το 2003 οι Τούντας, Λοπατατζίδης, Χουλιάρας πραγματοποίησαν έρευνα σε 4 μονάδες υγείας του ΙΚΑ, το δείγμα αποτελούνταν από 435 ασφαλισμένους και το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 35 ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας, την ευκολία καθορισμού ραντεβού, χρόνο αναμονής και τη γενικότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και το γενικό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών διαπιστώνεται ότι υπάρχει ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από τους Λιαρόπουλο, Γούναρη, Καϊτελίδου και συν. το 2005, επιχειρήθηκε η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις δομές και υπηρεσίες του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Νικαίας αλλά και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων παρεμβάσεων (ανακαίνιση κλινικών κτιριακά και ξενοδοχειακό εξοπλισμό) που υλοποιήθηκαν από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της κάθε παρέμβασης στο βαθμό αύξησης της ικανοποίησης των χρηστών. Το δείγμα απετέλεσαν 600 νοσηλευθέντες σε πέντε κλινικές του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Στα αποτελέσματα βρέθηκε ότι παρά τα έργα αναβάθμισης που έγιναν σε τρεις από τις πέντε κλινικές, η ικανοποίηση των

ασθενών από την εικόνα του νοσοκομείου παρέμεινε χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. Αντίθετα η ικανοποίηση των ασθενών από την ανταπόκριση του προσωπικού και την πληροφόρηση που είχαν κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ακόμη αρκετά υψηλές τιμές έλαβε η εξατομίκευση της φροντίδας, της ευγένειας και των ικανοτήτων του προσωπικού.

Σε μια άλλη μελέτη διερεύνησης του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Αττική (Παπαδήμας,2005) η οποία βασίστηκε σε 772 συνεντεύξεις χρηστών υπηρεσιών υγείας, η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε ικανοποίηση από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Σε ερευνητική εργασία των Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκη, Σαρρή, Υφαντόπουλου το 2006, μετρήθηκε η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Ένα δείγμα 1000 συνοδών επιλέχθηκαν τυχαία και τους ζητήθηκε να υποδείξουν την ικανοποίησή τους από τη διαδικασία εισαγωγής των ασθενών και από το προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό). Η ικανοποίηση μετρήθηκε με την πενταβάθμια κλίμακα Likert σε ερωτηματολόγια με προσωπική συνέντευξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 45,2% των ερωτηθέντων συνοδών ήταν πολύ ως απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που είχαν, το 49% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα στις διαδικασίες εισαγωγής, το 54,3% εμφανίστηκε πολύ ως απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του προσωπικού ενώ μόλις το 2% είχε παράπονα από τη γενικότερη συμπεριφορά του.

Σε πρόσφατη ερευνά που διεξήγαγε το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (NNA) τον Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2009, ως προς την ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από 216 ασθενείς των ΕΙ και 141 ασθενών των ΤΕΠ. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην ικανοποίηση των χρηστών από τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές υπηρεσίες, τις υποδομές και στη συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες (85%), ενώ για τις διοικητικές και λοιπές υπηρεσίες του νοσοκομείου βρίσκεται στο 66%. Ο μέσος όρος για τη συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του NNA ήταν 66%.

Από το διεθνή χώρο ανεβρέθησαν δύο μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πρώτη αναφέρεται στη μέτρηση και τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών σε ΚΥ αγροτικής περιοχής του Πακιστάν

(Shaikh B.T. al 2008). Διήρκησε ένα έτος (Μάρτιος 2004-2005) και χρησιμοποιήθηκε το SERVQUAL. Ερωτήθηκαν 1533 ασθενείς και μετρήθηκε η αρχική και τελική ικανοποίηση των ασθενών μετά από την εφαρμογή σεμιναρίων, για την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων στην έννοια της ποιότητας, την εκπαίδευση, στη διαπροσωπική επικοινωνία και τη συνέντευξη με τους ασθενείς. Παρατηρήθηκε αύξηση του βαθμού ικανοποίησης συνολικά από το 34,4% στο 82% μετά το τέλος της παρέμβασης. Σε αυτή τη μελέτη φάνηκε ότι οι αναλφάβητοι και με την κατώτερη εκπαίδευση, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι τόσο στη αρχή όσο και στο τέλος της μελέτης.

Η δεύτερη μελέτη αφορά την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από δημόσιες αστικές και αγροτικές μονάδες υγείας σε μια πολιτεία της Μαλαισίας (Shafira et al, 2008). Είναι μια συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε αστική και αγροτική περιοχή ως προς την ικανοποίηση των χρηστών με βάση το SERVQUAL. Σκοπός της έρευνας ήταν ο καθορισμός της ικανοποίησης των χρηστών και η διάφορα του βαθμού ικανοποίησης ανάμεσα σε αστικές και αγροτικές περιοχές.

Συνολικά συμμετείχαν 3840 χρηστές από αστικές και 4768 από αγροτικές μονάδες υγείας. Υπήρχαν διάφορες στον πληθυσμό της μελέτης όπως η δημογραφική σύσταση του δείγματος (διαφοροποίηση εθνικότητας), το επίπεδο εκπαίδευσης, το είδος της εργασίας και το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο. Στο σύνολο των ερωτηθέντων το 86,1% ήταν ικανοποιημένο ενώ 13,9% δήλωσε μη ικανοποιημένο. Επίσης από τη μελέτη φάνηκε ότι η ικανοποίηση των ερωτηθέντων ήταν υψηλότερη στις αστικές περιοχές χωρίς να είναι στατιστικά σημαντική. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε ότι οι ασθενείς με την κατώτερη εκπαίδευση ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι.

Τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία δεν είχαν στατιστική σημαντικότητα ως προς το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών, στο οποίο συμφωνεί και η παρούσα μελέτη.

Τέλος σε έρευνα που διεξήχθη στο ΚΥ Βύρωνα (Κουμάσης 2005), για την ικανοποίηση των ασθενών με τη χρησιμοποίηση του SERVQUAL, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε όλες τις διαστάσεις η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή.

Συμπερασματικά από τις προσπάθειες μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών, με οποιαδήποτε μεθοδολογία και αν έγιναν, φαίνεται ότι οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας περίθαλψης έχουν καλό επίπεδο

ποιότητας. Αντίθετα χαμηλή ικανοποίηση παρουσιάζουν οι διαστάσεις των υποδομών και των διοικητικών υπηρεσιών.

3.2.Επίλογος

Τα χρόνια προβλήματα του ΕΣΥ χρειάζεται να διερευνηθούν συστηματικά με κοινή μεθοδολογία και σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα ώστε να αξιολογηθούν και να απαντηθούν για την καλύτερευση των παρεχόμενων υπηρεσιών γέας με στόχο τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των χρηστών.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι προϋπόθεση για ένα σύστημα υγείας αποδοτικό και σύγχρονο το οποίο ικανοποιεί τις προσδοκίες και ανάγκες των χρηστών του. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, την ευελιξία και την ενεργοποίηση όλου του οργανισμού με σκοπό την καλύτερη δυνατή ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η ποιότητα στη φροντίδα υγείας απαιτεί την εφαρμογή της ορθής διαχείρισης, της τεχνολογίας, την ανθρώπινη αντιμετώπιση των χρηστών των υπηρεσιών και τη βελτίωση των περιβαλλοντικών συνθηκών. Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω είναι αναγκαία η εφαρμογή προτύπων και κριτηρίων τα οποία θα ανταποκρίνονται στα σύγχρονα δεδομένα, θα παρακολουθούνται και θα ανανεώνονται με στόχο την επικαιροποίηση και τη συνεχή βελτίωση της απόδοσης της υγειονομικής μονάδας.

Η μέτρηση της απόδοσης μιας μονάδας υγείας εκτιμάται με το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών χρησιμοποιώντας ειδικά εργαλεία – ερωτηματολόγια. Από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία μετρήσεων ποιότητας υπηρεσιών είναι το μοντέλο SERVQUAL αφού αποδίδει αξιόπιστα τις προσδοκίες των χρηστών. Ο στόχος των παραπάνω ενεργειών είναι η επέμβαση και ο μελλοντικός σχεδιασμός της υπηρεσίας.

Απαραίτητη κρίνεται λοιπόν η διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των μονάδων υγείας μέσα από ερευνητικά προγράμματα και μελέτες οι οποίες θα έχουν καθορισμένη μεθοδολογία ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση και διεξαγωγή συμπερασμάτων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

Η μελέτη μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών σε Κέντρο Υγείας αγροτικής περιοχής

1.1. Το Κέντρο Υγείας

Το Κέντρο Υγείας (ΚΥ) υπάγεται στο Γ.Ν.Λαμίας και αποτελεί περιφερειακή μονάδα υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ της υγειονομικής περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.

Η χωροταξική του περιοχή βρίσκεται στο νομό Φθιώτιδας με πληθυσμό ευθύνης τους κατοίκους της ευρύτερης περιοχής της Δυτικής Φθιώτιδας και εξυπηρετεί πέντε Καποδιστριακούς Δήμους. Η περιοχή ευθύνης του ΚΥ καλύπτεται από μεγάλους ορεινούς δύσβατους όγκους που περικλείουν την αρχή της κοιλάδας του Σπερχειού ποταμού. Ο πληθυσμός της περιοχής ευθύνης είναι 41.000 κάτοικοι περίπου, αγροτικός και ημιαστικός οι οποίοι ασχολούνται κυρίως με την κτηνοτροφία, γεωργία και το εμπόριο. Οι περισσότεροι από τους κατοίκους είναι πάνω των 60 ετών.

Οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στο ΚΥ είναι:

Τέσσερις ιατροί Γενικής Ιατρικής, ένας παιδίατρος, ένας μικροβιολόγος, ένας ακτινολόγος και τρεις ιατροί υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου. Επίσης υπηρετούν δύο μαίες, μία επισκέπτρια υγείας 10 νοσηλεύτριες και δύο βοηθοί εργαστηρίων. Το ΚΥ στελεχώνεται ακόμη από διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό (καθαρίστριες, τεχνικό, φύλακες). Στο ΚΥ υπάγονται δεκατέσσερα (14) περιφερειακά ιατρεία όπου υπηρετούν 18 ιατροί Υπόχρεοι Υπηρεσίας Υπαίθρου.

Καθημερινά λειτουργούν ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, τέσσερα ιατρεία γενικής ιατρικής, όπου εξυπηρετούνται και τα επείγοντα περιστατικά, ένα μικρό χειρουργείο, παιδιατρικό ιατρείο και ιατρείο συνταγογράφησης. Οι επισκέψεις ασθενών / χρηστών υπηρεσιών υγείας στο ΚΥ είναι περίπου 50.000 το χρόνο.

Στη μελέτη μας θα εξεταστεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με βάση το ερωτηματολόγιο του SERVQUAL ώστε να διερευνηθούν η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το ΚΥ και τα πιθανά σημεία δυσλειτουργίας της υπηρεσίας, σε σχέση τις προσδοκίες των ασθενών και τη διάψευση αυτών των προσδοκιών.

1.2. Μεθοδολογία

Η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιδιώκει να αναδείξει το μέγεθος της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσα από την ανίχνευση της δυσαρέσκειας των χρηστών. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν κρίνονται σημαντικά για την εξεύρεση του τρόπου βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Γενικός σκοπός της μελέτης είναι η εξερεύνηση του επιπέδου της ικανοποίησης των χρηστών, διερευνώντας την ποιότητα των υπηρεσιών μέσα από την αποδοχή τους από τους χρήστες. Τα ερωτήματα που τέθηκαν αφορούσαν το χρόνο αναμονής για την εξέταση, την ευγένεια του προσωπικού, την εξυπηρέτηση από το ωράριο λειτουργίας του ΚΥ, τις τεχνολογικές και ξενοδοχειακές παροχές. Διεξήχθη συγχρονική έρευνα με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου κλειστού τύπου. Το πεδίο διεξαγωγής της μελέτης είναι μια μονάδα ΠΦΥ, Κέντρο Υγείας αγροτικού τύπου. Τον πληθυσμό της μελέτης απετέλεσαν οι μόνιμοι και εποχιακοί κάτοικοι της περιοχής ευθύνης του ΚΥ, εποχιακοί επισκέπτες ιαματικού τουρισμού από όλες τις κοινωνικό – οικονομικές τάξεις. Κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, Μάιο έως Ιούλιο του 2010, ο συνολικός αριθμός των χρηστών που επισκέφθηκαν το ΚΥ ήταν 7618.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το διεθνώς αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο από το μοντέλο SERVQUAL, το οποίο βασίζεται στις προσδοκίες και τη διάψευση των προσδοκιών των χρηστών. Για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών που απολαμβάνουν οι χρήστες / ασθενείς του ΚΥ, χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο μετρά ρεαλιστικούς παράγοντες, εύκολα μετρήσιμους και κατανοητούς από τους ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

Το ίδιο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε στη διπλωματική εργασία σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών με τίτλο «Μέτρηση ικανοποίησης πελατών από την παροχή υπηρεσιών στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα» (Κουμάσης 2005). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί μια επιστημονικά τεκμηριωμένη μέθοδο για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας καθώς εκθέτει αξιόπιστα το μέτρο των προσδοκιών των ασθενών και το επίπεδο απόδοσης των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης.

Στη μέτρηση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα **Likert**, η οποία επιτρέπει την έκφραση των συναισθημάτων και τείνει να παρέχει

πληροφορίες για τη στάση των ερωτηθέντων. Το ερωτηματολόγιο υπέστη μικρές τροποποιήσεις ως προς την σαφήνεια των ερωτήσεων.

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε και δόθηκε η άδεια από τον κ. Κουμάση.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 6 ενότητες. Στις 5 πρώτες ενότητες οι ερωτήσεις αφορούν τις διαστάσεις της ποιότητας αξιοπιστία, ανταπόκριση, ασφάλεια, συναισθηματική κατανόηση και αποπτότητα ενώ στο τέλος του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Αφού ολοκληρώθηκε η δομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε πιλοτική δοκιμή (**pilot test**) σε 40 ασθενείς του ΚΥ στο χρονικό διάστημα 15 - 20 Μαΐου 2010. Σκοπός της πιλοτικής δοκιμής ήταν να εξακριβωθεί η σαφήνεια, η ευκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αλλά και η ροή της συγκεκριμένης διαδικασίας ώστε να μην παρακωλύεται η εύρυθμη λειτουργία του ΚΥ.

Στη συνέχεια η μελέτη εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου Λαμίας και επειδή δεν υπήρξαν παρεμβάσεις επί της ουσίας αλλά μόνο σε επίπεδο καλαισθησίας, το ερωτηματολόγιο έλαβε την τελική του μορφή όπως παρουσιάζεται στο *παράρτημα*.

Συγκεντρώθηκαν 383 ερωτηματολόγια, ένα αντιπροσωπευτικό μέγεθος δείγματος, αφού αναλογεί στο 4,6% των ασθενών που έχουν εξυπηρετηθεί από το ΚΥ σε ένα χρόνο. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια για το σκοπό και για τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι συμμετέχοντες παρελάμβαναν το ερωτηματολόγιο μετά την εξυπηρέτησή τους και πριν την έξοδο του από το ΚΥ, από μια ασκούμενη κοινωνική λειτουργό, το συμπλήρωναν σε ειδικά για την περίπτωση διαμορφωμένο γραφείο και έριχναν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σε κάλπη που ήταν τοποθετημένη στον ίδιο χώρο.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 01/05/2010 έως 31/07/2010. Οι ασθενείς που επισκέπτονται το ΚΥ είναι άτομα από τον γενικό πληθυσμό της Δυτικής Φθιώτιδας, εποχιακοί επισκέπτες ιαματικού τουρισμού από όλες τις κοινωνικό-οικονομικές τάξεις.

1.3. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS στην έκδοση 16.0 και το λογιστικό φύλλο Microsoft Excel έκδοσης 2000.

Οι αναλύσεις που έγιναν περιέλαβαν:

- ο Την εύρεση της αξιοπιστίας όλων των κριτηρίων του ερωτηματολογίου (Reliability Analysis)
- ο Την κατανομή των συχνοτήτων σε κάθε ερώτηση και για κάθε παράγοντα ξεχωριστά (Frequency Analysis)
- ο Την εύρεση του μέσου όρου, της κεντρικής τιμής και της επικρατούσας τιμής για κάθε ερώτηση και για όλο το ερωτηματολόγιο συνολικά (Mean/Median/mode analysis)
- ο Την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA analysis)

Με βάση τις απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου με την βοήθεια του SPSS. Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha εκτιμά την εσωτερική συνάφεια των στοιχείων του ερωτηματολογίου δηλαδή αν τα στοιχεία έχουν την τάση να καταμετρούν το ίδιο πράγμα.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha είναι απλώς ο μέσος όρος όλων των πιθανών τιμών της αξιοπιστίας για το ερωτηματολόγιο και επομένως, μπορεί να προτιμηθεί καθώς δεν εξαρτάται από την διάταξη των στοιχείων. Αν η τιμή του είναι 0,7 ή μεγαλύτερος θεωρείται ικανοποιητικός.

Έτσι λοιπόν έγινε μια ανάλυση της αξιοπιστίας των ερωτήσεων κάθε διάστασης του ερωτηματολογίου, και φάνηκε ότι ο συντελεστής alpha έχει τιμή 0,92 που είναι αρκετά υψηλή γεγονός που σημαίνει ότι η κλίμακα διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία.

Κεφάλαιο 2

Αποτελέσματα

2.1. Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος

Στον παρακάτω πίνακα 3 φαίνεται η κατανομή των ασθενών του δείγματος με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, και τέλος την εθνικότητα.

Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

Σύνολο ασθενών	N	Ποσοστό %
<u>Φύλο</u>		
Άνδρες	158	41,3
Γυναίκες	225	58,7
<u>Οικογενειακή κατάσταση</u>		
Έγγαμοι	347	90,6
Άγαμοι	36	9,4
<u>Ηλικιακές ομάδες</u>		
Ηλικία 18-35	30	7,8
Ηλικία 36-50	73	19,1
Ηλικία 51-65	129	33,7
Ηλικία 66-80	151	39,4
<u>Εκπαίδευση</u>		
Βασική εκπαίδευση	257	67,1
Μέση εκπαίδευση	97	25,3
Ανώτερη εκπαίδευση	20	5,2
Ανωτάτη εκπαίδευση	9	2,3
<u>Υπηκοότητα</u>		
Έλληνες	378	98,7
Αλλοδαποί	5	1,3

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η ηλικιακή ομάδα 66+ επισκέπτεται σε μεγαλύτερο ποσοστό το ΚΥ και ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 51 - 65.

2.2. Ανάλυση των διαστάσεων ικανοποίησης

Τα κριτήρια βάσει των οποίων αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και γενικότερα η ποιότητα όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών, έχει επικρατήσει να αναφέρονται ως διαστάσεις (dimensions). Οι διαστάσεις αυτές είναι κοινές για όλες τις υπηρεσίες, είναι συνεπώς οι ίδιες που χρησιμοποιούνται και για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

2.2.1. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ»

Σύμφωνα με το μοντέλο SERVQUAL η διάσταση αξιοπιστία (Reliability) αφορά την ικανότητα του ΚΥ να παρέχει τις υποσχόμενες υπηρεσίες υγείας αξιόπιστα και με ακρίβεια. Συνεπώς αυτά που ζητά ο ασθενής από τους εργαζόμενους του ΚΥ είναι να διαπιστώνει πραγματικό ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει, την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματός του από την πρώτη κιόλας επίσκεψη, την τήρηση των υποσχέσεων που του δίνονται για την παροχή των υπηρεσιών, εάν αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται στο χρόνο που του υπόσχονται οι αρμόδιοι ώστε να αποφεύγονται οι αναμονές, και τέλος να τηρούνται ακριβή στοιχεία του ιστορικού του κάτι πολύ σημαντικό για την πληρέστερη αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha για την διάσταση αξιοπιστία ήταν **0,69 και κρίνεται αποδεκτός.**

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι ερωτήσεις και τα αποτελέσματα για τη διάσταση αξιοπιστία.

Πίνακας 4: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τη διάσταση «Αξιοπιστία»

Ερώτηση	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Δεν είμαι σίγουρος N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Στο ΚΥΜ ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	0(0)	3 (0,8)	4 (1)	109 (28,5)	267 (69,7)
Το ΚΥΜ αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημά μου από την πρώτη επίσκεψη	0 (0)	2 (0,5)	5 (1,3)	89 (23,2)	287 (74,9)
Οι υποσχέσεις που μου δίνουν από το ΚΥΜ πραγματοποιούνται	0 (0)	5 (1,3)	7 (1,8)	102 (26,6)	269 (70,2)
Το ΚΥΜ παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται	1 (0,3)	14 (3,7)	10 (2,6)	107 (27,9)	251 (65,5)
Το ΚΥΜ διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου	0 (0)	150 (39,9)	123 (32,1)	37 (9,7)	73 (19,1)
Σύνολο	1	174	149	444	1147

Στον πίνακα 5 φαίνονται οι μέσοι όροι κάθε ερώτησης, η σύγκρισή τους με το Μ.Ο. της διάστασης «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ» και τον Μ.Ο. του ερωτηματολογίου. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σε ότη αφορά την διάσταση

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ εκφράζεται από τον μέσο όρο των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτηθέντες και ο οποίος ήταν 4,34.

Πίνακας 5: Μέσοι Όροι βαθμολογιών διάστασης «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ»

Ερώτηση	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	4,67	1	5
Αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το πρόβλημα μου από την πρώτη επίσκεψη	4,73	1	5
Οι υποσχέσεις που μου δίνονται πραγματοποιούνται	4,66	1	5
Οι υπηρεσίες παρέχονται στο χρόνο που υπόσχονται	4,55	1	5
Διατηρούνται ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου	3,09	1	5
Μ.Ο. για τη διάσταση αξιοπιστία	4,34	1	5
Μ.Ο. συνολικής ικανοποίησης	4,66	1	5

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών για την διάσταση αξιοπιστία (Μ.Ο. 4,34) υστερεί σε σχέση με το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των χρηστών που προκύπτει από το συνολικό Μ.Ο. του ερωτηματολογίου που είναι 4,66.

Τα υποκριτήρια που παρουσιάζουν τον μικρότερο μέσο όρο 4,55 και 3,09 αφορούν τις **παρεχόμενες υπηρεσίες στον χρόνο που υπόσχονται οι**

υπεύθυνο ι και κυρίως στην τήρηση των ακριβών στο χείων. Εδώ επισημαίνεται ιδιαίτερα προβληματική περιοχή (μη τήρηση ιστορικού ασθενών) για την οποία θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη μέριμνα από τους υπευθύνους, μιας γίνεται αντιληπτό από τους ασθενείς και τους δυσκολεύει στην εξυπηρέτησή τους.

Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την διάσταση «ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ».

	Απαντήσεις	N (%)
<u>1. Στο Κέντρο Υγείας ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω.</u>	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	3 (0,8)
	Δεν είμαι σίγουρος	4 (1)
	Συμφωνώ	109 (28,5)
	Συμφωνώ απόλυτα	267 (69,7)
<u>2. Το Κέντρο Υγείας αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημά μου από την πρώτη επίσκεψη</u>	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	2 (0,5)
	Δεν είμαι σίγουρος	5 (1,3)
	Συμφωνώ	89 (23,2)
	Συμφωνώ απόλυτα	287 (74,9)
<u>4. Οι υποσχέσεις που μου δίνουν από το Κέντρο Υγείας πραγματοποιούνται.</u>	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	5 (1,3)
	Δεν είμαι σίγουρος	7 (1,8)
	Συμφωνώ	102 (26,6)
	Συμφωνώ απόλυτα	269 (70,2)
<u>5. Το Κέντρο Υγείας παρέχει τις</u>		

υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται.

Διαφωνώ απόλυτα	1 (0,3)
Διαφωνώ	14 (3,7)
Δεν είμαι σίγουρος	10 (2,6)
Συμφωνώ	107 (27,9)
Συμφωνώ απόλυτα	251 (65,5)

6. Το Κέντρο Υγείας διατηρεί ακριβή
στοιχεία του ιστορικού μου.

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	150 (39,9)
Δεν είμαι σίγουρος	123 (32,1)
Συμφωνώ	37 (9,7)
Συμφωνώ απόλυτα	73 (19,1)

Γενικά οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την πρώτη επίσκεψη στο ΚΥ αφού το πρόβλημά τους αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά (ποσοστό 96%) και ενημερώνονται από το προσωπικό για την παροχή των υπηρεσιών.

Αντίθετα, σε ποσοστό 28,8%, οι ασθενείς γνωρίζουν ή αντιλαμβάνονται ότι στο ΚΥ δεν τηρείται αρχείο του ιστορικού των ασθενών, με ότι συνεπάγεται γι' αυτούς.

Από την Ανονα ανάλυση των ερωτήσεων, ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης δε φαίνεται να σχετίζεται με κανένα από τα χαρακτηριστικά του δείγματος (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κτλ)

2.2.2. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ»

Η διάσταση ικανοποίησης που αφορά την «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ» (Responsiveness), αφορά την προθυμία εξυπηρέτησης και την ταχύτητα ανταπόκρισης των εργαζομένων του ΚΥ στις απαιτήσεις των ασθενών. Συνεπώς ο ασθενής προσδοκά να του παρέχονται γρήγορες υπηρεσίες, να αισθάνεται το προσωπικό πάντα πρόθυμο να τον βοηθήσει, να του αφιερώνει πάντα τον χρόνο που χρειάζεται, και τέλος να τον ενημερώνει πότε θα του παρασχεθούν οι υπηρεσίες που χρειάζεται.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha για την διάσταση ανταπόκριση είναι 0,86 και κρίνεται **πολύ ικανοποιητικός**.

Στον παρακάτω πίνακα 6 φαίνονται οι σχετικές και απόλυτες συχνότητες των απαντήσεων για τη διάσταση ανταπόκριση.

Πίνακας 6: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των απαντήσεων για τη διάσταση «Ανταπόκριση»

Ερώτηση	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Δεν είμαι σίγουρος N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Οι υπηρεσίες του ΚΥ παρέχονται γρήγορα	0 (0)	12 (3,1)	9 (2,3)	144 (37,6)	218 (56,9)
Το προσωπικό του ΚΥ είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι	0 (0)	11 (2,9)	8 (2,1)	90 (23,5)	274 (71,5)
Το προσωπικό του ΚΥ έχει πάντα χρόνο να ασχοληθεί μαζί μου	0 (0)	9 (2,3)	6 (1,6)	89 (23,3)	279 (72,8)
Το ΚΥ με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες	0 (0)	7 (1,8)	11 (2,9)	90 (23,5)	274 (71,5)

που έχω ανάγκη					
-------------------	--	--	--	--	--

Παρακάτω φαίνονται (πίνακας 7) οι μέσοι όροι κάθε ερώτησης και η σύγκρισή τους με τον μέσο όρο της διάστασης «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ» και τον Μ.Ο. του ερωτηματολογίου. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σε όα αφορά την διάσταση «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ» εκφράζεται από τον Μ.Ο των απαντήσεων που είναι 4,61.

Πίνακας 7: Μέσοι Όροι βαθμολογιών διάστασης «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ»

Ερώτηση	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
οι υπηρεσίες παρέχονται γρήγορα	4,48	1	5
το προσωπικό είναι πρόθυμο να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι	4,64	1	5
το προσωπικό είναι πρόθυμο να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι	4,67	1	5
Ενημερώνομαι πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη	4,65	1	5
Μ. Ο. για τη διάσταση ανταπόκριση	4,61	1	5
Μ.Ο. συνολικής ικανοποίησης	4,66	1	5

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών όσο αφορά τη διάσταση «ανταπόκριση» είναι μικρότερος (Μ.Ο. 4,61), σε σχέση με το βαθμό της συνολικής

ικανοποίησης των πελατών που προέρπει από συνολικό Μ.Ο. του ερωτηματολογίου 4,66. Το μικρότερο Μ.Ο. παρουσιάζει το ερώτημα που αφορά το χρόνο παροχής των υπηρεσιών από το ΚΥ (4,48).

Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την διάσταση «ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ».

	Απαντήσεις	N (%)
<u>1. Οι υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας παρέχονται γρήγορα.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	12 (3,1)
	Δεν είμαι σίγουρος	9 (2,3)
	Συμφωνώ	144 (37,6)
	Συμφωνώ απόλυτα	218 (56,9)
<u>2. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	11 (2,9)
	Δεν είμαι σίγουρος	8 (2,1)
	Συμφωνώ	90 (23,5)
	Συμφωνώ απόλυτα	274 (71,5)
<u>3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	9 (2,3)
	Δεν είμαι σίγουρος	6 (1,6)
	Συμφωνώ	89 (23,3)
	Συμφωνώ απόλυτα	279 (72,8)
<u>4. Το Κέντρο Υγείας με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη</u>		

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	7 (1,8)
Δεν είμαι σίγουρος	11 (2,9)
Συμφωνώ	90 (23,5)
Συμφωνώ απόλυτα	274 (71,5)

Το 94% περίπου των ασθενών δηλώνει ότι οι υπηρεσίες του ΚΥ παρέχονται γρήγορα και πρόθυμα από το προσωπικό. Η στρωματοποίηση των υποκριτηρίων με το χαμηλότερο Μ.Ο. (γρήγορες υπηρεσίες και προθυμία προσωπικού), έδειξε συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης με το μορφωτικό επίπεδο που όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική.

2.2.3. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΣΦΑΛΕΙΑ»

Η διάσταση ικανοποίησης που αφορά την «ΑΣΦΑΛΕΙΑ» (Safety), αφορά στην έλλειψη κινδύνων, αμφιβολιών, ανεπιθύμητων καταστάσεων που εξασφαλίζει το ΚΥ στους ασθενείς του όπως για παράδειγμα η χρήση σύριγγας μιας χρήσεως για την αιμοδοσία εξασφαλίζει την αποφυγή λοιμώξεων και μετάδοσης επικίνδυνων ιών.

Συνεπώς ο ασθενής προσδοκά να αισθάνεται γενικά ασφάλεια, η οποία έχει να κάνει τόσο με την συμπεριφορά του προσωπικού απέναντί του π.χ. ευγένεια, όσο και με τις απαιτούμενες γνώσεις που πρέπει να έχει για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha για τη διάσταση ασφάλεια είναι 0,82 και κρίνεται ικανοποιητικός.

Πίνακας 8: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των απαντήσεων για τη διάσταση «Ασφάλεια»

Ερώτηση	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Δεν είμαι σίγουρος N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Το ΚΥ έχει	0 (0)	3 (0,8)	8 (2,1)	61 (15,9)	311 (81,2)

προσωπικό που εμπιστεύομαι					
Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του ΚΥ	1 (0,3)	2 (0,5)	1 (0,3)	53 (13,8)	326 (85,1)
Το προσωπικό του ΚΥ είναι ευγενικό μαζί μου	0 (0)	4 (1)	3 (0,8)	50 (13,1)	326 (85,1)
Το προσωπικό του ΚΥ έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω	0 (0)	4 (1)	3 (0,8)	50 (13,1)	326 (85,1)

Παρακάτω, στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι Μ.Ο. κάθε ερώτησης, η σύγκρισή τους με το Μ.Ο. της διάστασης «ΑΣΦΑΛΕΙΑ» και το Μ.Ο. του ερωτηματολογίου. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σε όα αφορά την διάσταση «ΑΣΦΑΛΕΙΑ» εκφράζεται από το Μ.Ο. των απαντήσεων που είναι 4,80.

Πίνακας 9: Μέσοι Όροι βαθμολογιών διάστασης «ΑΣΦΑΛΕΙΑ»

Ερώτηση	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	4,83	1	5
Σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό	4,76	1	5
Ευγένεια προσωπικού	4,82	1	5
Γνώσεις του προσωπικού για την αντιμετώπιση του προβλήματος	4,78	1	5
Μ.Ο. για τη διάσταση ασφάλεια	4,80	1	5
Μ.Ο. συνολικής ικανοποίησης	4,66	1	5

Βρέθηκε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών όσο αφορά την διάσταση «ασφάλεια» είναι 4,80 και είναι μεγαλύτερος σε σχέση με το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των χρηστών.

Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την διάσταση «ΑΣΦΑΛΕΙΑ».

	Απαντήσεις	N (%)
<u>1. Το Κέντρο Υγείας έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	3 (0,8)
	Δεν είμαι σίγουρος	8 (2,1)
	Συμφωνώ	61 (15,9)
	Συμφωνώ απόλυτα	311 (81,2)
<u>2. Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	1 (0,3)

Διαφωνώ	2 (0,5)
Δεν είμαι σίγουρος	1 (0,3)
Συμφωνώ	53 (13,8)
Συμφωνώ απόλυτα	326 (85,1)

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας είναι ευγενικό μαζί μου.

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	4 (1)
Δεν είμαι σίγουρος	3 (0,8)
Συμφωνώ	50 (13,1)
Συμφωνώ απόλυτα	326(85,1)

4. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	4 (1)
Δεν είμαι σίγουρος	3 (0,8)
Συμφωνώ	50 (13,1)
Συμφωνώ απόλυτα	326 (85,1)

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι ασθενείς νιώθουν ασφαλείς από τις υπηρεσίες του ΚΥ, διότι θεωρούν ότι το προσωπικό έχει πολύ καλές γνώσεις για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας τους.

2.2.4. Διάσταση ικανοποίησης «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ»

Η διάσταση ικανοποίησης που αφορά την «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ» (Empathy), αφορμά στην εξερεύνηση των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών εκ μέρους των εργαζομένων του ΚΥ. Αυτός ο

παράγοντας δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως υποδεέστερος αφού δεν πρόκειται για κάτι απλό ή εύκολο.

Οι ασθενείς προδοκούν ότι θα ακουστούν, θα συζητήσουν, δεν θα απευθυνθούν απλώς, αλλά θα λάβουν μέρος στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, χωρίς να είναι απλοί θεατές.

Συνεπώς η διάσταση αυτή μετράει την προσωπική φροντίδα και την προσοχή που παρέχει το ΚΥ στους χρήστες.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha για την διάσταση «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ» είναι 0,77 και κρίνεται ικανοποιητικός.

Πίνακας 10: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των απαντήσεων για τη διάσταση «Συναισθηματική κατανόηση»

Ερώτηση	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Δεν είμαι σίγουρος N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Το προσωπικό του ΚΥ αντιμετωπίζει το πρόβλημα μου σαν ξεχωριστή περίπτωση	1 (0,3)	2 (0,5)	10 (2,6)	54 (14,1)	316 (82,5)
Οι ώρες λειτουργίας του ΚΥ με εξυπηρετούν απόλυτα	0 (0)	10 (2,6)	4 (1)	80 (20,9)	289 (75,5)
Το προσωπικό του ΚΥ δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή	0 (0)	12 (3,1)	32 (8,4)	82 (21,4)	257 (67,1)
Το προσωπικό	0 (0)	4 (1)	6 (1,6)	78 (20,4)	295 (77)

του ΚΥ δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς					
Το προσωπικό του ΚΥ αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής	0 (0)	6 (1,6)	6 (1,6)	86 (22,5)	285 (74,4)

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνονται οι Μ.Ο. κάθε ερώτησης, η σύγκρισή τους με το Μ.Ο. όρο της διάστασης «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ» και το Μ.Ο. του Ερωτηματολογίου.

Πίνακας 11: Μέσοι Όροι βαθμολογιών διάστασης «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ»

Ερώτηση	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Το πρόβλημα μου αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστή περίπτωση	4,52	1	5
Οι ώρες λειτουργίας του ΚΥ με εξυπηρετούν απόλυτα	4,69	1	5
Το προσωπικό δείχνει ξεχωριστή προσοχή	4,52	1	5
Στο ΚΥ δίνουν προτεραιότητα στο συμφέρον του	4,73	1	5

ασθενούς			
Αντιλαμβάνονται τις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενούς	4,70	1	5
Μ.Ο διάστασης συναισθηματική κατανόηση	4,63	1	5
Μ.Ο συνολικής ικανοποίησης	4,66	1	5

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών όσο αφορά τη διάσταση Συναισθηματική Κατανόηση (Μ.Ο. 4,63) και είναι μικρότερος σε σχέση με το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των πελατών που προκύπτει από το Μ.Ο. (4,66) του ερωτηματολογίου.

Παρατηρούμε ότι οι Μ.Ο. των ερωτήσεων που αφορούν τη μοναδικότητα του ασθενούς, είναι ο χαμηλότερος της διάστασης (4,52), που δείχνει πόσο δύσκολη είναι η εξερεύνηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών από τους εργαζομένους στο Κέντρο Υγείας. Με άλλα λόγια αποπλώνεται ο βαθμός δυσκολίας στο να μπούμε στη θέση του άλλου.

Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τη διάσταση «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ»

	Απαντήσεις	N (%)
<u>1. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	1 (0,3)
	Διαφωνώ	2 (0,5)
	Δεν είμαι σίγουρος	10 (2,6)
	Συμφωνώ	54 (14,1)
	Συμφωνώ απόλυτα	316 (82,5)
<u>2. Οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας με εξυπηρετούν απόλυτα.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)

Διαφωνώ	10 (2,6)
Δεν είμαι σίγουρος	4(1)
Συμφωνώ	80 (20,9)
Συμφωνώ απόλυτα	289 (75,5)

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας
δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	12 (3,1)
Δεν είμαι σίγουρος	32 (8,4)
Συμφωνώ	82 (21,4)
Συμφωνώ απόλυτα	257 (67,1)

4. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας
δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον
του ασθενούς.

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	4 (10)
Δεν είμαι σίγουρος	8 (1,6)
Συμφωνώ	78 (20,4)
Συμφωνώ απόλυτα	295 (77)

5. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας
αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες
που έχει ο κάθε ασθενής.

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	6 (1,6)
Δεν είμαι σίγουρος	6 (1,6)
Συμφωνώ	86 (22,5)
Συμφωνώ απόλυτα	285 (74,4)

Φαίνεται ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι τις προσπάθειες του προσωπικού να εξυπηρετήσουν τον καθένα ως ξεχωριστή περίπτωση, καθώς συμφωνούν σε συνολικό ποσοστό 86,5%

Η Ανονα ανάλυση για τη διάσταση «συναισθηματική κατανόηση» σχετικά την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, κτλ, δεν παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα

2.2.5. Διάσταση ικανοποίησης «ΑΠΤΟΤΗΤΑΣ»

Τα απτά στοιχεία (Tangibles) και η αισθητική εμφάνιση αφορά την αισθητική εμφάνιση των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού, των στολών εργασίας, των χρησιμοποιούμενων υλικών, κ.λ.π., την καθαριότητα και την άνεση των εξωτερικών και εσωτερικών χώρων του Κέντρου Υγείας, την παλαιότητα των εγκαταστάσεων, την ύπαρξη χώρων στάθμευσης, κ.ά.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha για την διάσταση απτότητα είναι 0,73 και κρίνεται αρκετά ικανοποιητικός.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Πίνακας 12: απόλυτες και σχετικές συχνότητες των απαντήσεων για τη διάσταση «Απτότητα»

Ερώτηση	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Δεν είμαι σίγουρος N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Το ΚΥ διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	0 (0)	47 (12,3)	59 (15,4)	104 (27,2)	173 (45,2)
Οι εγκαταστάσεις του ΚΥ δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον	0 (0)	13 (3,4)	20 (5,2)	121 (31,6)	229 (59,8)
Οι άνθρωποι που εργάζονται	0 (0)	0	6 (1,6)	78 (20,4)	299 (78,1)

στο ΚΥ είναι πάντα περιποιημένοι					
Οι εγκαταστάσεις του ΚΥ με εξυπηρετούν απόλυτα	0 (0)	7 (1,8)	15 (3,9)	49 (31,1)	242 (63,2)

Εδώ φαίνονται (πίνακας 13) οι Μ.Ο. κάθε ερώτησης και η σύγκρισή τους με τον Μ. Ο της διάστασης «ΑΠΤΟΤΗΤΑ» και τον Μ. Ο του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 13: Μέσοι Όροι βαθμολογιών διάστασης «ΑΠΤΟΤΗΤΑΣ»

Ερώτηση	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Το ΚΥ διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	4,05	1	5
Οι εγκαταστάσεις του ΚΥ δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον	4,48	1	5
Οι άνθρωποι που εργάζονται στο ΚΥ είναι πάντα περιποιημένοι	4,77	1	5
Οι εγκαταστάσεις του ΚΥ με εξυπηρετούν απόλυτα	4,56	1	5
Μ.Ο. διάστασης απτότητα	4,46	1	5
Μ.Ο. συνολικής	4,66	1	5

ικανοποίησης			
--------------	--	--	--

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σε ό που αφορά την διάσταση «ΑΠΤΟΤΗΤΑ» εκφράζεται από το Μ.Ο. των απαντήσεων που είναι 4,46 και είναι μικρότερος σε σχέση με το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των πελατών που προκύπτει από το Μ.Ο. 4,66.

Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την διάσταση «ΑΠΤΟΤΗΤΑ».

	Απαντήσεις	N (%)
<u>1. Το Κέντρο Υγείας διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	47 (12,3)
	Δεν είμαι σίγουρος	59 (15,4)
	Συμφωνώ	104 (27,2)
	Συμφωνώ απόλυτα	173 (45,2)
<u>2. Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	13 (3,4)
	Δεν είμαι σίγουρος	20 (5,2)
	Συμφωνώ	121 (31,6)
	Συμφωνώ απόλυτα	229 (59,8)
<u>3. Οι άνθρωποι που εργάζονται στο Κέντρο Υγείας είναι πάντα περιποιημένοι.</u>		
	Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
	Διαφωνώ	0 (0)
	Δεν είμαι σίγουρος	6 (1,6)
	Συμφωνώ	78 (20,4)
	Συμφωνώ απόλυτα	299 (78,1)
<u>4. Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου</u>		

Υγείας με εξυπηρετούν απόλυτα

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0)
Διαφωνώ	7 (1,8)
Δεν είμαι σίγουρος	15 (3,9)
Συμφωνώ	119 (31,1)
Συμφωνώ απόλυτα	242 (63,20)

Για τη διάσταση «Απτότητα» φαίνεται ότι ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται κυρίως από τον εξοπλισμό που διαθέτει το ΚΥ και από το αίσθημα που δημιουργεί το κτήριο και ο περιβάλλοντας χώρος και συμφωνεί το 90,4%.

Στη διάσταση απτότητα η Ανονα ανάλυση των υποκριτριών με το χαμηλότερο μέσο όρο, τα οποία αφορούν τον εξοπλισμό, το αίσθημα άνεσης που δημιουργεί το περιβάλλον και η εξυπηρέτηση από τις εγκαταστάσεις, δείχνει ότι επηρεάζονται περισσότερο οι ηλικιακές ομάδες 51 – 65 και 66 – 80 ετών. Τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία δεν επιδρούν στην ικανοποίηση των χρηστών.

2.3. Γενική αξιολόγηση των υπηρεσιών

Στην ερώτηση «Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει το Κέντρο Υγείας?» οι απαντήσεις των χρηστών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το ΚΥ παρουσιάζονται στον πίνακα 14

Πίνακας 14: Συνολική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΚΥ

Απάντηση	Απόλυτη συχνότητα n	Ποσοστό %
Κακή	3	0,8
Μέτρια	15	3,9
Καλή	115	30

Πολύ καλή	250	65,3
-----------	-----	------

Από τους ερωτηθέντες ασθενείς το 95,3% αξιολογεί ως ικανοποιητικό το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς την ποιότητα στο Κέντρο Υγείας Μακρακωμης αφού οι 280 από αυτούς (ποσοστό 65,3%) συμφωνούν απόλυτα, και οι 115 (ποσοστό 30%) συμφωνούν.

Κεφάλαιο 3

Συζήτηση και συμπεράσματα

3.1. Συζήτηση

Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αποτελεί πρωτεύοντα στόχο των συστημάτων υγείας, έτσι ώστε οι υπηρεσίες να ανταποκρίνονται και να ξεπερνούν τις προσδοκίες των χρηστών. Μέτρο της ποιότητας θεωρείται η ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών, αφού αυτοί είναι οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών και βαθμολογούν υποκειμενικά την ικανοποίηση που απολαμβάνουν. Για το λόγο αυτό η ικανοποίηση των χρηστών των μονάδων υγείας αποτελεί αντικείμενο επιστημονικής έρευνας και έχουν αναπτυχθεί εργαλεία με τα οποία οι χρήστες βαθμολογούν τις υπηρεσίες που απολαμβάνουν. Η αξιολόγηση γίνεται βάση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, όπως η τεχνική διάσταση, η διαπροσωπική επαφή και ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός.

Στην παρούσα μελέτη μετρήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες σε μια μονάδα ΠΦΥ αγροτικής περιοχής, μέσα από την εύρεση της αξιοπιστίας, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών στον υποσχόμενο χρόνο, την τήρηση του ιατρικού ιστορικού, την επίλυση του προβλήματος από την πρώτη φορά,

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει υψηλή ικανοποίηση για τις διαστάσεις: αξιοπιστία (ΜΟ 4,34) και απτότητα (ΜΟ 4,46) καθώς οι μέσοι όροι των απαντήσεων που δόθηκαν είναι μικρότεροι από το γενικό μέσο όρο (4,66) του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες η αδυναμία του ΚΥ να παρέχει τις υπηρεσίες υγείας σε εύλογο χρονικό διάστημα με αξιοπιστία, σε ευχάριστο περιβάλλον, χωρίς δυσκολίες πρόσβασης και εξυπηρέτησης των ασθενών.

Γενικότερα τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν με προαναφερθείσες μελέτες σε νοσοκομεία του Ελλαδικού χώρου για την ικανοποίηση των χρηστών ως προς την αξιοπιστία, ανταπόκριση, συναισθηματική κατανόηση και απτότητα, παρόλο που η μέθοδος μέτρησης ήταν διαφορετική.

Στη μελέτη μέτρησης της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής (Παπαγιαννοπούλου και συν. 2008), και από

την ερευνητική εργασία με τίτλο: «Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στη Ελλάδα: αποτελέσματα έρευνας γνώμης της ευρύτερης περιοχής Αθηνών», από τους Σουλιώτης και συν. (2002), βρέθηκε ότι η δυσαρέσκεια από τα δημόσια νοσοκομεία σχετίζεται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την καθαριότητα των χώρων και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Τα παραπάνω στοιχεία συμφωνούν και με την παρούσα μελέτη αφού ο Μ.Ο. της διάστασης «αξιοπιστία» (4,34) και «απτότητα» (4,46) δείχνουν τη δυσαρέσκεια των χρηστών για το μεγάλο χρόνο αναμονής εξυπηρέτησης, τη δυσκολία ανεύρεσης του ιατρικού ιστορικού και τους μη φροντισμένους χώρους των μονάδων υγείας.

Η μοναδική διάσταση που φαίνεται να καλύπτει τις προσδοκίες των ασθενών είναι η «ασφάλεια», με Μ.Ο. 4,80, αρκετά μεγαλύτερο από το γενικό Μ.Ο. του ερωτηματολογίου. Συνεπώς οι χρήστες θεωρούν ότι το προσωπικό του ΚΥ έχει τις απαιτούμενες γνώσεις για να αντιμετωπίζει τα προβλήματα του και να μη χρειάζεται να απευθυνθεί σε δευτεροβάθμια μονάδα υγείας (νοσοκομείο). Πιθανότατα η προσωπική επαφή των εργαζομένων και εκτός του χώρου εργασίας να αυξάνει το αίσθημα της ασφάλειας. Αυτό βέβαια έρχεται σε αντιδιαστολή με ειδική έρευνα που έγινε από το Ευρωβαρόμετρο και έδειξε ότι οι Έλληνες πολίτες αισθάνονται μεγάλη ανασφάλεια κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. (eurobarometer, 2009).

Διεθνείς μελέτες οι οποίες αφορούν την ΠΦΥ, ως προς την ικανοποίηση των χρηστών αναφέρονται κυρίως σε ειδικές κατηγορίες ασθενών (καρκινοπαθείς, σακχαροδιαβητικούς, κ.α.). Επιλέχθηκαν δύο μελέτες ικανοποίησης των ασθενών από πρωτοβάθμιες δομές φροντίδας υγείας με αντίστοιχα κριτήρια της παρούσας μελέτης.

Η πρώτη αναφέρεται στη μέτρηση και τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών σε ΚΥ αγροτικής περιοχής του Πακιστάν (Shaikh B.T. al 2008). Μετρήθηκε η αρχική και τελική ικανοποίηση των ασθενών μετά από σεμινάρια, ευαισθητοποίησης των εργαζομένων στην έννοια της ποιότητας, στη διαπροσωπική επικοινωνία, την εκπαίδευση και τη συνέντευξη με τους ασθενείς. Βρέθηκε σημαντική αύξηση του βαθμού ικανοποίησης συνολικά μετά την παρέμβαση. Επίσης οι αναλφάβητοι και με την κατώτερη εκπαίδευση, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι τόσο στη αρχή όσο και στο τέλος της μελέτης.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ικανοποίηση των χρηστών του ΚΥ από τη διαπροσωπική επικοινωνία του προσωπικού και εμπιστοσύνη στις γνώσεις των εργαζομένων, σημείο συμφωνίας με την προαναφερθείσα έρευνα.

Η δεύτερη μελέτη αφορά την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δημόσιων αστικών και αγροτικών μονάδων υγείας στη Μαλαισία (Shafira et al, 2008). Η ικανοποίηση ήταν υψηλότερη στις αστικές περιοχές χωρίς να είναι στατιστικά σημαντική, και ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με την κατώτερη εκπαίδευση ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι.

Σε έρευνα που έγινε το 2005 στο ΚΥ Βύρωνα, το οποίο είναι αστικού τύπου και όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο τα αποτελέσματα έδειξαν:

- Για τη διάσταση «αξιοπιστία» ο Μ.Ο. ήταν 4,85, μεγαλύτερος από το Μ.Ο. του ερωτηματολογίου (4,83), που σημαίνει ότι οι προσδοκίες των χρηστών καλύπτονται ολοκληρωτικά από την αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης σε αποδεκτό χρόνο, και από την τήρηση του αρχείου ασθενών.
- Στις διαστάσεις ανταπόκριση και ασφάλεια ο Μ.Ο. ήταν 4,83 ίδιος με το Μ.Ο. του ερωτηματολογίου, ενώ για τη συναισθηματική κατανόηση ήταν 4,82. Με άλλα λόγια οι παρεχόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τους χρήστες αφού θεωρούν ότι το προσωπικό είναι πρόθυμο και ευγενικό να τους εξυπηρετήσει και να τους ενημερώσει. Επίσης θεωρούν το επίπεδο των γνώσεων των εργαζομένων του ΚΥ Βύρωνα υψηλό, ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υγείας έγκαιρα και με ασφάλεια. Ακόμη οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή.
- Όσον αφορά τη διάσταση «απτότητα», οι χρήστες πιστεύουν ότι το ΚΥ Βύρωνα διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό και ευχάριστο περιβάλλον (καθαριότητα, καθίσματα περιποιημένοι εργαζόμενοι).

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των πέντε διαστάσεων του ερωτηματολογίου διαπιστώνουμε ότι, οι ερωτηθέντες ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΚΥ Μακρακώμης και κυρίως νιώθουν ασφάλεια και σιγουριά από τις γνώσεις του προσωπικού. Χαμηλότερος βαθμός ικανοποίησης παρατηρείται από την έλλειψη αρχείου ασθενών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις και την προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων. Πιθανότατα αυτό συμβαίνει επειδή οι μονάδες υγείας στην περιφέρεια είναι λιγότερο εξοπλισμένες με σύγχρονα μηχανήματα, έχουν ελλείψεις

στο προσωπικό το οποίο συχνά είναι εξουθενωμένο και χωρίς διάθεση να ανταποκριθεί στην ανάγκη του ασθενούς για προσωπική επαφή. Ακόμη η μη τήρηση αρχείου ασθενών μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το προσωπικό του ΚΥ κατοικεί στην περιοχή ευθύνης, επομένως γνωρίζει άμεσα και έχει προσωπική επαφή εκτός εργασίας, με τους περισσότερους χρήστες των μονάδων υγείας, κάτι που όμως δε σημαίνει ότι η διοίκηση του ΚΥ δεν οφείλει να τηρεί αρχεία ασθενών, να φροντίζει την ανακαίνιση των κτηρίων και την ανανέωση των υλικών.

Παρ' όλες τις διαφορές στον τρόπο και το χώρο λειτουργίας των ΚΥ (αγροτικού τύπου εφημερεύει 24 ώρες, 365 ημέρες το χρόνο, ενώ αστικού τύπου λειτουργεί πρωινές και απογευματινές ώρες έως τις 22.00), από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων συμπεραίνεται ότι:

- η αισθητική εμφάνιση των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού, των στολών εργασίας, της καθαριότητας, κτλ. ικανοποιούν τους χρήστες περισσότερο οι μονάδες υγείας στο κέντρο υγείας της αστικής περιοχής.
- η ανακαίνιση των κτιριακών εγκαταστάσεων και η ανανέωση των υπολοίπων υλικών μειονεκτεί στην περιφέρεια.
- και στις δυο μονάδες υγείας το αίσθημα ασφάλειας των χρηστών είναι υψηλό, λόγω από του επίπεδου των γνώσεων και δεξιοτήτων του προσωπικού και αυτό αναγνωρίζεται σε κάθε περίπτωση.

3.2. Συμπεράσματα και προτάσεις

Ο σκοπός της έρευνάς ήταν να προσδιοριστούν τα σημεία εκείνα που δύσκολα σχηματοποιούνται αλλά τα οποία πάντα θεωρούνται ως μια βασική αδυναμία του ΕΣΥ και εντοπίζονται και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι η διάσταση « αξιοπιστία» δεν καλύπτει τις προσδοκίες των χρηστών καθώς αντιλαμβάνονται τις ελλείψεις του ΚΥ σε υλικοτεχνικές υποδομές, στην εκπαίδευση και υποκίνηση του προσωπικού σύμφωνα με τις σύγχρονες αρχές διοίκησης. Οι διαστάσεις «ανταπόκριση» και «συναισθηματική κατανόηση» δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνει τη σημασία της διαπροσωπικής επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τους χρήστες. Για τη διάσταση

«ασφάλεια» φάνηκε ότι καλύπτει και ξεπερνά τις προσδοκίες των χρηστών στο συγκεκριμένο ΚΥ.

Η παρούσα μελέτη κατέληξε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- προσδιορίστηκαν περιοχές που επιδέχονται σημαντικές βελτιώσεις στη λειτουργία του ΚΥ όπως η καθαριότητα των χώρων, η τήρηση αρχείου ασθενών, η διευκόλυνση της πρόσβασης σε ΑΜΕΑ, η ανταπόκριση των εργαζομένων.
- διερευνήθηκαν οι αδυναμίες στη λειτουργία του ΚΥ που συντελούν στη διάψευση των προσδοκιών των χρηστών υγείας και στην απαξίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από την ΠΦΥ στην ελληνική κοινωνία δηλαδή ο χρόνος αναμονής για εξέταση, η ευαισθητοποίηση του προσωπικού στη διαπροσωπική επικοινωνία με τον ασθενή.
- επισημάνθηκαν οι αντιλήψεις των ασθενών, ώστε με ελάχιστες παρεμβάσεις η διοίκηση να μπορεί να βελτιώσει την εικόνα του ΚΥ, όπως βάνιμο των χώρων, καθιέρωση τηλεφωνικού ραντεβού για τον επανέλεγχο των τακτικών ασθενών, τήρηση αρχείου ασθενών χειρόγραφο. Επιπροσθέτως, μπορούν να αναπτυχθούν κατάλληλες πολιτικές με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ και κατ' επέκταση στο ΕΣΥ.

Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας σχετίζονται πρωτίστως με το διαθέσιμο χρόνο, για τη διεξαγωγή της έρευνας σε δύο φάσεις με τη χρήση του SERVQUAL, το ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο ΚΥ γεγονός που συνιστά γεωγραφική μεθοδολογική προκατάληψη και δεν επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων για όλα τα ΚΥ αγροτικών περιοχών

Η επίτευξη των παραπάνω όσον αφορά τη βελτίωση της ικανοποίησης των χρηστών / ασθενών μπορεί πιθανόν να επιτευχθεί με:

- ❖ την καθιέρωση ραντεβού για την επανεκτίμηση των ασθενών και των τακτικών εργαστηριακών ελέγχων σύμφωνα με αναγνωρισμένα πρωτοκόλλα.
- ❖ τη λήψη ιστορικού και τήρηση αρχείου των ασθενών
- ❖ την εκπαίδευση των εργαζομένων στη διαπροσωπική επικοινωνία και προσωπική επαφή με τον ασθενή.

- ❖ την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σχετικά με την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας
- ❖ την ενημέρωση των χρηστών για το χρόνο αναμονής στις παρεχόμενες υπηρεσίες
- ❖ την περιοδική μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών ώστε η διοίκηση να κινητοποιείται για συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- ❖ την ξενοδοχειακή αναβάθμιση των χώρων (απομάκρυνση φθαρμένων καθισμάτων), διευκόλυνση της πρόσβασης (δημιουργία ράμπας).

Η ποιότητα της προσφερόμενης ιατρικής περίθαλψης είναι μία έννοια με πολλές και σημαντικές εφαρμογές. Φαίνεται να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις για την ιατρική των επόμενων δεκαετιών. Η πρακτική σημασία της μελέτης του πεδίου αυτού έγκειται στο ότι μέσω ανάπτυξης οργανωμένων προγραμμάτων εκτίμησης της ποιότητας περίθαλψης μπορεί να συνεχιστούν επεμβάσεις, με σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ένας κοινός αποδεκτός ορισμός της υψηλής ποιότητας περίθαλψης τη χαρακτηρίζει ως την περίθαλψη που συμβάλει σημαντικά στην βελτίωση ή στην παράταση της ζωής του ασθενούς.

Το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας θα μπορούσε να είναι ένας οργανισμός, που αναπτύσσει τις κατάλληλες πολιτικές για την ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών, ακόμα και εάν έχουν προηγηθεί επαναλαμβανόμενες αρνητικές εμπειρίες, ώστε να μπορεί να μεταπείσει δυσαρεστημένους χρήστες, με δράσεις ενίσχυσης της καταναλωτικής πίστης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1991), «Σχεδιασμός – οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ.3, σ.128-133.
- Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ. (1994), «Η ικανοποίηση των χρηστών στις Υπηρεσίες Ανοιχτής Φροντίδας Υγείας», στο Γ. Κυριόπουλος – Ε. Γεωργούση, κ.ά., *Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα σ. 25-34.
- Δερβιτσιώτης Κ. (1997), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», Αθήνα
- Δερβιτσιώτης Κ.Ν. (2001), «Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», Αθήνα INTERBOOKS.
- Θεοδώρου Μ. (1992), «Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες Υγείας», *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*, τομ. 3, τχ. 1, Αθήνα, σ. 41-47.
- Θεοδώρου Μ. (1993), «Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ: Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού γιατρού», εκδ. ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.
- Καϊτελίδου Δ. (2008), «Μετρώντας την ποιότητα από την πλευρά των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας», στο Π. Κωσταγιόλας – Δ. Καϊτελίδου – Μ. Χατζοπούλου *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, εκδ. Παπασωτηρίου
- Κέφης Β.Ν. (2005), «Διοίκηση ολικής ποιότητας. Θεωρία και πρότυπα», επιμ. Φανή Λένου, Αθήνα, εκδ. Κριτική.
- Κουμάσης Δ. (2005), «Μέτρηση ικανοποίησης πελατών από την παροχή υπηρεσιών στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα», Μεταπτυχιακή Διατριβή τμ. Στατιστικής, Kingston College, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Μώκου Ν., Σωμαράκης Μ. (1990), «Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας: Η ικανοποίηση των χρηστών/

ασθενών από τις υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια: Προκαταρκτική έρευνα», Ιατρικό Βήμα τχ. 13, σ. 19-27

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ. (2000), «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική: η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ. 12, σ. 167-168

Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α. (2003), «Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας: Ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας», στο Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.

Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ., Ζήμερας Στ. (2006), «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(6): 603-614.

Κωσταγιόλας Π. (2008), «Προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας», στο Π. Κωσταγιόλας – Δ. Καϊτελίδου – Μ. Χατζοπούλου *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, εκδ. Παπασωτηρίου.

Λαζάρου Π. (2005β), «Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη», Διδακτορική Διατριβή, ΔΔΠΜΣ – Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., Γούναρης Χ., Καϊτελίδου Δ. (2005), «Μελέτη Ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών από το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας», Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.

Μεγαλάκη Α., Χατζοπούλου Μ. (2001), «Διοίκηση Ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας», Αθήνα, Νοσηλευτική, Ιανουάριος – Φεβρουάριος, σ. 35-39.

Μπινιώρης Σπ. (2001), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία», Αθήνα Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μπουραντάς Δ. (2002), «Μάνατζμεντ», Αθήνα, εκδ. Γ. Μπένου

Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (2010), *Αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΝΝΑ*, Πολεμικό Ναυτικό, Γενικό επιτελείο Ναυτικού, Διεύθυνση Υγειονομικού, Ενημερωτικό Δελτίο, Αθήνα.

Νάκος Κ., Μπινιώρης Σπ. (2000), «Εργαλεία Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Υγεία» Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης.

Νιάκας Δ. (1992), «Management στις υπηρεσίες υγείας και εξασφάλιση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών», *Materia Medica Greca*, 20(6): 498-502.

- Νιάκας Δ., Γναρδέλλης Χ., (2000), *«Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο»*, Ιατρική τομ.77, τχ.5, σ. 464-470.
- Οικονομοπούλου Χ., Πολύζος Ν., Μεράκου Κ., Σούλης Σ. (1995), *«Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου»*, Επιθεώρηση Υγείας, τομ.6, τχ.2, σ. 31, 33.
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2008), *«Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής»*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1): 73-82.
- Παπαδήμας Ο. (2005), *«Εθνικό Σύστημα Υγείας: τι δηλώνουν γι' αυτό οι νοσηλευόμενοι σήμερα»*, ΤΕΙ Αθήνας, τμ. Διοίκησης Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, Εργ. Στατιστικής.
- Παπανικολάου Β. (1995), *«Η ικανοποίηση του Ασθενή ως Δείκτης Ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας»*, Επιθεώρηση Υγείας, τομ. 6 τχ. 4 σ. 56-64
- Παπανικολάου Β. (1995), *«Ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή της ολικής ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης του ΕΣΥ»*, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Αθήνα.
- Παπανικολάου Β. (2003), *«Εισάγοντας και διατηρώντας ένα πρόγραμμα ολικής ποιότητας / συνεχούς βελτίωσης ποιότητας στη νοσοκομειακή φροντίδα: Αναπτύσσοντας πρότυπα και μέτρα απόδοσης»*, στο Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.
- Παπανικολάου Β. (2003), *«Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των χρηστών»*, στο Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.
- Σιγάλας Ι. (2003), *«Συνθήκες και παράγοντες που υποβαθμίζουν ή αναβαθμίζουν την ποιότητα της περίθαλψης»*, στο Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.
- Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κόντος Δ., Οικονόμου Χ. (2002), *«Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερης περιοχής Αθηνών»*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ. 14, τχ. 3, σ. 114-118.
- Σουλιώτης Κ. Παπανικολάου Β., Κυριόπουλος Γ. (2003), *«Κριτική ανασκόπηση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο»*, Νοσοκομειακά Χρονικά, τομ.22, τχ.4, σ. 253-260.

Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ. (2003), «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης Ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5): 497-503.

Τσάκος Γ. (2003), «Διασφάλιση ποιότητας: Ο ρόλος του κλινικού ελέγχου», στο Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.

Τσαλίκης Γ. (2003), «Η διαλεκτική της ποσότητας και της ποιότητας: Θεωρία, ουτοπία και πράξη», στο Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Andaleeb S.S. (1998), “*Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model*”, International Journal of Health Care Quality Assurance, 11(6): 181-187.

Arah O.A., Klazinga N.S., Delnoij D.M.J., Ten Abroek A.H.A., Custers T. (2003), “*Conceptual frameworks for health systems performance : a quest of effectiveness, quality and improvement*”, International Journal for Quality in Health Care, 15: 377 – 398.

Babakus E., & Mangold G. (1992), “*Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation*”, Health Services Research, 26: 767-786

Davies AR., Ware JE. (1999), “*Involving consumers in quality of care assessment*” Health affairs, 7:33.

Donabedian A. (1980), “*Explorations in Quality Assessment and Monitoring*”, Vol. 1, The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Health Administration Press Ann Arbor.

Donabedian A. (1988), “*The Quality of Care. How can it be assessed?*”, JAMA, 260 (12): 1743-1748

Donabedian A. (1992), “*The role of outcomes in Quality Assessment and Assurance*”, Quality Review Bulletin, 18(11): 356-360

Elbeck M. (1992), “*Patient contribution to the design and meaning of patient satisfaction for quality assurance purposes: the psychiatric case*”, Health Care Management, 17: 91-95

Fuentes Cl. M. (1999), “*Quality assurance in investment services*” Managing Service Quality, 9(4): 230-240

- Gaspari J. (1985), *"I know it When I see it; A modern Fable About Quality"*, New York, AMACOM.
- Haddad S. et al. (2000), "Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit", *Family practice*, 50: 49-79.
- Hall JA., Dorman MC. (1988), "What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature", *Social science and medicine*, 27(9): 935-9.
- Hwang Li-Jen J, Evaes A., Desombre T. (2003), "*Gap analysis of patient meal service perceptions*", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(3): 143-153
- IOM, 2007, "*The state of Quality Improvement and Implementation Research: Expert views workshop*".
- Karydis A., Komboli-Kodovazeniti M., Hatzigeorgiou D., Panis V. (2001), "*Expectations and perceptions of Greek patient regarding the quality of dental health care*", *International Journal Qral Health Care*, 13(5): 409-16.
- Margolis SA. et al. (2003), "*Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates*", *International journal of quality in health care*, 15(3) 241-9.
- Martin-Hirsch J. et Wright G. (1998), "*The development of a quality model; measuring effective midwifery services*", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(2): 50-7.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L.L. (1998), "*SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptios of service quality*", *Journal of Retailing*, 64: 12-37
- Robinson St. 1999, "*Measuring service quality: current thinking and future requirements*", *Marketing Intelligence & Planing*, 17(1): 21-32.
- Savage R., Armstrong D. (1990), "*Effect of a general practitioner's consulting style on patient's satisfaction: a contolled study*", *British medical journal*, 301: 968-70.
- Shaikh B.T. (2005), "*Quality of health care: an absolut necessity for patient satisfaction*", *Journal of the Pakistan Medical Association*, 55(11): 515-6.
- Shaikh B.T., Mobeen N., Azam S.I. and Rabbani (2008), "*Using SERVQUAL for assessing and improving patient satisfaction at a rural health facility in Pakistan*", *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 14, No 2.
- Sharifa Ezat W.P., Jamsiah M., Malka S.A., Azimatun Noor A., Tuti N., Noor Izzah A.S. (2010), "*Customers' satisfaction among urban and rural public health clinics in*

state of Selagor, Malaysia”, Malaysian Journal of Public Health Medicine, vol. 10(2):52-67.

Sitzia J., Neil W., 1997, “*Patient Satisfaction: a review of issues and concepts*”

Syreshchandar G. S., Rajendran Ch., Anantharaman R.N. (2001), “*A holistic model for total quality service*”, Int. J. of Serv. Ind. Man., 12(4): 378-412.

Wensing M., Elwyn G., (2002), “*Research on patients’ views in the evaluation and improvement of quality of care*”, Quality and safety in health care, 11: 153-7.

Youssef F.N., Nel D., Bovaird T., (1995), “*Service quality in NHS hospitals*”, Internatinal Journal of Health Care Quality Assurance, 9(1): 66-74.

Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L. (1985), “*Problems and Strategies in Services Marketing*” , Journal of Marketing 49: 33-46

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Joint Commission for Accreditation of Health Organizations www.jcaho.org

Τελευταία επίσκεψη 04/05/2011

W.H.O. World Organization (Π.Ο.Υ.)

Τελευταία επίσκεψη 25/04/2011

www.who.int/en

EUROBAROMETRO Τελευταία επίσκεψη 30/05/2011

www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

1. Στο Κέντρο Υγείας Μακρακώμης ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω
 - Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
 - Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
2. Το Κέντρο Υγείας Μακρακώμης αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημα μου από την πρώτη επίσκεψη
 - Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
 - Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
3. Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στο Κέντρο Υγείας Μακρακώμης πραγματοποιούνται
 - Διαφωνώ απόλυτα
 - Διαφωνώ
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
 - Συμφωνώ
 - Συμφωνώ απόλυτα
4. Το Κέντρο Υγείας Μακρακώμης παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται.
 - Διαφωνώ απόλυτα

- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

5. Το Κέντρο Υγείας Μακρακώμης διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

B. ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

1. Οι υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης παρέχονται γρήγορα

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η

- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

4. Το Κέντρο Υγείας Μακρακώμης με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

Γ. ΑΣΦΑΛΕΙΑ

1. Το Κέντρο Υγείας Μακρακώμης έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης είναι ευγενικό μαζί μου

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ

Συμφωνώ απόλυτα

4. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

Δ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ (EMPATHY)

1. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης με εξυπηρετούν απόλυτα.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η

- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

4. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

5. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

E. ΑΠΤΟΤΗΤΑ

1. Το Κέντρο Υγείας Μακρακώμης διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η

- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Οι άνθρωποι που εργάζονται στο Κέντρο Υγείας Μακρακώμης είναι πάντα περιποιημένοι.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

4. Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Μακρακώμης με εξυπηρετούν απόλυτα.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει το Κέντρο Υγείας Μακρακώμης?

- Πολύ κακή
- Κακή
- Μετρία
- Καλή
- Πολύ καλή

Ποιο είναι το φύλλο σας?

- Άνδρας
- Γυναίκα

Τι ηλικία έχετε?

- Κάτω των 18
- 18 – 35

- 36 – 50
- 51 – 65
- 66 – 80

Ποια είναι η παρούσα οικογενειακή σας κατάσταση?

- Έγγαμος / η
- Άγαμος

Ποια είναι η εκπαίδευση σας?

- Βασική
- Μέση
- Ανώτερη
- Ανωτάτη
- Μεταπτυχιακό

Είστε ?

- Έλληνας
- Αλλοδαπός