

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ  
ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ  
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

ΓΙΩΡΓΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΙΧΑΛΗΣ ΤΑΛΙΑΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2012

**ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**  
**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ**  
**ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**  
**ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ**  
**ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΑΕΠ)**  
**ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

ΓΙΩΡΓΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΜΙΧΑΛΗΣ ΤΑΛΙΑΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2012

## Περίληψη

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο να αποσαφηνίσει την έννοια και να διατυπώσει τα γενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας. Η έρευνα εστιάζεται στον χώρο των υπηρεσιών υγείας και θα προσπαθήσει να καθορίσει και να προσδιορίσει την ποιότητα στον υγειονομικό τομέα γενικά, αλλά και να καθορίσει τους ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες ποιότητας στο ΤΑΕΠ.

Με την χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων και μέσω άλλων ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης διαδικτύου έγινε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, τόσο στον διεθνή χώρο, όσο και στον ελληνικό. Η εργασία περιλαμβάνει μια περιληπτική παράθεση στοιχείων από άλλες που έχουν σχέση με το αντικείμενο της έρευνας. Διαφαίνεται ότι οι καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών σε ένα ΤΑΕΠ αποτελούν, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η σωστή επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, η άμεση και σωστή πληροφόρηση, ο σεβασμός των προσωπικών δεδομένων, ο χρόνος αναμονής για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, η ικανότητα του προσωπικού καθώς και η ετοιμότητα του να εξυπηρετήσει τον ασθενή. Δεν έχει εντοπιστεί καμιά εργασία για την ποιότητα υπηρεσιών και ικανοποίησης των ασθενών του ΤΑΕΠ σε κανένα από τα νοσοκομεία της Κύπρου.

Με την βοήθεια παρόμοιων ερευνών, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, ως ένα έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών του ΤΑΕΠ Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Γίνεται μια αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου τμήματος. Με μετρήσεις συγκεκριμένων δεικτών, επιδιώκεται η παρουσίαση, παρακολούθηση και αξιολόγηση δεδομένων και αποτελεσμάτων για την ποιότητα υπηρεσιών στο ΤΑΕΠ.

Η ανάλυση του ερωτηματολογίου δείχνει παρόμοια αποτελέσματα με άλλες παρόμοιες έρευνες όπως τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών του ΤΑΕΠ, το ψηλό ποσοστό γενικής ικανοποίησης, καθώς και τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης στον τομέα της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και του

ασθενή. Παράγοντες με χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης ειδικά για το συγκεκριμένο τμήμα, φαίνονται να είναι η διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης, ο χρόνος αναμονής κυρίως για τις παραϊατρικές εξετάσεις, καθώς και η συμπεριφορά του προσωπικού και ο σεβασμός των προσωπικών δεδομένων.

Στην μελέτη προτείνονται επίσης κάποια μέτρα για τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας στο μέλλον αλλά και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω διοικητικών διαδικασιών.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.	Εισαγωγή	8
2.	Ποιότητα Υπηρεσιών	
2.1.	Ιστορική αναδρομή	10
2.2.	Ορισμοί	11
3.	Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας	12
3.1.	Ιστορική αναδρομή	12
3.2.	Ιδιαιτερότητες του τομέα υγείας	14
3.3.	Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	16
3.4.	Θεωρία	20
3.5.	Διοίκηση Ολικής ποιότητας	23
3.6.	Η σημασία της ποιότητας στον τομέα της υγείας	23
4.	Η μέτρηση της ποιότητας και η συνεχής βελτίωση της	24
4.1.	Διεθνής προσεγγίσεις στην μέτρηση της ποιότητας – παραδείγματα	24
4.1.1.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	24
4.1.2.	Ευρωπαϊκές χώρες	25
4.1.3.	Κύπρος	26
4.2.	Η αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	27
4.3.	Δείκτες ποιότητας- Δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών	28
4.4.	Ερωτηματολόγια	29
5.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας	30
5.1.	Έρευνες από το διεθνή χώρο	31

5.2. Έρευνες από τον ελληνικό χώρο	32
6. Βιβλιογραφική ανασκόπηση της ικανοποίησης του ασθενή ε Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ).	33
7 Υπηρεσίες στα τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ)	36
7.1. Υπηρεσίες των ΤΑΕΠ	36
7.2. Υπηρεσίες ΤΑΕΠ Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας	37
8 Η παρούσα έρευνα – η καινοτομία του θέματος και η μεθοδολογία	39
8.1. Η επιλογή του θέματος	39
8.2. Μεθοδολογία της έρευνας	40
8.3. Ερωτηματολόγιο	41
8.4. Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου	43
8.5. Δείγμα και Δειγματοληψία	43
8.5.1. Κριτήρια αποκλεισμού	44
8.5.2. Κριτήρια συμπερίληψης	44
8.6. Ηθικά Θέματα	45
8.7. Ανάλυση δεδομένων	45
9 Αποτελέσματα	46
9.1. Στατιστικά δεδομένα	46
9.1.1. Ηλικία και Φύλο	46
9.1.2. Μόρφωση	47
9.1.3. Προσέλευση	48
9.1.4. Προηγούμενη εμπειρία στο ΤΑΕΠ	48
9.1.5. Προσβασιμότητα	49
9.1.6. Ξενοδοχειακή υποδομή	49

9.1.7. Συμπεριφορά προσωπικού	50
9.1.8. Χώροι στάθμευσης	51
9.1.9. Δικαιώματα ασθενών - Σεβασμός προσωπικών δεδομένων	52
9.1.10. Χρόνος αναμονής	53
9.1.11. Συνολική άποψη μετά τη σημερινή επίσκεψη	55
9.2. Συσχέτιση παραγόντων ικανοποίησης	56
9.2.1. Συσχέτιση μεταξύ βάρδιας και επιπέδου ικανοποίησης για την επεξήγηση θεραπείας και οδηγιών απόλυσης.	56
9.2.2. Συσχέτιση μεταξύ φύλου και επιπέδου ικανοποίησης για την επεξήγηση θεραπείας και οδηγιών απόλυσης.	57
9.2.3. Συσχέτιση μεταξύ βάρδιας και επιπέδου ικανοποίησης για την διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης.	59
9.2.4. Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου με βαθμό συνολικής ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ΤΑΕΠ.	60
9.2.5. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά των γιατρών και νοσηλευτών με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.	61
9.2.6. Συσχέτιση μεταξύ βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά των νοσηλευτών και βάρδιας	63
9.2.7. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά των γιατρών και νοσηλευτών με την ηλικία των ασθενών.	64
9.2.8. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για το σεβασμό των προσωπικών δεδομένων με την ηλικία των ασθενών.	66
9.2.9. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης με τον τρόπο προσέλευσης	67
10 Συζήτηση – Συμπεράσματα	68
10.1. Ηλικία ασθενών του ΤΑΕΠ	68
10.2. Ικανοποίηση ασθενών	69
10.3. Διασφάλιση προσωπικών δεδομένων	70
10.4. Χρόνος αναμονής	71
10.5. Επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενή	72

10.6. Μόρφωση του ασθενή	73
10.7. Χώροι στάθμευσης	74
11 Μέτρα για βελτίωση	75
12 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
13 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	79
Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών στο ΤΑΕΠ	
14 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	82
Συγκατάθεση Επιτροπής Βιοηθικής	
Έγκριση διεξαγωγής έρευνας από Διεύθυνση Ιατρικών Υπηρεσιών	
15 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	84
Ηλεκτρονική μορφή CD	



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα αποτελεί μια σημαντική έννοια για τις σύγχρονες κοινωνίες και οικονομίες. Είναι μια έννοια υποκειμενική αλλά συνάμα και δυναμική προς το περιεχόμενο της. Διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται (προϊόν, υπηρεσία), καθώς και από τον βαθμό που εκφράζει τις πραγματικές ανάγκες των πελατών. Αυτές οι ανάγκες διαφέρουν σε χρονικές και χωρικές παραμέτρους (Κωσταγιόλας, 2008).

Η προσπάθεια ορισμού της ποιότητας καθίσταται δύσκολη λόγω του πολύπτυχου περιεχομένου της, το οποίο διαμορφώνεται μέσα από τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής. Η ποιότητα συνδέεται άμεσα με τις δραστηριότητες του ανθρώπου κατά τη διάρκεια της ιστορία της ανθρωπότητας. Η ποιότητα στον τομέα υγείας είναι μια έννοια που δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί. Οι ιδιαιτερότητες του αγαθού υγεία υπαγορεύουν μια σύνθετη αντιμετώπιση, αφού υπεισέρχονται στοιχεία όπως η υποκειμενική αντίληψη του ασθενή, η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας κλπ.

Κλειδί στον προσδιορισμό της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι ο καθορισμός μετρήσιμων ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών. Η διαδικασία της μέτρησης μπορεί να στηριχθεί στην υπάρχουσα δομή, στις διαδικασίες που ακολουθούνται κατά την παροχή της φροντίδας υγείας, και τα υγειονομικά αποτελέσματα που επιτυγχάνονται. Οι μετρήσεις μπορούν να γίνουν μεμονωμένα σε ένα ή περισσότερους από αυτούς τους τομείς ή και σε όλους ταυτόχρονα. Η παρούσα εργασία θα συγκεντρωθεί στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στο ΤΑΕΠ ως κύριος δείκτης μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο συγκεκριμένο τμήμα. Μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών βάση των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται δεν είναι εύκολο λόγω της απουσίας στατιστικών δεδομένων από το ΤΑΕΠ και άλλων στοιχείων που χρειάζονται.

## 2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

### 2.1. Ιστορική αναδρομή

Όλες οι κοινωνίες επιδίωκαν την παροχή προϊόντων και υπηρεσιών καλής ποιότητας, καθώς αποτελούσε την προϋπόθεση για την αποφυγή πρόκλησης οποιασδήποτε βλάβης στα μέλη της κοινωνίας. Ήδη από το 1700π.Χ., στον ποινικό κώδικα του βασιλιά Χαμουραμί, γίνεται αναφορά στην αξιοπιστία του προϊόντος. «Αν καταρρεύσει ένα κτίριο και σκοτωθεί ο ιδιοκτήτης, τότε θα θανατωθεί και ο κτίστης» (Παπανικολάου, 2007). Στον ίδιο κώδικα αναφέρονται και οι πρώτες ενδείξεις για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όπου γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής με προβλεπόμενες ποινές για τους ιατρούς που προκαλούν βλάβες στους ασθενείς. Επίσης, στους δεοντολογικούς κανόνες του Ιπποκράτη περιλαμβάνεται η ρήση «ωφελέειν ή μη βλάπτειν», που δεν είναι άλλο από την επιταγή για διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες (Κρητικός, 2004).

Σύνθετες έννοιες που σχετίζονται με την επιστημονική προσέγγιση για την ποιότητα, όπως η τυποποίηση και τα πρότυπα έχουν τις ρίζες τους επίσης στην αρχαιότητα. Για παράδειγμα η γνησιότητα και η σύνθεση του χρυσού ελέγχονταν με τη μέθοδο της «Λυδίας Λίθου» (Κωσταγιόλας, 2008), δηλαδή μια μέθοδος που σύγκρινε το κίτρινο χρώμα που άφηνε ένα χρυσό αντικείμενο μετά από τριβή πάνω στην επιφάνεια της λίθου με πρότυπα κίτρινου χρώματος γνωστής σύνθεσης χρυσού. Επίσης, τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. καθορίστηκαν προδιαγραφές για την κατασκευή μπρούτζινων δέσμων για την σύνδεση των κιόνων της Φιλώνας Στοάς (Κωστογιόλας, 2008 από Τσίμη, 2003).

Συστηματικές μέθοδοι ποιοτικού ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στην Βιομηχανική επανάσταση και στην έκρηξη της μαζικής παραγωγής την δεκαετία του 1920. Διάφοροι μελετητές (Daeves, 1924 και Becker, 1927) συνειδητοποίησαν ότι οι αποκλίσεις κατά τη διαδικασία παραγωγής μπορούν να καταγραφούν με στατιστικές μεθόδους, ως πρώτο βήμα προς το στατιστικό ποιοτικό έλεγχο.

## 2.2. Ορισμοί

Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών και θετικών ιδιοτήτων ενός πράγματος (Μπαμπινιώτης, 2008) και εκφράζει το βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται με αξιοπιστία στα πρότυπα στα οποία πρέπει να ανταποκρίνεται με βάση τον σχεδιασμό του (Οικονομοπούλου, 2010).

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, τα οποία της δίνουν την ικανότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες» (ISO, 1993).

Τις τελευταίες δεκαετίες αναπτύχθηκαν σύνθετα συστήματα διοίκησης της ποιότητας, τα οποία έχουν επηρεαστεί από ομάδες Αμερικανών και Ιαπώνων επιστημόνων που είναι γνωστοί ως οι «γκουρού» της ποιότητας: Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa, Taguchi. (Ο ορισμός γκουρού δόθηκε από τον Δερβιτσιώτη (2001) και την Παπανικολάου (2006)).

Στον Πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά αποδεκτοί όροι της έννοιας της ποιότητας

<u>Ερευνητής</u>	<u>Ορισμός</u>
Grosby	η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ορίζεται ως η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη ή/και στις προδιαγραφές του
Juran	Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η καταλληλότητα για το χρήστη
Deming	Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία του σε χαμηλό κόστος και η καταλληλότητα του για την αγορά

Αναλυτικότερα, ο Onretveit ορίζει ως ποιότητα την «ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει τρία στοιχεία:

- την ποιότητα ως προς τον πελάτη (ικανοποίηση, παράπονα και ο βαθμός στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει),
- την επαγγελματική ποιότητα (βαθμός που οι ανάγκες του πελάτη ικανοποιούνται σύμφωνα με επαγγελματικά δεδομένα),
- την ποιότητα των διαδικασιών (σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος) (Κρητικός, 2004).

Αν και υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις, κοινό σημείο είναι ο καταναλωτής/χρήστης (αποδέκτης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι προσδοκίες και οι επιθυμίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν. Γενικά οι επιχειρήσεις πρέπει να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στην εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας προκειμένου να διατηρήσουν την ανταγωνιστικότητά τους. Είτε πρόκειται για παραγωγή ενός προϊόντος ή για μια ιατρική πράξη, η ύπαρξη προγραμμάτων ποιότητας προάγει τα συμφέροντα της επιχείρησης διασφαλίζοντας την ικανοποίηση του πελάτη.

### 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ενασχόληση με την ποιότητα στο χώρο της υγείας παρουσιάστηκε με μεγάλη καθυστέρηση σε σχέση με την υπόλοιπη βιομηχανία. Ο ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας γίνεται ακόμη πιο δύσκολος, λόγω κυρίως της πολυπλοκότητας και ιδιαιτερότητας του περιβάλλοντος της υγείας που χαρακτηρίζεται από μια μεγάλη ποικιλία στη φύση των υπηρεσιών που καλείται να προσφέρει, οι οποίες και υλοποιούνται από ομάδες ατόμων με ανομοιογενή σύνθεση (Οικονομοπούλου, 1999). Έτσι, οι διαφορετικοί ορισμοί που δίνονται για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αντανακλούν τις απόψεις των διαφόρων εταίρων μέσα στο σύστημα.

### 3.1. Ιστορική αναδρομή

Αναφορά στην ποιότητα στην υγεία γίνεται από τη γέννηση της Ιατρικής Επιστήμης. Τα πρώτα κριτήρια αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, ενώ όπως έχει αναφερθεί, το 1700 π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής στον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμπί. Όπως προαναφέρθηκε, αναφορά για την ανάγκη διασφάλιση της ποιότητας γίνεται και στην εποχή του Ιπποκράτη «ωφελέειν ή μη βλάπτειν».

Ο ποιοτικός έλεγχος ουσιαστικά ξεκινά το 1858 από την Florence Nightingale, η οποία προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών. Κρατούσε σημειώσεις των παρατηρήσεων της και χρησιμοποιούσε τις πληροφορίες αυτές για να προσδιορίσει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας και να την βελτιώσει (Παπανικολάου, 2007).

Αργότερα ο Godman ανέπτυξε την «ιδέα του τελικού αποτελέσματος» («the end-result idea»), όπου ο ασθενής έπρεπε να παρακολουθείται τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο, όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά το εξιτήριο. Με αυτό τον τρόπο καθοριζόταν αν η θεραπεία του ήταν αποτελεσματική. Αν η θεραπεία δεν ήταν αποτελεσματική, το νοσοκομείο επιχειρούσε να προσδιορίσει το λόγο για αυτή την αποτυχία (Παπανικολάου, 2007)

Η επανάσταση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ήταν το 1952, όταν το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών μετέφερε επίσημα το Πρόγραμμα Τυποποίησης Νοσοκομείων στο Joint Commision on Accreditation of Hospitals, το οποίο δημοσίευσε τα Πρότυπα για Διαπίστευση Νοσοκομείων το 1953. Η διαπίστευση αυτή συνδέεται άμεσα με τη χρηματοδότηση του κάθε νοσοκομείου από την πολιτεία. Αν τα πρότυπα πέσουν κάτω από τα προκαθορισμένα επίπεδα, το νοσοκομείο διατρέχει κίνδυνο να χάσει την πολιτειακή χρηματοδότηση.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η κοινωνία απαιτεί εκσυγχρονισμό στα ζητήματα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η Ιατρική αρχίζει να δίνει περισσότερη βαρύτητα στον ασθενή και επικεντρώνει την προσοχή της στον ασθενή και εστιάζεται στη σχέση γιατρού-ασθενή. Σε αυτή τη σχέση η γνώμη των ασθενών έχει μεγάλη αξία, αφού ένα «σύστημα υγείας που δεν ικανοποιεί τους καταναλωτές του, ανεξάρτητα από την ποιότητα τεχνικής φύσης, δεν υπηρετεί πρωτίστως την κοινωνία» (Αλετράς και συν, 2007:90).

Τη δεκαετία του 1960 άρχισαν πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στην Αμερική και στην Ευρώπη, με μελέτες για την θνησιμότητα και νοσηρότητα. Τη δεκαετία του 1970 αναπτύχθηκε ο λεγόμενος αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit) (Παπανικολάου, 2007). Στις δεκαετίες που ακολουθούν, βιώνεται μια αλλαγή που επηρέασε τις υπηρεσίες υγείας και περιγράφεται από τον Kongstvedt (1997) ως η «βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας», δηλαδή αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας. Στη δεκαετία του 1980 προωθήθηκε η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance), ενώ στη δεκαετία του 1990 αναπτύσσεται η έννοια της διοίκησης ολικής ποιότητας (Total Quality management) (Παπανικολάου 2007).

Το 1985 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υποστηρίζει την ανάγκη για διασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Αναπτύσσονται έτσι προγράμματα για αύξηση της γνώσης και των δεξιοτήτων που απαιτούνται. Ο Στόχος 31 στο «Υγεία για Όλους» ενθαρρύνει όλα τα κράτη μέλη να «έχουν αναπτύξει αποτελεσματικούς μηχανισμούς για εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών εντός των συστημάτων υγείας» (WHO, 1985).

### 3.2. Ιδιαιτερότητες του τομέα υγείας

Κατά τον Arrow (1963), το αγαθό υγείας δεν είναι όπως τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και οι δυνάμεις της αγοράς αποτυγχάνουν να προσφέρουν αποτελεσματική κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Όπως έχει αναφερθεί, η ποιότητα στις

υπηρεσίες υγείας είναι πιο σύνθετη έννοια από την ποιότητα σε άλλους τομείς και υπηρεσίες, γιατί παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες όπως-

- οι εξατομικευμένες υπηρεσίες – οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία και διαφοροποίηση στους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση καθώς και την έκβαση της θεραπείας τους,
- οι ελλειπείς γνώσεις των χρηστών για το αντικείμενο και η αδυναμία να αξιολογήσουν με αντικειμενικότητα την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρονται (ασύμμετρη πληροφόρηση),
- οι χρήστες κατά την επαφή τους είναι συναισθηματικά φορτισμένοι,
- ο τομέας της υγείας είναι τομέας εντάσεως εργασίας,
- οι επαγγελματίες υγείας που αντιπροσωπεύουν την προσφορά, ασκούν επίσης και το ρόλο του αντιπροσώπου του ασθενή (agent) και καθορίζουν το είδος της θεραπείας, το πώς, πού και πότε θα προσφερθεί. Δηλαδή ορίζουν, όχι μόνο την προσφορά αλλά και την ζήτηση, δημιουργώντας έτσι την πιθανότητα της προκλητής ζήτησης,
- η κατανάλωση των αγαθών από τις υπηρεσίες της υγείας δεν προσφέρει αγαθά σε ένα άτομο μόνο αλλά τα αγαθά διοχετεύονται στο σύνολο της κοινωνίας, δηλ υπάρχουν εξωτερικές οικονομίες,
- στον τομέα της υγείας υπάρχει κρατικός παρεμβατισμός, προκειμένου αφενός να αποφευχθεί ο αποκλεισμός ατόμων ή κοινωνικών ομάδων από την παροχή της φροντίδας υγείας και αφετέρου να μειωθούν οι αρνητικές επιπτώσεις στο σύνολο της κοινωνίας κλπ.

Επίσης, το μοντέλο της ποιότητας στον τομέα της υγείας διαφέρει από το «εργοστασιακό<sup>1</sup>» μοντέλο της ποιότητας λόγω του ότι ο τομέας της υγείας πρέπει να διασφαλίζει ένα πιο σύνθετο σύνολο αρμοδιοτήτων προς την υγεία του μεμονωμένου καταναλωτή αλλά και προς την κοινωνία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον εμπλουτισμό, αλλά και την εσωτερική ένταση, του ορισμού της ποιότητας στον τομέα της υγείας (Donabedian, 1993). Ο τομέας έχει ευθύνη ως προς το μεμονωμένο ασθενή αλλά ως και προς το σύνολο της κοινωνίας, κάτι

---

<sup>1</sup> Ο ορισμός δόθηκε από τον Α. Donabedian για να περιγράψει την ποιότητα σε άλλους τομείς εκτός στον τομέα της υγείας.

που δεν διαφαίνεται στο εργοστασιακό μοντέλο της ποιότητας. Και τα δύο μοντέλα συμφωνούν στη σημασία της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και τον περιορισμό του κόστους.

Η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να ταυτιστεί με την παροχή τις καταλληλότερης για αυτούς υπηρεσίας (διαγνωστικών μέσων ή θεραπευτικής αγωγής). Για τους πιο πάνω λόγους, η εξασφάλιση της καταλληλότερης υπηρεσίας αποτελεί ένα δύσκολο επιχείρημα (αλλά και πιο ουσιαστικό) από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στην βιομηχανία (Τούντας, 2003).

Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία. Παράγοντες όπως η ετοιμότητα παροχής, η δυνατότητα πρόσβασης, η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, ο σωστός επαγγελματισμός από τους παροχείς, η καταλληλότητα και αξιοπιστία του συστήματος υγείας και των υπηρεσιών του, και η αξιοπρέπεια του χρήστη, αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα αποτελώντας άμεση προτεραιότητα (Τούντας, 2003).

### 3.3. Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυδιάστατη και προσδιορίζεται με διαφορετικό τρόπο από τους ασθενείς και τους χρήστες των υπηρεσιών, τους επαγγελματίες υγείας και τους διοικητικούς, την κοινωνία και τους άλλους εμπλεκόμενους φορείς. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί να ταυτιστεί με τη-γενικότερη έννοια της ποιότητας οποιουδήποτε άλλου αγαθού, και δεν μπορεί να ακολουθήσει την τυποποιημένη διαδικασία παραγωγής όπως συμβαίνει με τα περισσότερα βιομηχανικά προϊόντα.

Αναμφίβολα, η ποιότητα για τους ασθενείς είναι το βέλτιστο αποτέλεσμα σε συνάρτηση με την άριστη εξυπηρέτηση. Για τους επαγγελματίες υγείας, ιατρικούς και νοσηλευτικούς λειτουργούς, είναι η επάρκεια των πόρων, ανθρώπων και μέσων, ώστε να επιτυγχάνεται η παροχή υπηρεσιών που να συμφωνούν με την εκάστοτε επιστημονική γνώση. Για τους διοικητικούς είναι η



διασφάλιση άριστης σχέσης μεταξύ οικονομικού κόστους και αποτελέσματος. Για την κοινωνία είναι η συνεχής βελτίωση των δεικτών υγείας (Ζηλίδης, 2007).

Κατά τον ΠΟΥ, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη χαρακτηρίζεται από το υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, την αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων, τη μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, τη θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας αυτών και την ικανοποίησή τους (WHO, 1993).

Ο Maxwell (1993) (Οικονομοπούλου, 2002), προσδιορίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους:

- Προσπελασιμότητα – η υπερπήδηση των εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών) προκειμένου να διασφαλιστεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Ισότητα – η εξυπηρέτηση των αναγκών όλων των κοινωνικών στρωμάτων.
- Κοινωνική αποδοχή – η άποψη του χρήστη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται.
- Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες των χρηστών και στις υπηρεσίες που προσφέρονται
- Αποδοτικότητα δηλ το χαμηλότερο δυνατό κόστος για μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη/υπηρεσία.
- Τεχνική αποτελεσματικότητα, δηλ η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία του κάθε ασθενή.

Το Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004, ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση». Συνοψίζοντας, καθόρισε τους πιο κάτω παράγοντες ως τα χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας:

- Appropriateness - Καταλληλότητα – ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα στον ασθενή είναι η ενδεδειγμένη επιστημονικά βάση των αναγκών του ασθενή την δεδομένη στιγμή.
- Availability - Διαθεσιμότητα - ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα στον ασθενή είναι διαθέσιμη για να εξυπηρετήσει τον ασθενή.

- Continuity - Συνέχεια – ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή είναι συνεχής και συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στα συστήματα υγείας.
- Effectiveness - Αποτελεσματικότητα – ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με τον σωστό τρόπο για να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
- Efficacy - Δραστηκότητα – ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- Efficiency - Αποδοτικότητα – ο βαθμός απόδοσης του αποτελέσματος της φροντίδας του ασθενή (πχ δείκτες υγείας) σε σχέση με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν.
- Respect and Caring - Σεβασμός και φροντίδα – ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας καθώς και ο βαθμός στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν υπηρεσίες με ευαισθησία και σεβασμό βασισμένες στις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.
- Safety - Ασφάλεια – ο βαθμός στον οποίο ο κίνδυνος για τον ασθενή μειώνεται στο περιβάλλον παροχής υπηρεσιών.
- Timeliness - Επικαιρότητα – ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την στιγμή που την χρειάζεται.

(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, 2000).

Βάσει των πιο πάνω, ο ΠΟΥ διασφαλίζει ότι η υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά

- Ψηλό επίπεδο επαγγελματικής και επιστημονικής βάσης
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τον ασθενή
- Την ικανοποίηση του ασθενή
- Τη θετική επίδραση στο τελικό επίπεδο υγείας του ασθενή (ΠΟΥ, 2000)

Στις μέρες μας, το επίκεντρο μέσα στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας είναι φυσικά ο ασθενής. Ο ασθενής είναι ενημερωμένος και συγκρίνει τις επιδόσεις του συστήματος υγείας της χώρας του ή τις επιδόσεις του νοσοκομείου του με αυτές άλλων χωρών ή άλλων νοσοκομείων.

Σύμφωνα με ένα πλαίσιο το οποίο προτάθηκε από τους Evans και Murray (2001), στον ΠΟΥ «η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού.

Όπως έχει λεχθεί η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται από την άποψη των εταίρων του συστήματος υγείας (χρήστες, προμηθευτές φροντίδας, ασφαλιστικοί οργανισμοί, μανατζερς), και σε σχέση με σαφή κριτήρια που ορίστηκαν από την δεδομένη κοινωνία. Τα πιο συχνά αναφερόμενα στοιχεία ενός καλού συστήματος υγείας σχετίζονται με την προσαρμογή της έννοιας εισροής – διαδικασίας – αποτελέσματος όπως μελετήθηκε από τον Donabedian (Παπανικολάου 2007).

Οι διάφοροι ορισμοί της ποιότητας είναι ενδεικτικοί της πολυπλοκότητας και της μεταβλητότητας του όρου. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ακόμα σύγχυση στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν είναι έμπειροι στους τεχνικούς όρους και τα επιμέρους ζητήματα. Ο Donabedian (1988) υποστηρίζει ότι «οι διάφορες διατυπώσεις είναι εξίσου πιθανές και εύλογες, ανάλογα με το που βρισκόμαστε στο σύστημα της φροντίδας και ποια είναι η φύση και η έκταση των ευθυνών μας».

Συγκρίνοντας το εργοστασιακό υπόδειγμα της ποιότητας με την ποιότητα στον τομέα της υγείας αποκαλύπτονται κάποιες ομοιότητες με δυνατά σημεία αλλά και κάποιες διαφορές.

Κατά τον Donabedian (1993), το εργοστασιακό μοντέλο-

- δε συμπεριλαμβάνει τη σύνθετη σχέση γιατρού-ασθενή
- δεν αναγνωρίζει το ρόλο, τη γνώση, τις δεξιότητες και την επιστημονική κατάρτιση του επαγγελματία υγείας
- δε δίνει την απαιτούμενη προσοχή στις κλινικές δραστηριότητες, αλλά εστιάζεται περισσότερο στις υποστηρικτικές δραστηριότητες.

Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο φροντίδας υγείας μπορεί να αποκομίσει κάποια από τα στοιχεία της εργοστασιακής οπτικής, ότι υπάρχει -

- ανάγκη για μεγαλύτερη προσοχή στις απαιτήσεις και προσδοκίες των ασθενών
- ανάγκη για καλύτερο σχεδιασμό διαδικασιών για την διασφάλιση της ποιότητας της κλινικής φροντίδας
- ανάγκη για μεγαλύτερο ρόλο των μάνατζερ στη διασφάλιση της ποιότητας της κλινικής φροντίδας
- περισσότερη ανάγκη για παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω στατιστικού ελέγχου
- περισσότερη ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση και εκπαίδευση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στη διασφάλιση της ποιότητας.

### 3.4. Η Θεωρία του Donabedian

Ο Α. Donabedian (1980) ήταν πρωτοπόρος στα θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας καταγράφοντας σημαντικές παραμέτρους που επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της ποιότητας. Παρατήρησε τις τρεις διαστάσεις στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας-

- Τεχνικό μέρος (Technical, science of medicine/nursing) Η εφαρμογή της επιστήμης και τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενή
- Διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine) Η ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας, η συμπεριφορά τους απέναντι του, η επαγγελματική ηθική, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών. Η διαπροσωπική φροντίδα ενεργεί συνήθως συμπληρωματικά και αντανακλά ουσιαστικά την αλληλεπίδραση των επαγγελματιών υγείας και ασθενή (Παπανικολάου, 2007).
- Ξενοδοχειακή υποδομή (amenities) Ο χώρος, περιβάλλον, οι συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρεται η φροντίδα, ανέσεις και ευκολίες (Οικονομοπούλου 2002). Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και στο

διαπροσωπικό μέρος της φροντίδας, καθώς υποδηλώνει κάποιο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση του ασθενή (Παπανικολάου, 2007).

Με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις ο Donabedian προχώρησε στον πρώτο, κλασσικό ορισμό της ποιότητας της φροντίδας: “Αυτό το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Donabedian, 1980 στην Παπανικολάου, 2007, 83).

Βάσει του πιο πάνω ορισμού της ποιότητας ο Donabedian καθόρισε τους συντελεστές σε κάθε μια από τις κατηγορίες.

- Στο επίπεδο του τεχνικού μέρους της περίθαλψης, ποιότητα μπορεί να οριστεί η εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας ώστε να μεγιστοποιήσει τις ωφέλειες υγείας (health benefits) χωρίς ταυτόχρονη αύξηση του κινδύνου (health risks). Δηλαδή ποιότητα μπορεί να χαρακτηριστεί ως ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η ιατρική/νοσηλευτική περίθαλψη επιτυγχάνει την στάθμιση ωφελειών και κινδύνων (Παπανικολάου, 2007).
- Στο επίπεδο της διαπροσωπικής φροντίδας η ποιότητα είναι πιο δύσκολο να οριστεί. Μπορεί να μετρηθεί με τις κοινωνικές αξίες, προσδοκίες και τους κανόνες που καθορίζεται από την κοινωνία. Η διαπροσωπική σχέση επηρεάζει και την επιτυχία της τεχνικής περίθαλψης. Ένα παράδειγμα της ποιότητας της διαπροσωπικής φροντίδας είναι η καλή πληροφόρηση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση του ασθενή στην προτεινόμενη θεραπεία και νοσηλεία (Donabedian, 1986 στην Παπανικολάου 2007: 83)

Στο άρθρο «The Seven Pillars of Quality» (Donabedian, 1990), περιγράφονται τα επτά χαρακτηριστικά της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας.

- Efficacy- Κλινική αποτελεσματικότητα - η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας για βελτίωση της ποιότητας, η οποία καθορίζεται από την επιστήμη της υγειονομικής φροντίδας (Ιατρική, Νοσηλευτική)
- Effectiveness - Αποτελεσματικότητα – ο βαθμός στον οποίο υλοποιούνται βελτιώσεις στην υγεία
- Efficiency - Αποδοτικότητα – ο βαθμός επίτευξης των βελτιώσεων στην υγεία με το χαμηλότερο δυνατό κόστος
- Optimality - Βελτιστότητα – η σχέση κόστους-όφελος με τα μέγιστα αποτελέσματα
- Acceptability - Αποδεκτικότητα – η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών στην προσβασιμότητα, τη σχέση επαγγελματία-ασθενή, το κόστος, κτλ, δηλ κάποιες ατομικές ατομικές αξίες και προσδοκίες
- Legitimacy - Νομιμότητα η οποία καθορίζεται από τις κοινωνικές αξίες και προσδοκίες
- Equity - Δίκαιη κατανομή ωφελειών – η ισότητα στην πρόσβαση και παροχή φροντίδας υγείας.

Ο Donabedian πρότεινε ένα μοντέλο αξιολόγησης της ποιότητας το οποίο αποτελείται από τρεις διακριτές συνιστώσες, βάσει των οποίων προσδιορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών:

- **Δομές (εισροές):** τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα (εξοπλισμός, κτίρια, προσωπικό, φυσική διάταξη του οργανισμού), δηλαδή υλικοί και ανθρώπινοι πόροι καθώς και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του.
- **Διαδικασίες:** οι δραστηριότητες που αναλαμβάνει το προσωπικό ώστε να μετατρέψει τις εισροές σε αποτελέσματα, δηλαδή, όλες οι ενέργειες που γίνονται (κυρίως από το προσωπικό) από την είσοδο μέχρι και την έξοδο του χρήστη από τον οργανισμό.
- **Αποτελέσματα (εκροές):** τα αποτελέσματα των υπηρεσιών στους δείκτες υγείας των ασθενών/ πληθυσμού (πχ δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας), οι οποίοι ωστόσο εξαρτώνται και από άλλους παράγοντες.

Από τα πιο πάνω διαφαίνεται ότι η ποιότητα δεν μπορεί να κρίνεται μόνο από τους επαγγελματίες υγείας αλλά πρέπει να περιλαμβάνει και τις προτιμήσεις και τις απόψεις των ασθενών (ως άτομα) καθώς και τις απόψεις, προτιμήσεις και εκτιμήσεις της κοινωνίας ως σύνολο.

### 3.5. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) αποτελεί μέρος της διοίκησης με στόχο τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, ανταγωνιστικότητας και της ικανοποίησης των «εξωτερικών» (οι καταναλωτές, χρήστες των υπηρεσιών, οι τελικοί αποδέκτες) και «εσωτερικών» (εργαζόμενοι, στελέχη) πελατών ενός οργανισμού.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια από τις σύγχρονες τάσεις του μάνατζμεντ ως ένα σύνολο σύγχρονων μεθοδολογιών της διοικητικής επιστήμης. Στηρίζεται στη θεωρία ότι ο κάθε προμηθευτής πρέπει να ξέρει τις απαιτήσεις του πελάτη του και να του παρέχονται τα αναγκαία μέσα και πόροι να τις ικανοποιήσει (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

### 3.6. Η σημασία της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Η σημασία που έχει η ικανοποίηση των ασθενών και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μεγάλη αφού έχει αντίκτυπο στη θεραπευτική διαδικασία για τον ίδιο τον ασθενή. Ο ικανοποιημένος ασθενής είναι περισσότερο συνεργάσιμος, συμμορφώνεται καλύτερα, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα (Αλετράς, 2007). Εξασφαλίζει επίσης σημαντικά οικονομικά οφέλη, όπως μείωση του κόστους για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.

Λόγω της μεγάλης σημασίας της ποιότητας στον τομέα της Υγείας, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών επιβάλλεται σε όλους τους τομείς της υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων (ΤΑΕΠ). Πρέπει να τονιστεί ότι οι «μετρήσεις διερεύνησης

της ικανοποίησης των ασθενών, παρότι έχουν καθιερωθεί ως πάγια τακτική στο διεθνή χώρο, αποτελώντας στοιχείο της διοίκησης ολικής ποιότητας, απουσιάζουν από την καθημερινή πρακτική στην Ελλάδα» (Αλετράς, 2007) αλλά και από την Κύπρο.

Ο κάθε οργανισμός υγείας πρέπει να λειτουργεί «έχοντας καλλιεργήσει οργανωσιακή κουλτούρα ποιότητας στο προσωπικό του» (Μαλλιαρού, 2007:28), πράγμα που δεν φαίνεται να γίνεται στην Κύπρο. Συγκεκριμένα στον τομέα υγείας της χώρας μας δε φαίνεται να έχουν αναγνωριστεί τα χαρακτηριστικά και οι ανάγκες των ασθενών, έτσι ώστε ο σχεδιασμός και η παροχή των υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής να συμπίπτει με τους παράγοντες αυτούς.

#### **4. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ**

##### **4.1. Διεθνής προσεγγίσεις στην μέτρηση της ποιότητας – παραδείγματα**

###### **4.1.1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας**

Στο World Health Report του WHO (2000), τονίστηκε ότι η συνολική επίδοση του συστήματος υγείας μιας χώρας εξαρτάται άμεσα από την οργάνωση, διαμόρφωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Η διακήρυξη της Άλμα-Ατα 1978 στο Καζακστάν, ήταν η πρώτη διεθνής προσέγγιση για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους» από το έτος 2000. Στη διακήρυξη επιβεβαιώνεται ο ορισμός της υγείας, ο οποίος συμπεριλαμβάνει κοινωνικούς και οικονομικούς τομείς που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής και επίτευξης της υγείας και επιβεβαιώνει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα.

Η Διάσκεψη καλεί για μια επείγουσα και αποτελεσματική εθνική και διεθνή δράση για την ανάπτυξη και την εφαρμογή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλο τον



κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η 51<sup>η</sup> συνέλευση το 1998 στην Κοπεγχάγη επαναβεβαιώνει αυτές τις αρχές, ενώ στον Στόχο 16 εστιάζει την προσοχή της στα μέτρα ποιότητας:

«16.2. Όλες οι χώρες θα πρέπει να διαθέτουν μηχανισμούς... για τη συνεχή παρακολούθηση και ανάπτυξη της ποιότητας της φροντίδας για τουλάχιστον δέκα κύριες καταστάσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης του αντίκτυπο στην υγεία, του κόστους αποτελεσματικότητας και της ικανοποίησης των ασθενών.

16.3. Τα αποτελέσματα υγείας σε τουλάχιστο πέντε από τις παραπάνω καταστάσεις υγείας θα πρέπει να παρουσιάζουν βελτίωση με μια αύξηση στην ικανοποίηση των ασθενών με την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν και ένα αυξημένο σεβασμό στα δικαιώματά τους» (WHO, 1999).

#### 4.1.2. Ευρωπαϊκές χώρες

Αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν σχεδιάσει εθνικά προγράμματα δράσης για την ανάπτυξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως η Σουηδία (1993), Βέλγιο (1995), Φινλανδία (1995), Ηνωμένο Βασίλειο (1998) (Παπανικολάου, 2007).

Τα τελευταία 20 χρόνια η Σουηδία έχει δώσει ιδιαίτερη σημασία στη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Με τον νόμο 763 του 1982, έχουν εφαρμοστεί στις αρχές τις δεκαετίας του 1990, 7 ποιοτικοί δείκτες<sup>2</sup> στην φροντίδα υγείας όπως ο αριθμός των νοσηλευόμενων ασθενών που ανέπτυξαν κατακλύσεις. Την ίδια περίοδο εφαρμόστηκαν ποιοτικοί δείκτες, κλινικά πρωτόκολλα και οδηγίες για την εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στα νοσοκομεία (Mutlin et al, 2006).

---

<sup>2</sup>Ποιοτικοί δείκτες ορίζονται ως «ποσοτική μέτρηση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στην παρακολούθηση και διαχείριση την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας» (Joint Commission, 1989, σελ 330).

Το Ηνωμένο Βασίλειο προσδιόρισε στόχους για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας μέσω -

- βελτίωσης της ποιότητας με βάση συγκεκριμένους μετρήσιμους δείκτες
- δίκαιης πρόσβασης
- αποτελεσματικής παροχής κατάλληλης περίθαλψης
- αποδοτικότητας
- καθιέρωσης μέτρων επίδοσης κάθε νοσοκομειακής περιφέρειας (Trust) και προσδιορισμό υποδειγμάτων και εργαλείων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών (NHS, 1999).

Η Ελλάδα άρχισε δειλά τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με το νόμο του 2889/2001. Ο εκσυγχρονισμός στοχεύει στη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας και την καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, στην ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κάποια από τα μέτρα που έπρεπε να υλοποιηθούν ήταν η σύσταση γραφείου υποδοχής ασθενών για την υποδοχή, καθοδήγηση και πληροφόρηση των ασθενών και η δημιουργία αυτοτελούς Τμήματος Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών σε κάθε μεγάλο νοσοκομείο.

#### 4.1.3. Κύπρος

Η Κύπρος υστερεί στον τομέα της μέτρησης και της συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Η καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες υγείας αρχίζει με αργούς ρυθμούς, με περιορισμένα μέτρα για αποδοτική και αποτελεσματική περίθαλψη. Με την υλοποίηση του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ) θα περιοριστούν οι τοπικές και περιφερειακές ανισότητες στην ποιότητα υπηρεσιών. Επίσης, στη βάση του ΓεΣΥ, στοχεύετε η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας μέσω της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης και επαρκούς ποιοτικής φροντίδας υγείας.

## 4.2. Η αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Ο χρήστης των υπηρεσιών αποτελεί το κύριο σημείο αναφοράς για τη μέτρηση της ποιότητας, αφού η ποιότητα αποτιμάται και αξιολογείται σύμφωνα με την άποψη των τελικών αποδεκτών των υπηρεσιών, που για τις υπηρεσίες υγείας είναι ο ασθενής. Ως αποτέλεσμα, η πρωτογενής συλλογή στοιχείων και η ανάλυση δεδομένων σχετιζομένων με την άποψη των χρηστών είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αυτή παρέχει την δυνατότητα να αξιολογηθούν και να βελτιωθούν διοικητικές πράξεις και δράσεις, να γίνει ανασκόπηση των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

Η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες συναντά κάποιες ιδιαιτερότητες, αφού λόγω της φύσης της, η υπηρεσία είναι δύσκολο να αποδοθεί σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών και άρα το επίπεδο ποιότητας. Ακόμα πιο δύσκολη είναι η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας λόγω της πολυπλοκότητας και της πολυμορφίας των ιατρικών πράξεων, της νοσηλευτικής φροντίδας, του εξοπλισμού κλπ. Επίσης, σημαντικό είναι η σωματική και ψυχική κατάσταση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας την στιγμή που αναζητούν αυτές τις υπηρεσίες.

Σε άρθρο της η Μαλλιαρού αναφέρει ότι ένας από τους πλέον συνήθεις τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών. Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Γνωρίζοντας την άποψη των ασθενών και το ποσοστό ικανοποίησης τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σημαντικό για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Όπως είναι αναμενόμενο, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με τις ιατρικές οδηγίες και τη φαρμακευτική αγωγή. «Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας» (Μαλλιαρού, 2009).

### 4.3. Δείκτες ποιότητας- Δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών

Υπάρχουν αρκετοί δείκτες (εθνικοί και διεθνείς) για τη μέτρηση της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίοι σχετίζονται με τις εκάστοτε προσεγγίσεις, το βαθμό προτεραιότητας και τις κοινωνικές αντιλήψεις. Παράδειγμα το American και το European Customer Satisfaction Index, καθώς και το καναδικό Common Measurement Tool.

Στην Ευρώπη αναγνωρίζεται ο Ευρωπαϊκός Δείκτης Χρηστών Υπηρεσιών (European Customer Satisfaction Index ECSI). Η μέθοδος του δείκτη αυτού σε δειγματοληπτική έρευνα πεδίου συλλογής στοιχείων με τη διαδικασία της τηλεφωνικής συνέντευξης, με την χρήση προτυποποιημένου και ειδικά δομημένου ερωτηματολογίου. Οι βασικοί στόχοι του ECSI ανάμεσα σε άλλους είναι -

- η εκτίμηση και συσχέτιση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών με άλλους οικονομικούς δείκτες, δηλαδή η εκτίμηση της οικονομικής απόδοσης
- η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εκφρασμένη μέσα από την ικανοποίηση των χρηστών, δηλ η εκτίμηση της οικονομικής ευημερίας (Κωσταγιόλας, 2008).

Το πιο πάνω μοντέλο του ECSI εφαρμόστηκε σε μια έρευνα που διεξήγαγε το Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών για λογαριασμό του ΙΚΑ στα εξωτερικά ιατρεία δυο νοσοκομείων της Αττικής. Στα βασικά συμπεράσματα αυτής της μελέτης ήταν ότι βαθμός ικανοποίησης των χρηστών ήταν σε ψηλά επίπεδα θεωρούσαν ότι οι εισφορές τους ανταποκρίνονταν στις απαιτήσεις τους (value for money) (Κωσταγιόλας, 2008).

Κατά τον Donabedian (1988), η κατανόηση των παραγόντων, βάσει των οποίων οι χρήστες αξιολογούν τις υπηρεσίες υγείας, είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας. Οι έρευνες που στόχο έχουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί επισημάνουν και να εντοπίσουν προβλήματα σε τομείς που για τους επαγγελματίες υγείας να μην είναι ξεκάθαρες ή σε τομείς όπου οι υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

Έρευνες έχουν καταλήξει ότι οι ακόλουθοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση των ασθενών (Μαλλιαρού,2009) -

- η συμπεριφορά του προσωπικού,
- η διαπροσωπική ικανότητα για επικοινωνία,
- η παροχή πληροφόρησης σε όλα τα στάδια της εξέτασης και θεραπείας,
- η ιδιωτικότητα-εμπιστευτικότητα (privacy),
- η εξατομικευμένη φροντίδα.

Παράλληλα, παράγοντες που συμβάλουν αρνητικά στην ικανοποίηση των ασθενών είναι -

- ο αυξημένος χρόνος αναμονής προς εξέταση, διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπεία και πιθανή εισαγωγή αναμένοντας εύρεσης κλίνης σε θάλαμο
- η μη πληροφόρηση για το μέγεθος της αναμονής
- το περιβάλλον (καθαριότητα, χώρος αναμονής κλπ) (Μαλλιαρού,2009).

#### 4.4. Ερωτηματολόγια

Μια ιδιαίτερη κατηγορία μετρήσεων αφορά την ικανοποίηση των ασθενών (patient satisfaction). Η ικανοποίηση μπορεί να μετρηθεί με τη βοήθεια ερωτηματολογίων, τα οποία αποτυπώνουν τις υποκειμενικές απόψεις, προτάσεις και παρατηρήσεις των ασθενών σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να είναι αξιόπιστα, απλά και κατανοητά. Το δείγμα θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό. Οι συνεχείς διενέργειες μέτρησης της ικανοποίησης, μπορεί να οικοδομήσει σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ παροχέα και χρήστη, εντοπίζει τα προβλήματα και αυξάνει την αξιοπιστία της υπηρεσίας.

Κατακριτές των ερωτηματολογίων αμφισβητούν την αξία και χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, και υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις να κρίνουν, ενώ πολλές φορές οι υπηρεσίες που υποκειμενικά επιθυμούν δεν είναι αντικειμενικά αυτές που πρέπει να τους παρασχεθούν.

## 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια δίνεται περισσότερη βαρύτητα στα ζητήματα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αφού η Ιατρική επικεντρώνει πλέον την προσοχή της στον ασθενή, ο οποίος κατέχει κεντρική θέση στις υπηρεσίες υγείας, και στη σχέση γιατρού-ασθενή. Σε αυτό το περιβάλλον η σωστή αποτίμηση της γνώμης του ασθενή έχει πολύ μεγάλη αξία (Αλετράς και συν. 2007).

Η σημασία που έχει η ικανοποίηση του ασθενή για τους παροχείς υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγάλη και έχει αντίκτυπο τόσο στη θεραπευτική διαδικασία, όσο και στα οικονομικά του ασθενή, του παροχέα, αλλά και του συστήματος υγείας γενικότερα. Ο ικανοποιημένος ασθενής αναμένεται να είναι περισσότερο συνεργάσιμος και δείχνει μεγαλύτερη συμμόρφωση στην συνιστώμενη αγωγή, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα και συνάμα μικρότερη οικονομική επιβάρυνση στον ίδιο και στο σύστημα.

Στις περισσότερες μελέτες ικανοποίησης των ασθενών που μελετήθηκαν, εκτιμώνται τα ξενοδοχειακά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, όπως την αξιολόγηση του χώρου νοσηλείας, τη σήμανση προς και εντός του νοσοκομείου, την πρόσβαση, τη λειτουργία και αποτελεσματική ανταπόκριση του τηλεφωνικού κέντρου, τους χώρους στάθμευσης κλπ. Άλλοι παράγοντες στις υπηρεσίες υγείας που αξιολογούνται στη βιβλιογραφία είναι η συμπεριφορά του προσωπικού, η δυνατότητα πρόσβασης, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση και η σωστή ενημέρωση/πληροφόρηση, η συνέχεια της φροντίδας, η συνολική ικανοποίηση, κλπ (Κωστογιαλας 2008: Λαζάρου 2005α). Τα τελευταία χρόνια έχουν προστεθεί και άλλοι τομείς όπως ο σεβασμός των νομικών δικαιωμάτων των ασθενών, των ατομικών δεδομένων και της προσωπικότητας των ασθενών, οι συνθήκες περιβάλλοντος και διατροφής, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή.

Σε κάποιες μελέτες αξιολογείται η συνεχιζόμενη ολιστική φροντίδα, οι γνώσεις και οι τεχνικές δεξιότητες (technical skills) του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η τεχνική αποτελεσματικότητα του οργανισμού (έκβαση της υγείας, επιδείνωση, ίαση, βελτίωση, θάνατος). Η αξιολόγηση των πιο πάνω

παραγόντων είναι αμφιλεγόμενη, αφού, όπως υποστηρίζεται από αρκετούς, παρατηρείται το φαινόμενο οι ασθενείς να δηλώνουν ικανοποιημένοι μόνο όταν υπάρχει βελτίωση στην έκβαση της υγείας τους (Κωστογιάλας, 2008, Λαζάρου, 2005β). Οι επικριτές αυτών των παραμέτρων ως δείκτες ικανοποίησης, πιστεύουν ότι οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν τον επαγγελματία υγείας στις τεχνικές δεξιότητες γιατί οι ασθενείς δεν είναι γνώστες αυτών των δεξιοτήτων.

### 5.1. Έρευνες από το διεθνή χώρο

Έρευνα της Gesell (2003) για την ικανοποίηση των ασθενών στη Μ. Βρετανία σε 386 νοσοκομεία με δείγμα 56 000 καρκινοπαθών ασθενών (για τη χρονική περίοδο Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2001), έδειξε ότι 64% ήταν πολύ ευχαριστημένοι, ενώ το 36% δυσαρεστημένοι. Οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με το προσωπικό ως προς τη συμπεριφορά, αλλά χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης διαφάνηκαν στην πληροφόρηση-ενημέρωση που είχαν από το προσωπικό. Τα προβλήματα που καταγράφονται ως παράπονα αφορούν κυρίως το χρόνο αναμονής, την παροχή πληροφοριών, την καθαριότητα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με την μελέτη του Garey (1998).

Ανάλογη έρευνα έγινε και από τους Bruster et al (1994) στη Μ. Βρετανία ανάμεσα σε 51 650 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο παιδιατρικό, γυναικολογικό, ψυχιατρικό και γηριατρικό θάλαμο σε 36 νοσοκομεία με τυχαιοποιημένη δειγματοληψία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα ήταν η ελλιπής ενημέρωση του ασθενή (62% των ασθενών δεν ενημερώθηκαν για το πότε μπορεί να ξεκινήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες). Επίσης, εντοπίστηκαν προβλήματα στην επικοινωνία με το προσωπικό (56%), στη διαχείριση του πόνου (33%) κλπ.

Διάφορες έρευνες στον ιδιωτικό τομέα υγείας τονίζουν τη σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών ως εργαλείο για την αύξηση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας (Evanson, 1997). Στο δημόσιο τομέα υγείας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη χάραξη πολιτικής υγείας (Pollit, 1989).

## 5.2. Έρευνες από τον ελληνικό χώρο

Μέχρι πρόσφατα στον ελληνικό χώρο, η κυρίαρχη άποψη στη διοίκηση των μονάδων υγείας ήταν ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας θεωρούντο «μη ικανοί» να αποτιμήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Κωστογιάλας 2008:Νιάκας και συν, 2000). Παρόλο που η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών είναι σε προκαταρκτικό στάδιο, έγιναν κάποιες μελέτες για αυτό το θέμα. Δεν υπάρχει όμως μια κοινά αποδεκτή μεθοδολογία για συγκριτικές μελέτες αφού δεν έχουν καθοριστεί συνολικά οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης του χρήστη των ελληνικών υπηρεσιών υγείας.

Στον ελλαδικό χώρο, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποιες έρευνες για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες δείχνουν αρκετά ψηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες των κρατικών νοσοκομείων με διαφοροποιήσεις από νοσοκομείο σε νοσοκομείο ή από περιφέρεια σε περιφέρεια (Αλετράς, 2007). Αν και οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών έχουν καθιερωθεί ως πάγια τακτική στο διεθνή χώρο αποτελώντας στοιχείο της διοίκησης ολικής ποιότητας, παρόμοιες έρευνες στον ελληνικό χώρο (Tsiotras et Theodorakioglou, 2000), αλλά και στη κυπριακή πραγματικότητα είναι περιορισμένες.

Οι Τούντας, Λοπατατζίδης και Χουλιάρα (2001), εξέτασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλιζόμενων του ΙΚΑ από τις αντίστοιχες παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 35 ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία όπως επίπεδο μόρφωσης και την οικογενειακή κατάσταση, καθώς και πληροφορίες για τον χρόνο αναμονής, την ευκολία πρόσβασης, την ευκολία καθορισμού ραντεβού με γιατρό, την γενικότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, κλπ. Το 51% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες του ΙΚΑ ως πολύ καλές ή καλές, ενώ το 14% ως κακές ή πολύ κακές.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για έρευνες στον ελληνικό χώρο καταδεικνύει σε γενικές γραμμές ένα μέτριο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, τόσο από τις διαπροσωπικές σχέσεις επαγγελματιών υγείας και ασθενών, όσο και από την ξενοδοχειακή περίθαλψη. Δίνεται επίσης προτροπή προς τις διοικήσεις των



νοσοκομείων για εκσυγχρονισμό της διοίκησης με την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων για την ποιοτική αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών.

## **6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΑΕΠ)**

Ένα κοινό πρόβλημα με τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ότι επικεντρώνονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται στο θάλαμο (hospital ward), όχι στις εξειδικευμένες ανάγκες των ασθενών στα ΤΑΕΠ. Όπως αναφέρει ο Muntlin, 2006, τα τελευταία 15 χρόνια στη Σουηδία, χρησιμοποιούνται συχνά ερωτηματολόγια για την έρευνα της ποιότητας της φροντίδας υγείας, αλλά αυτά συγκεντρώνονται στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα ή στη φροντίδα που προσφέρεται στα εξωτερικά ιατρεία, αλλά σπανίως στη φροντίδα που προσφέρεται στα ΤΑΕΠ.

Ορισμένοι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτής που προσφέρεται στα ΤΑΕΠ, εξακολουθούν να μην έχουν σωστούς ορισμούς της φροντίδας υψηλής ποιότητας. Αυτή η έλλειψη της εννοιολογικής σαφήνειας και εγκυρότητας επηρεάζει τις μεθόδους αξιολόγησης της ποιότητας (Atree 2001).

Όπως είναι κατανοητό και αναμενόμενο, οι ασθενείς δεν είναι πάντοτε ευχαριστημένοι με τη φροντίδα που έχουν λάβει στο ΤΑΕΠ. Για παράδειγμα, ο χρόνος αναμονής συχνά χαρακτηρίζεται ως αδικαιολόγητα μακρύς, ενώ οι πληροφορίες που λαμβάνουν από τους θεράποντες ιατρούς και νοσηλευτές είναι μη ικανοποιητικές (Thompson et al, 1996, Mayer&Zimmermann, 1996). Επιπλέον, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΤΑΕΠ είναι συνήθως ηλικιωμένοι με πολλαπλές ασθένειες. Αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι το προσωπικό του ΤΑΕΠ δεν δίνει την απαραίτητη προσοχή στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών (Nyden et al, 2003).

Μια σουηδική μελέτη (Hansagi et al,1992) με 758 ασθενείς, διερεύνησε την ικανοποίηση των ασθενών στη θεραπεία και εξυπηρέτηση σε ένα ΤΑΕΠ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο βαθμός ικανοποίησης ήταν χαμηλότερος μεταξύ των ασθενών που αξιολογήθηκαν από τη διαλογή (triage) ως μη επείγοντα από ότι μεταξύ των άμεσων και επειγόντων περιστατικών. Οι Huggins et al. (1993) αναφέρουν παρόμοια αποτελέσματα σε έρευνα για να εντοπιστεί η ικανοποίηση στη συμπεριφορά των νοσηλευτών του ΤΑΕΠ όπως έγινε αντιληπτή από τους ασθενείς.

Σε μια καναδική μελέτη (Lewis et al,1992) για την ικανοποίηση των ασθενών στο ΤΑΕΠ, οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως κύρια στοιχεία ικανοποίησης κυρίως την τεχνική ικανότητα του προσωπικού και τη θετική του στάση, τις κατανοητές πληροφορίες, μια άνετη αίθουσα αναμονής, και συνθήκες εμπιστευτικότητας.

Ο χρόνος αναμονής στο ΤΑΕΠ επίσης θεωρείται σημαντικός δείκτης ικανοποίησης των ασθενών και τονίζεται σε πολλές διεθνείς μελέτες (Lewis et al, 1992, Watson et al,1999, Hostutler, 1999).

Για να μπορέσει να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές και οι γιατροί χρειάζονται αντικειμενικές πληροφορίες για τις αντιλήψεις των ασθενών και χρειάζεται να έχουν επίγνωση της συμπεριφοράς των ασθενών. Δυο διαφορετικές σουηδικές μελέτες (Widmark-Peterson et al 1996, von Essen & Sjoden, 2003) έδειξαν ότι το τι πιστεύουν οι επαγγελματίες υγείας ότι αποτελεί ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, δεν ταυτίζεται με τις αντιλήψεις των ασθενών για το τι αποτελεί ποιότητα. Περίπου τα ίδια αποτελέσματα έδειξε και μια αμερικάνικη μελέτη (Hostutler, et al, 1999), όπου παρουσιάστηκε απόκλιση μεταξύ το ποιες πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι είναι οι ανάγκες των ασθενών στα ΤΑΕΠ σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών (Mutlin et al, 2006).

Έρευνες των Viventi et al (2007) για την ικανοποίηση των ασθενών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών, εκτιμούν παράγοντες όπως «η ύπαρξη και συμπεριφορά του προσωπικού, η διαπροσωπική ικανότητα, την πληροφόρηση και τις συνολικές προσδοκίες από το περιβάλλον» (Μαλιαρού, 2009) Άλλες παρόμοιες έρευνες (Viventi et al 2007, Bell et al 2001,

Auerbach et al 2004) έδειξαν ότι η καλή προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, η δημιουργία σωστών διαπροσωπικών σχέσεων, η παροχή πληροφόρησης του ασθενή, η λήψη ακριβών και κατανοητών οδηγιών από τους θεράποντες ιατρούς, η αποτελεσματική επικοινωνία, η διασφάλιση της ιδιωτικότητας, αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Παράλληλα, έρευνες (Μαλλιαρού, 2008, Saila et al, 2008) δείχνουν ότι παράγοντες που επηρεάζουν και μειώνουν το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή στο ΤΑΕΠ και σχετίζονται με την ποιότητα είναι η κακή επικοινωνία με το προσωπικό, οι μη συντονισμένες ενέργειες του προσωπικού, η έλλειψη ιδιωτικότητας, ο αυξημένος χρόνος αναμονής προς εξέταση στο ΤΑΕΠ αλλά και ο χρόνος αναμονής προς εισαγωγή αναμένοντας την εύρεση κλίνης, η απουσία έντυπου υλικού για τους ασθενείς και η αδυναμία συμμετοχής του ασθενή στη λήψη αποφάσεων.

Από τη μελέτη της ικανοποίησης της ασθενών εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα και μπορούν να τεθούν νέοι στόχοι (Μαλλιαρού 2009). Ένα παράδειγμα είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου μέσω μελέτης της ικανοποίησης των ασθενών τέθηκαν στόχοι για τις υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας για ανταπόκριση των ασθενοφόρων σε 8 λεπτά, η θρομβόλυση καρδιοπαθών μέσα σε 20 λεπτά από την άφιξη στο νοσοκομείο, η παραμονή κάτω από τέσσερις ώρες στο ΤΑΕΠ μέχρι την εισαγωγή σε νοσοκομειακή κλίνη (Μαλλιαρού 2008, 2009, Κρητικός 2004).

Στη βιβλιογραφία έχει εντοπιστεί μια έρευνα για την ποιότητα υπηρεσιών σε ΤΑΕΠ στην Ελλάδα (Μαλλιαρού και συν, 2009). Στην πιο πάνω μελέτη, βρέθηκε ότι καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν:

- η αξιοπιστία που περιλαμβάνει έννοιες όπως η σταθερότητα της φροντίδας, η συνέπεια της εκτέλεσης και η διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- η ανταπόκριση και η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν το χρήστη,
- η ικανότητα του προσωπικού,
- η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας,

- η σωστή επικοινωνία (ευγένεια και κατανόηση) των επαγγελματιών υγείας σε συνάφεια με τον επαγγελματισμό τους,
- η ασφάλεια στο χώρο
- ο σεβασμός των προσωπικών δεδομένων και
- το περιβάλλον εργασίας.

Στη βιβλιογραφία δεν έχει εντοπιστεί καμιά εργασία για την ποιότητα υπηρεσιών και ικανοποίησης των ασθενών του ΤΑΕΠ σε κανένα από τα νοσοκομεία της Κύπρου. Για αυτό το λόγο έχει αποφασιστεί ότι η έρευνα αυτή θα αφορά συγκεκριμένα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας (ΤΑΕΠ ΓΝΛ) που θεωρείται το τμήμα αναφοράς για όλα τα αγροτικά ιατρικά κέντρα της επαρχίας Λευκωσίας, καθώς και για τα υπόλοιπα τμήματα ΤΑΕΠ παγκύπρια.

## **7. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΑΕΠ)**

### **7.1. Υπηρεσίες των ΤΑΕΠ**

Οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε ένα ΤΑΕΠ, διαφέρουν από αυτές που παρέχονται ενδονοσοκομιακά στις υπόλοιπες κλινικές των Νοσοκομείων, αλλά και στα εξωτερικά ιατρεία. Ένα ΤΑΕΠ είναι ένα ξεχωριστό τμήμα με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες που δεν παρατηρούνται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Είναι η πρώτη γραμμή των υπηρεσιών του κάθε νοσοκομείου που παρέχονται ταυτόχρονα υπηρεσίες επείγουσας, πρωτοβάθμιας αλλά και τριτοβάθμιας φροντίδας. Οι ασθενείς χρειάζονται επείγουσα προσοχή, προκαλώντας μεγάλες διακυμάνσεις στην ροή των ασθενών. Η διάρκεια των επισκέψεων είναι συχνά σύντομες και οι αποφάσεις για θεραπευτικές και διαγνωστικές διαδικασίες πρέπει να γίνονται γρήγορα.

Επιπλέον, ο καθένας μπορεί να αποταθεί στο ΤΑΕΠ, πράγμα που σημαίνει ευρύ φάσμα διαγνώσεων, ατυχημάτων και νοητικών καταστάσεων (Sheehy,1998). Στην κυπριακή πραγματικότητα, αυτό ενισχύεται από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του ΤΑΕΠ (συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών και παραϊατρικών εξετάσεων) προσφέρονται δωρεάν σε όλους τους ασθενείς, δικαιούχους και μη του υπάρχοντος συστήματος υγείας. Κάρτα νοσηλείας ζητείται μόνο στο σε περίπτωση εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Ενώ οι ιατρικές προσπάθειες μπορεί μερικές φορές να είναι καθοριστικής σημασίας για πολυτραυματίες ή ασθενείς με καρδιακή ανακοπή, για τους περισσότερους ασθενείς των ΤΑΕΠ μικρές ιατρικές επεμβάσεις είναι επαρκής. Ως αποτέλεσμα, ο χρόνος αναμονής δεν είναι ισοβαρής για όλους τους ασθενείς, αλλά εξαρτάται, όχι μόνο από την σοβαρότητα της κατάστασης του κάθε ασθενή, αλλά και από την κατάσταση του ασθενή σε σχέση με την κατάσταση των υπολοίπων ασθενών που βρίσκονται στην αναμονή. Ακόμα, το προσωπικό αντιμετωπίζει τεράστιο φόρτο εργασίας που πιθανό να έχει αντίκτυπο στην αντιμετώπιση και τη συμπεριφορά τους προς τους ασθενείς.

## 7.2. Υπηρεσίες ΤΑΕΠ Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Το ΤΑΕΠ ΓΝΛ προσφέρει υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής και είναι το κέντρο αναφοράς για επείγοντα περιστατικά και ατυχήματα για την ευρύτερη περιοχή και επαρχία της Λευκωσίας. Το συγκεκριμένο τμήμα δέχεται παραπομπές από όλα τα δημόσια αλλά και ιδιωτικά Ιατρικά Κέντρα και Γηροκομεία της πόλης της Λευκωσίας αλλά και από όλα τα Αγροτικά Κέντρα Υγείας της επαρχίας. Μια ιδιαιτερότητα του τμήματος είναι ότι διαμέσω του διέρχονται και οποιεσδήποτε παραπομπές για εισαγωγή από οποιοδήποτε νοσοκομείο άλλης πόλης για τριτοβάθμιες υπηρεσίες που προσφέρονται μόνο στο ΓΝΛ, όπως η Νευροχειρουργική.

Το ΤΑΕΠ εξυπηρετεί 350-380 ασθενείς καθημερινά (στοιχεία από ΓΝΛ, 2011). Εργοδοτούνται 15 ιατροί σε μόνιμη βάση με περίπου 4 γιατρούς σε 6 διαφορετικές

αλληλοκαλυπτώμενες βάρδιες όλο το 24ωρο. Εργοδοτούνται επίσης συνολικά 70 νοσηλευτές, σε 3 βάρδιες, (30 νοσηλευτές το 24ωρο). Επιπλέον, το τμήμα αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει ειδικευόμενους ιατρούς, φοιτητές και άλλες ειδικότητες μέσα στα πλαίσια της ιατρικής και παραϊατρικής εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας ως εξελισσόμενο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

Το ΤΑΕΠ ΓΝ Λευκωσίας χωρίζεται σε 3 μέρη

- 6 εξεταστήρια για περιστατικά που χρήζουν σύντομης θεραπείας,
- 8 κρεβάτια για Παθολογικά/Χειρουργικά και 2 κρεβάτια για Καρδιολογικά περιστατικά που χρήζουν πολύωρη θεραπεία
- Μονάδα ανάνηψης με 4 κρεβάτια για σοβαρά περιστατικά
- 2 χειρουργεία για σοβαρά τροχαία

Για να εξεταστεί ένας ασθενής ακολουθείται συγκεκριμένη διαδικασία που είναι παρόμοια με άλλα νοσοκομεία που προσφέρουν υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής. Με την προσέλευση του ο ασθενής καταχωρείται δίνοντας τα στοιχεία του στο γραμματειακό προσωπικό και ακολούθως αναμένει στην αίθουσα αναμονής για την πρώτη επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό της διαλογής (triage) που βρίσκεται εκτός του κύριου τμήματος.

Το προσωπικό της διαλογής θα καλέσει τον κάθε ασθενή ξεχωριστά και θα αξιολογήσει την κατάσταση του κάθε ασθενή και θα την εκτιμήσει σε σχέση με την κατάσταση των υπολοίπων ασθενών που αναμένουν. Ο νοσηλευτής θα πάρει ένα μικρό ιστορικό για το λόγο προσέλευσης και θα πάρει τα ζωτικά σημεία – (Αρτηριακή πίεση, μέτρηση παλμών, θερμοκρασία). Με τα πιο πάνω δεδομένα, το κάθε περιστατικό αξιολογείται και κατατάσσεται σε κατηγορίες από το 1 (σοβαρό) μέχρι το 5 (ελαφρό). Ανάλογα την κατάσταση, στο κάθε περιστατικό δίνεται και η κατάλληλη προτεραιότητα. Ο νοσηλευτής της διαλογής θα καλέσει τον ασθενή να περάσει μέσα στο τμήμα για εξέταση μόλις υπάρχει διαθέσιμο εξεταστήριο. Υπάρχει συνεχής επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή της Διαλογής και των νοσηλευτών στο εσωτερικό του τμήματος.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής καταφθάνει με ασθενοφόρο, η πιο πάνω διαδικασία δεν ακολουθείται, αφού ο ασθενής μεταφέρεται από το προσωπικό του ασθενοφόρου μέσα στο τμήμα από ξεχωριστή είσοδο που δεν περνά από την αίθουσα αναμονής. Η εγγραφή του ασθενή γίνεται επίσης από το προσωπικό του ασθενοφόρου μετά την είσοδο του ασθενή στο τμήμα.

Από τα πιο πάνω διαφαίνεται ότι ο χρόνος αναμονής από την εγγραφή μέχρι την διαλογή, από την διαλογή μέχρι την εξέταση στο τμήμα, και ακολούθως ο χρόνος για τις διάφορες παραϊατρικές εξετάσεις εξαρτάται πρωτίστως από τον όγκο των ασθενών την συγκεκριμένη στιγμή αλλά και από την σοβαρότητα των περιστατικών.

## **8. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΈΡΕΥΝΑ – Η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **8.1. Η επιλογή του θέματος**

Η επιλογή και οριοθέτηση του αντικειμένου της έρευνας και η οριστική διατύπωση του θέματος επηρεάστηκαν από τους ακόλουθους παράγοντες:

- *Η προσωπική εμπειρία του ερευνητή και το περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται και εργάζεται. Ο ερευνητής έρχεται σε επαφή με διάφορες πλευρές και δραστηριότητες του εργασιακού περιβάλλοντος. Όπως αναφέρει ο Ιωσηφίδης (2008), ο ερευνητής σχηματίζει αρχικές ιδέες μέσα στον χώρο εργασίας που τον οδηγούν και κατευθύνουν στην ανάληψη της ερευνητικής προσπάθειας. Ο χώρος του ΤΑΕΠ είναι ο χώρος όπου ο ερευνητής εργάζεται για 3 χρόνια και νιώθει έντονα την ανάγκη για τη λήψη μέτρων βελτίωσης των υπηρεσιών στο εν λόγω τμήμα.*
- *Το ερευνητικό ενδιαφέρον και η σχέση με το αντικείμενο σπουδών. Η ταυτόχρονη εργασία στο ΤΑΕΠ και η παρακολούθηση μεταπτυχιακού προγράμματος στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας στο Ανοικτό*

Πανεπιστήμιο Κύπρου επιτρέπει την αξιοποίηση των γνώσεων που υπάρχουν και αλλά λειτουργεί ταυτόχρονα ως κίνητρο αναζήτησης και συμπλήρωσης χρήσιμων συμπληρωματικών σχέσεων (Τσακίρης, σημειώσεις).

- *Μελέτη επιστημονικής βιβλιογραφίας.* Όπως προαναφέρθηκε, μετά από επισκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν κενά στον συγκεκριμένο τομέα. Αν και υπάρχουν έρευνες στο εξωτερικό που καλύπτουν την ποιότητα στις υπηρεσίες και συστήματα υγείας, δεν εντοπίστηκαν πολλές έρευνες για την ποιότητα στο συγκεκριμένο χώρο των ΤΑΕΠ. Διαπιστώθηκε επίσης απουσία συναφών ερευνών στο χώρο των ΤΑΕΠ στην Κύπρο.
- *Έλλειψη της καταγραφής της άποψης των ασθενών στο συγκεκριμένο ΤΑΕΠ.* Όλες οι έρευνες μέσα από τη βιβλιογραφία δείχνουν ότι το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας (Μαλλιάρου, 2009:33). Η καταγραφή παραπόνων/εισηγήσεων είναι ένα πρόγραμμα παρακολούθησης της ικανοποίησης των ασθενών. Είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπάρχει συστηματική καταγραφή παραπόνων/εισηγήσεων στο ΤΑΕΠ ΓΝΛ, κάνοντας τη διεξαγωγή της έρευνας πιο επιτακτική.

## 8.2. Μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνα κατατάσσεται στο είδος της ποσοτικής έρευνας (quantitative research). Η ποσοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από μια συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιεί αριθμητικά δεδομένα προκειμένου να γίνει περιγραφή, ερμηνεία ή/και πρόβλεψη διαφόρων φαινομένων (Μερκούρης, 2008). Αναζητείται δηλαδή μια εύρεση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, μέσω μιας δομημένης και ελεγχόμενης διαδικασίας. Στην ποσοτική έρευνα διατυπώνονται συγκεκριμένα ερωτήματα με βάση την υπάρχουσα επιστημονική γνώση. Συγκεκριμένα, διατυπώνονται συγκεκριμένα



ερωτήματα για την ικανοποίηση των ασθενών βασισμένα στη βιβλιογραφία όπως περιγράφηκαν πιο πάνω.

### 8.3. Ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α)

Τα εργαλεία μέτρησης σε μια ποσοτική έρευνα είναι δομημένα και τυποποιημένα και η ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων γίνεται με περιγραφική και συμπερασματική στατιστική. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο τύπος του δομημένου ερωτηματολογίου με κλειστές απαντήσεις, με τη μορφή της πεντάβαθμης κλίμακας Likert, με όμοιες ενδεχόμενες απαντήσεις. Αυτό δημιουργεί μια ομοιόμορφη δομή για να ακολουθείται εύκολα από τον ερευνητή αλλά και γίνεται πιο εύκολο να εμπεδωθεί από τον ερωτώμενο, αφού έχει όμοιες ενδεχόμενες απαντήσεις. Η κλίμακα Likert επιτρέπει την ύπαρξη και αρνητικά διατυπωμένων απαντήσεων, σε αντίθεση με τις κλίμακες ικανοποίησης οι οποίες τείνουν να δίνουν, σύμφωνα με τους επικριτές, περισσότερο αριθμό θετικών απαντήσεων (Αλετράς και συν, 2007). Με την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης αυξάνεται η αντικειμενικότητα και η αμεροληψία της έρευνας (Μερκούρης, 2008).

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) έχει ως βάση αναφοράς ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν σε παλαιότερες έρευνες στην βιβλιογραφία και κυρίως ενός ερωτηματολογίου μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ιατρικών οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου (Αλετράς και συν, 2007) με τροποποίηση για προσαρμογή στα δεδομένα του ΤΑΕΠ και προσθήκη ερωτήσεων που ενδιέφεραν τον ερευνητή. Ως αποτέλεσμα με τις αλλαγές, παύει να υφίσταται το πλεονέκτημα της σύγκρισης των αποτελεσμάτων με άλλες έρευνες (Μερκούρης, 2008).

Οι ερωτήσεις διαμορφώθηκαν και επιλέχθηκαν μετά από παρατήρηση της λειτουργίας των υπηρεσιών του ΤΑΕΠ καθώς και των τυπικών διαδικασιών που ακολουθούνται κατά την επίσκεψη του κάθε ασθενή. Επίσης, έγιναν και μικρές

συνεντεύξεις με ασθενείς και με ιατρούς και νοσηλευτές για να εντοπιστούν προβλήματα στα οποία έπρεπε να δοθεί βαρύτητα. Οι ερωτήσεις αφορούσαν τις διαδικασίες από τις οποίες διέρχονται οι ασθενείς –

- Προσβασιμότητα και χώροι στάθμευσης – εύκολη πρόσβαση με αυτοκίνητο ή με λεωφορείο, καλή σήμανση προς το τμήμα, χώροι στάθμευσης, κλπ
- Χρόνος αναμονής σε όλα τα στάδια της διαδικασίας
- Κτηριακή και ξενοδοχειακή υποδομή, καθαριότητα και άνεση χώρων του τμήματος
- Συμπεριφορά και ανθρώπινες σχέσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,
- Ενημέρωση και οδηγίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας

Η σειρά των ερωτήσεων ήταν ανάλογη της ροής των ασθενών από την στιγμή της εισόδου στο τμήμα ως την απόλυση τους από το τμήμα.

Ο ερωτώμενος είχε την δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ 5 απαντήσεων σε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης:

- 1= καθόλου ικανοποιητικό
- 2=μη ικανοποιητικό
- 3=ουδέτερος
- 4=ικανοποιητικό
- 5=πολύ ικανοποιητικό

Ο μέγιστος χρόνος συμπλήρωσης του κάθε ερωτηματολογίου ήταν 5 λεπτά.

Η δομημένη συνέντευξη περιλαμβάνει στρατηγικές που παρέχουν αυξημένο έλεγχο του ερευνητή ο οποίος μπορεί να δίνει επεξήγηση σε περίπτωση που ο ερωτώμενος δεν κατανοήσει κάποια ερώτηση (Μερκούρης,2008). Αυτό μπορεί να θεωρηθεί πολύ σημαντικό, έχοντας ως δεδομένο το γεγονός ότι το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία των ασθενών ποικίλει, και ως αποτέλεσμα και η πιθανότητα η κατανόηση του ερωτηματολογίου.

#### 8.4. Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε προκαταβολικά σε 10 ασθενείς (Pretesting) ώστε να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις ήταν ακριβείς και σαφείς στο περιεχόμενο τους. Με αυτή τη διαδικασία καταβλήθηκε προσπάθεια να διασφαλιστεί η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ως προς το αν πραγματικά τα μηνύματα που προσλαμβάνουν οι ερωτηθέντες είναι εκείνα που ζητά η συγκεκριμένη έρευνα (Αλετράς και συν, 2007).

Οι συνεντεύξεις έγιναν στην έξοδο του νοσοκομείου μετά την περάτωση της θεραπείας του κάθε ασθενή (για τους ασθενείς που απολύθηκαν), ώστε ο ασθενής να αισθάνεται, στο χαμηλότερο δυνατό βαθμό, ότι δεν εξαρτάται ακόμα από το προσωπικό του νοσοκομείου, οδηγώντας τον σε ψευδώς θετικές απαντήσεις. Για τους ασθενείς που εισήχθησαν για περαιτέρω νοσηλεία η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στο θάλαμο χωρίς την παρουσία προσωπικού του νοσοκομείου. Η παρεχόμενη ενημέρωση για τη διεξαγωγή και το σκοπό της έρευνας και η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την έρευνα. Το γεγονός ότι η συνέντευξη γίνεται αμέσως μετά την παροχή υπηρεσιών δίνει την άμεση αποτύπωση του αισθήματος του ασθενή.

Η συνέντευξη περιορίζεται στον μικρότερο δυνατό χρόνο, αφού όπως είναι φυσικό οι ασθενείς βιάζονται να αποχωρήσουν μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης τους δίνοντας πιθανόν λανθασμένες απαντήσεις ή άρνηση συμμετοχής.

#### 8.5. Δείγμα και Δειγματοληψία

Οι εξωγενείς μεταβλητές (extraneous variables) σε μια έρευνα στα πλαίσια του νοσοκομείου είναι η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η σοβαρότητα της ασθένειας και η κατάσταση του αρρώστου (σωματική ή ψυχολογική). Για αποφυγή της επίδρασης των εξωγενών μεταβλητών θεσπίστηκαν κριτήρια για συμπερίληψη ή αποκλεισμό ασθενών από την έρευνα. Τα κριτήρια έπρεπε να είναι σαφή και τα χαρακτηριστικά των ερωτώντων να ήταν μετρήσιμα.

Ακόμα ένας μεταβλητός παράγοντας είναι ο τρόπος προσέλευσης στο ΤΑΕΠ, (ιδιωτικό μέσο ή ασθενοφόρο) για να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα αφού πιθανό οι ασθενείς που προσήλθαν με ασθενοφόρο να έχουν περισσότερα ποσοστά ικανοποίησης.

#### **8.5.1. Κριτήρια αποκλεισμού**

- Ασθενείς κάτω από επιρροή αλκοόλ ή ναρκωτικών
- Ψυχιατρικοί ασθενείς (χρόνιοι ή νεοδιαγνωσθέντες)
- Ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση όπου διαγνώστηκαν σαν Triage 1-2 στην διαλογή (πολυτραυματίες, καρδιακή ανακοπή, κλπ)
- Ασθενείς με επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης (κλίμακα Γλασκώβης GCS<14)

#### **8.5.2. Κριτήρια συμπερίληψης**

- Ασθενείς που επισκέφτηκαν το ΤΑΕΠ τις συγκεκριμένες μέρες και ώρες που διεξάχθηκαν οι συνεντεύξεις
- Ηλικία άνω των 18
- Προσανατολισμός σε χώρο και χρόνο

Επίσης για να μειωθούν άλλοι μη μετρήσιμοι παράγοντες μεταβλητότητας (ώρα, άγχος, πόνος, κλπ) οι ερωτήσεις δόθηκαν στους ασθενείς με τον ίδιο τρόπο και από ένα συνεντευκτή. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η τυποποίηση της μεθοδολογίας μέτρησης (Instrumentation) (Μερκούρης,2008).

Ο πληθυσμός αναφοράς είναι οι ασθενείς που λαμβάνουν υπηρεσίας από το ΤΑΕΠ του ΓΝΛ, ο οποίος ανέρχεται στα 350 άτομα την ημέρα. Ο προσβάσιμος πληθυσμός (δειγματοληπτικός χώρος) είναι οι ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια του ερωτηματολογίου.

Επιλέχθηκε η απλή-τυχαία δειγματοληψία όπου όλα τα μέλη του πληθυσμού (ασθενείς) είχαν τις ίδιες πιθανότητες να επιλεγούν στο δείγμα. Το γεγονός ότι η έρευνα διεξάγεται στο ΤΑΕΠ εγγυάται την «τυχειότητα» της επιλογής (τυχαία δειγματοληψία) αφού υπάρχει τεράστια διαφοροποίηση στους μεταβλητές

(διαφορετικός χρόνος αναμονής, διαφορετικές διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις κλπ), παρά αν γινόταν σε άλλες κλινικές (πχ εξωτερικά ιατρεία παθολογίας) όπου οι συνθήκες είναι παρόμοιες, χωρίς μεγάλη διαφοροποίηση στους μεταβλητές.

Το δείγμα αποφασίστηκε στους 100 ασθενείς που αντιπροσωπεύει το 25-30% των ασθενών σε ένα 24ωρο. Οι συνεντεύξεις έγιναν σε 7 διαφορετικές μέρες και βάρδιες – (πρωινές, απογευματινές και νυκτερινές).

## 8.6. Ηθικά Θέματα

Όλοι οι ερευνητές έχουν την ηθική υποχρέωση να προστατεύσουν τα δικαιώματα των υποκειμένων που συμμετέχουν στις έρευνες (Μερκούρης,2008). Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και του ερωτηματολογίου δόθηκε προσοχή στην προστασία του δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενή με πληροφορημένη προφορική συναίνεση. Η πληροφόρηση των ασθενών περιλάμβανε το όνομα του ερευνητή, το σκοπό της έρευνας, διασφάλιση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας και το δικαίωμα διακοπής του ερωτηματολογίου σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή.

Ο στόχος της έρευνας εξετάστηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και αναγνωρίστηκε πως δεν καταπατώνται τα δικαιώματα των ασθενών. Επίσης, η Διεύθυνση των Ιατρικών Υπηρεσιών έδωσε τη συγκατάθεση της για την διεξαγωγή της έρευνας (Παράρτημα Β).

## 8.7. Ανάλυση δεδομένων

Πριν να αρχίσει η στατιστική ανάλυση των δεδομένων με ηλεκτρονικό υπολογιστή, έπρεπε να γίνει η κωδικοποίηση των δεδομένων. Τα ποιοτικά δεδομένα (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, τρόπος προσέλευση, εισαγωγή ή απόλυση, ημέρα και βάρδια) κωδικοποιήθηκαν, πχ Φύλο 1=άρρεν 2=Θηλυ, Ηλικία 1=18-35, 2=35-55, κλπ. Τα διατάξιμα δεδομένα (ερωτήσεις) ιεραρχήθηκαν 1= καθόλου ικανοποιητικό

εώς 5= πολύ ικανοποιητικό. Στο κάθε ερωτηματολόγιο δίνεται αύξων αριθμός αρχίζοντας από το 1. Τα δεδομένα εισάγονται σε πρόγραμμα Excel.

Για κάθε ερώτηση μπορεί να υπολογιστεί η συχνότητα σε απόλυτο αριθμό και η σχετική συχνότητα.

## 9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

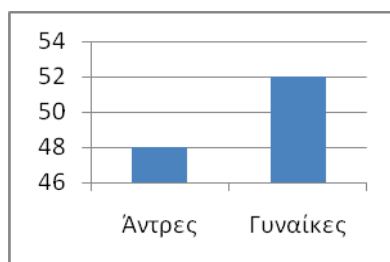
### 9.1. Στατιστικά δεδομένα

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφέρονται στους παρακάτω πίνακες.

#### 9.1.1. Ηλικία και Φύλο

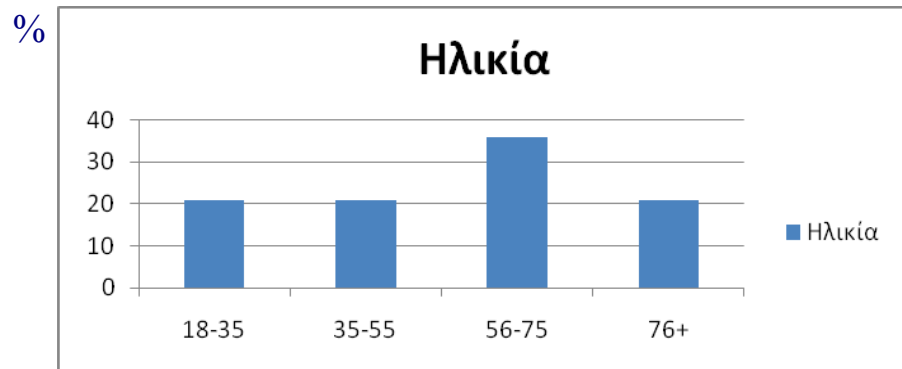
Ενδεικτικά, 48% των ερωτηθέντων ήταν άντρες και το 52% γυναίκες, ενώ, όπως ήταν αναμενόμενο, οι περισσότεροι χρήστες των υπηρεσιών του ΤΑΕΠ ήταν πάνω από 56 ετών (57%) και πάνω από 76 ετών 21%.

Πίνακας 9.1. Φύλο



Αυτό καταδεικνύει ότι η τρίτη ηλικία αποτελεί μια κύρια κατηγορία ασθενών των ΤΑΕΠ.

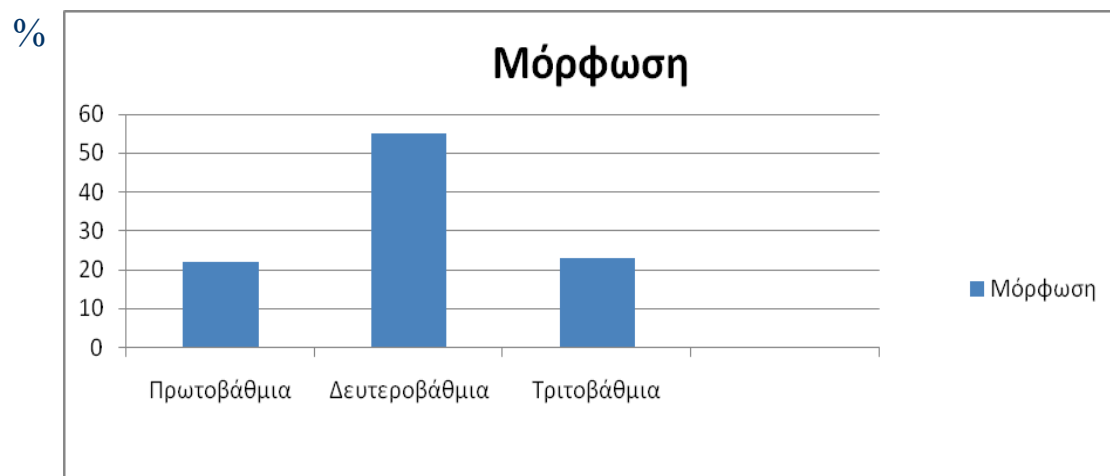
Πίνακας 9.2. Ηλικία



### 9.1.2. Μόρφωση

Πάνω από 3 στους 4 χρήστες των υπηρεσιών (77%) είχαν επίπεδο δευτεροβάθμιας μόρφωσης (απολυτήριο λυκείου) και κάτω.

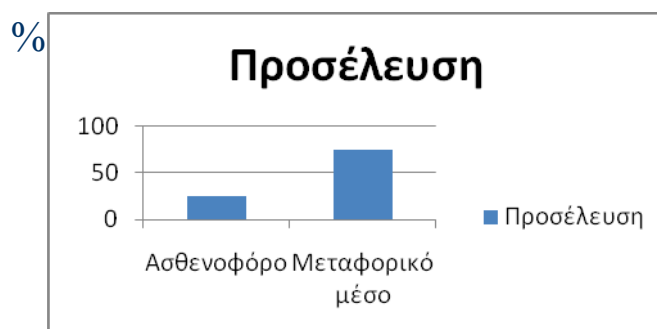
Πίνακας 9.3. Μόρφωση



### 9.1.3. Προσέλευση

75% των ερωτηθέντων προσήλθαν στο ΤΑΕΠ με δικό τους όχημα και μόνο το 25% μεταφέρθηκαν με ασθενοφόρο.

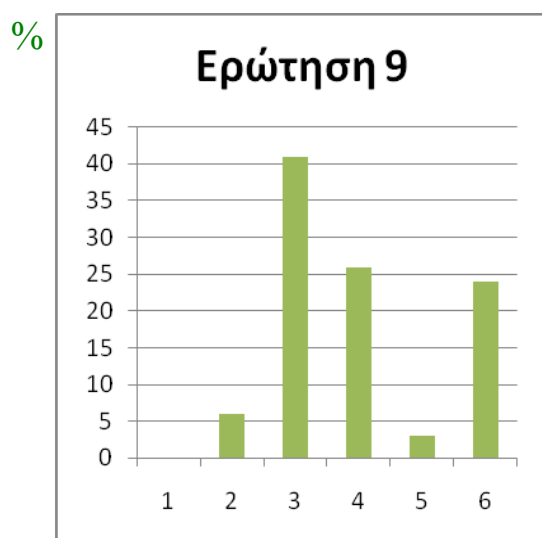
Πίνακας 9.4. Προσέλευση



### 9.1.4. Προηγούμενη εμπειρία στο ΤΑΕΠ

24% των ερωτηθέντων δεν είχαν παλαιότερη εμπειρία στο ΤΑΕΠ (πρώτη επαφή με υπηρεσίες ΤΑΕΠ), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (38%) αυτών που είχαν παλαιότερη εμπειρία στο ΤΑΕΠ (Ερώτηση 9) έμειναν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την προηγούμενη τους εμπειρία. Μόνο το 8% των ασθενών θεωρούν την προηγούμενη τους εμπειρία στο ΤΑΕΠ ως μη ικανοποιητική.

Πίνακας 9.5. Προηγούμενη εμπειρία στο ΤΑΕΠ



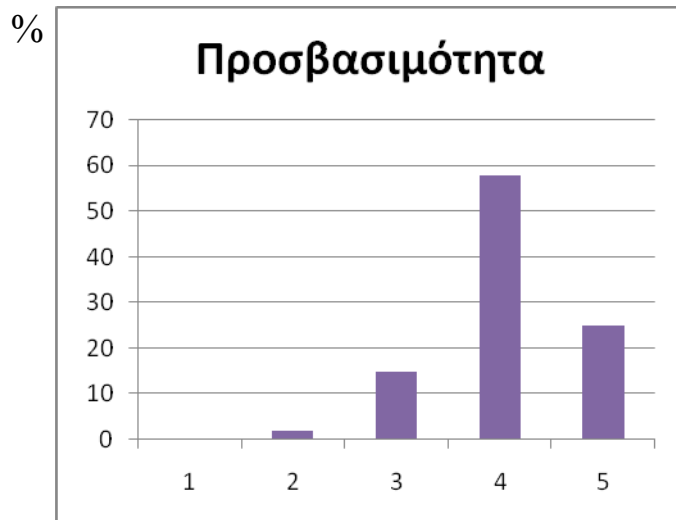
1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό, 6=δεν είχα παλαιότερη εμπειρία στο ΤΑΕΠ



### 9.1.5. Προσβασιμότητα

Η προσβασιμότητα (δρόμος, σήμανση, λεωφορεία) συγκεντρώνει ψηλά ποσοστά ικανοποίησης, 83% είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι.

Πίνακας 9.6. Προσβασιμότητα

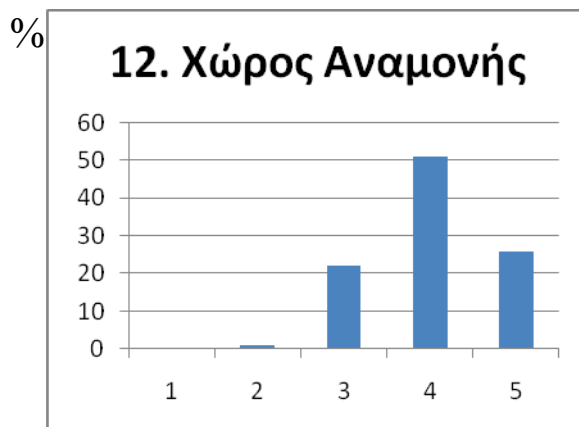


1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό.

### 9.1.6. Ξενοδοχειακή υποδομή

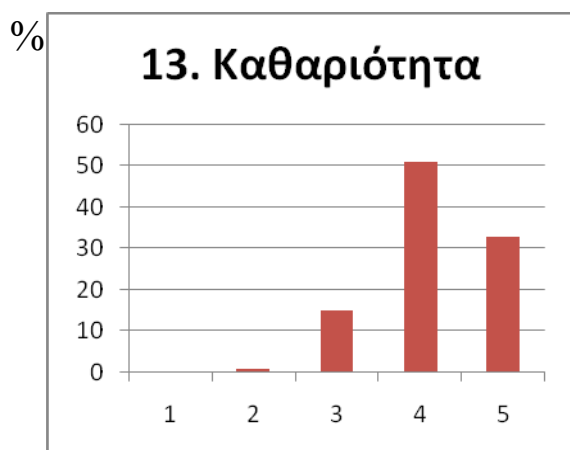
Ψηλά ποσοστά ικανοποίησης συγκεντρώνουν επίσης ο χώρος αναμονής, η καθαριότητα του τμήματος καθώς και η εμφάνιση του προσωπικού.

Πίνακας 9.7. Χώρος αναμονής



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό.

Πίνακας 9.8. Καθαριότητα



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό.

Πίνακας 9.9. Εμφάνιση προσωπικού



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό.

### 9.1.7. Συμπεριφορά προσωπικού

Αρκετά ψηλά ποσοστά ικανοποίησης συγκεντρώνουν οι ερωτήσεις που αφορούν την συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών. 69% και 59% είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών. Αν και η διαφορά της ικανοποίησης μεταξύ γιατρών

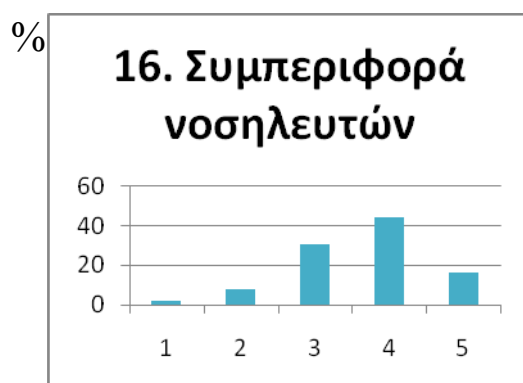
και νοσηλευτών είναι μικρή, παρουσιάζουν παρόμοια κατανομή, με τους περισσότερους ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι και με τις δύο ομάδες προσυπικού.

Πίνακας 9.10 Συμπεριφορά γιατρών



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

Πίνακας 9.11 Συμπεριφορά νοσηλευτών



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

### **9.1.8. Χώροι στάθμευσης**

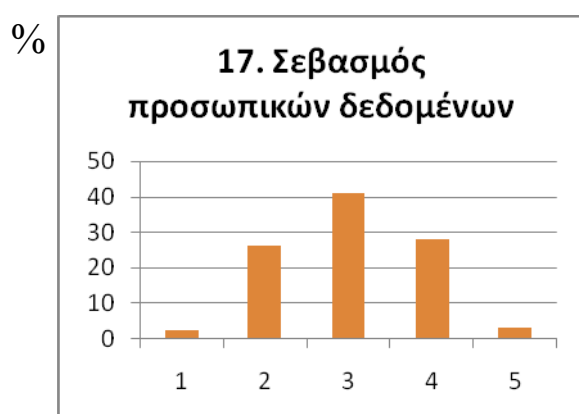
Τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρουσιάζονται στη διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης. 53% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι η διαθεσιμότητα χώρων στάθμευσης βρίσκονται σε μη ικανοποιητικό ή καθόλου ικανοποιητικό επίπεδο. Μόνο 9% πιστεύουν ότι οι χώροι στάθμευσης βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο.

### 9.1.9. Δικαιώματα ασθενών - Σεβασμός προσωπικών δεδομένων

Οι ερωτήσεις 17, 22 και 23 αντανακλούν τα δικαιώματα των ασθενών για αξιοπρεπή εξέταση, ενημέρωση της ταυτότητας του επαγγελματία υγείας, ενημέρωση για τους λόγους εισαγωγής, πιθανής διάγνωσης, κατανοητές οδηγίες για θεραπεία κατά την απόλυση κλπ.

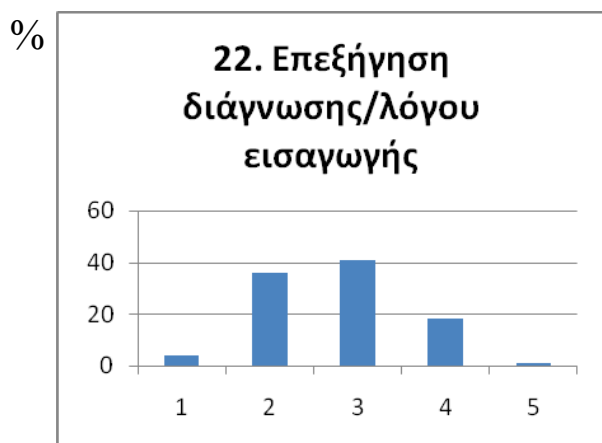
41% είχε ουδέτερη άποψη για τον σεβασμό των προσωπικών δεδομένων, 28% μη ή καθόλου ικανοποιητική άποψη, 31% ικανοποιητική ή πολύ ικανοποιητική άποψη. Όμως, 40% πιστεύει ότι η επεξήγηση της διάγνωσης ή του λόγου εισαγωγής ήταν καθόλου ή μη ικανοποιητική, ενώ μόνο το 19% πιστεύει ότι η επεξήγηση αυτή ήταν ικανοποιητική ή πολύ ικανοποιητική. Επιπλέον, 29% πιστεύει ότι έλαβαν καθόλου ή μη ικανοποιητικό επίπεδο επεξήγησης της θεραπείας τους ή/και οδηγίες κατά την απόλυση.

Πίνακας 9.12 Σεβασμός προσωπικών δεδομένων



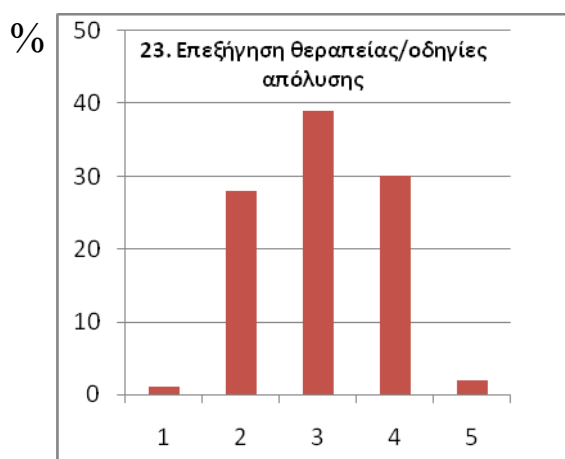
1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

Πίνακας 9.13 Επεξήγηση από το προσωπικό για λόγους εισαγωγής



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

Πίνακας 9.14 Επεξήγηση από το προσωπικό για τη θεραπεία / οδηγίες απόλυσης



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

### 9.1.10. Χρόνος αναμονής

Ο χρόνος αναμονής είναι ένας αξιόλογος δείκτης ικανοποίησης των ασθενών, κυρίως σε τμήμα επειγόντων όπου η εξέταση δεν γίνεται με ραντεβού αλλά ούτε στη βάση του ο πρώτος εξυπηρετείται πρώτος. Ο χρόνος αναμονής είναι ένας πολύ μεταβλητός δείκτης που εξαρτάται όχι μόνο από τον αριθμό των ασθενών που περιμένουν να εξυπηρετηθούν αλλά και από το είδος των

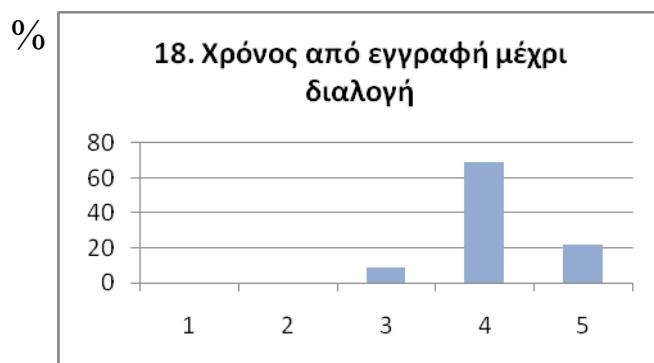
περιστατικών και την σοβαρότητα της κατάστασης των περιστατικών, την αποδοτικότητα άλλων τμημάτων που εξυπηρετούν το ΤΑΕΠ (θάλαμοι, χημείο, ακτινολογικό κλπ). Για παράδειγμα ένα σοβαρό τροχαίο μπορεί να απασχολήσει την πλειοψηφία του προσωπικού αλλά και των άλλων πόρων του ΤΑΕΠ, αυξάνοντας τον χρόνο αναμονής για τους υπόλοιπους ασθενείς.

Ο χρόνος αναμονής από εγγραφή μέχρι την διαλογή είναι σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα, όπου το 91% των ασθενών είναι είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι. Ο χρόνος αυτός είναι συνήθως σταθερός, δηλαδή δεν μεταβάλλεται από τους λόγους που εξηγήθηκαν πιο πάνω.

Σε χαμηλότερα επίπεδα είναι η ικανοποίηση του χρόνου αναμονής από την διαλογή μέχρι την εξέταση μέσα στο ΤΑΕΠ. Ο χρόνος αυτός είναι σίγουρα πολύ μεγαλύτερος αντικειμενικά, αν και δεν υπάρχουν ποσοτικά στοιχεία από άλλες έρευνες ή από το ΤΑΕΠ. Πιστεύεται ότι ο χρόνος αυτός κυμαίνεται από 15 λεπτά μέχρι και 3 ώρες για τους λόγους που εξηγήθηκαν πιο πάνω.

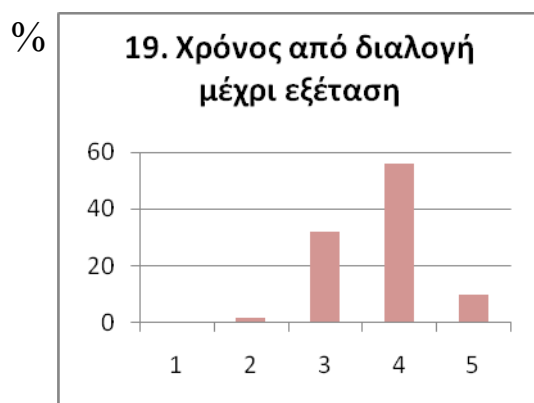
Το 76% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από τον χρόνο αυτό.

Πίνακας 9.15 Χρόνος αναμονής από εγγραφή μέχρι διαλογή



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό

Πίνακας 9.16 Χρόνος αναμονής από διαλογή μέχρι εξέταση



1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό

Πίνακας 9.17 Χρόνος αναμονής παραϊατρικών εξετάσεων

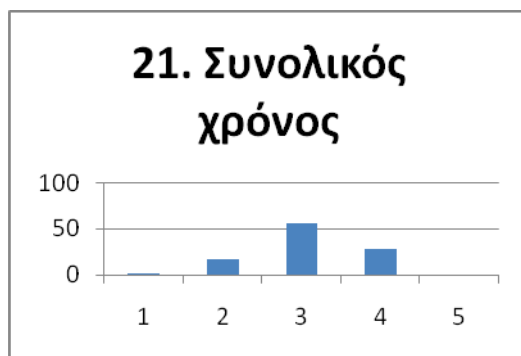


1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό

Χαμηλή ικανοποίηση παρουσιάζεται στο χρόνο αναμονής των παραϊατρικών εξετάσεων. 39% των ασθενών που χρειάστηκαν παραϊατρικές εξετάσεις δεν έμειναν ικανοποιημένοι από το χρόνο αναμονής τους, ενώ μόνο το 10% έμειναν ικανοποιημένοι.

Ο συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΑΕΠ παρουσιάζεται με ουδέτερη άποψη στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Απροσδόκητα, το ποσοστό που βρίσκουν τον συνολικό χρόνο παραμονής στο ΤΑΕΠ καθόλου ή μη ικανοποιητικό ήταν 17%, ενώ το 27% βρίσκει τον χρόνο αυτό ικανοποιητικό.

Πίνακας 9.18 Συνολικός χρόνος αναμονής στο ΤΑΕΠ

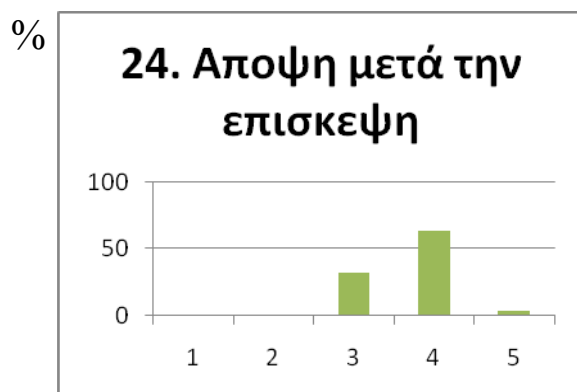


1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό

#### 9.1.11. Συνολική άποψη μετά τη σημερινή επίσκεψη

Το 67% έχουν μια ικανοποιητική ή πολύ ικανοποιητική άποψη για τις υπηρεσίες που έλαβαν κατά την σημερινή τους επίσκεψη στο ΤΑΕΠ. Μόνο το 1% πιστεύει ότι οι υπηρεσίες ήταν καθόλου ή μη ικανοποιητικές, ένα εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό που δεν ήταν αναμενόμενο.

Πίνακας 9.19 Συνολική άποψη για το ΤΑΕΠ



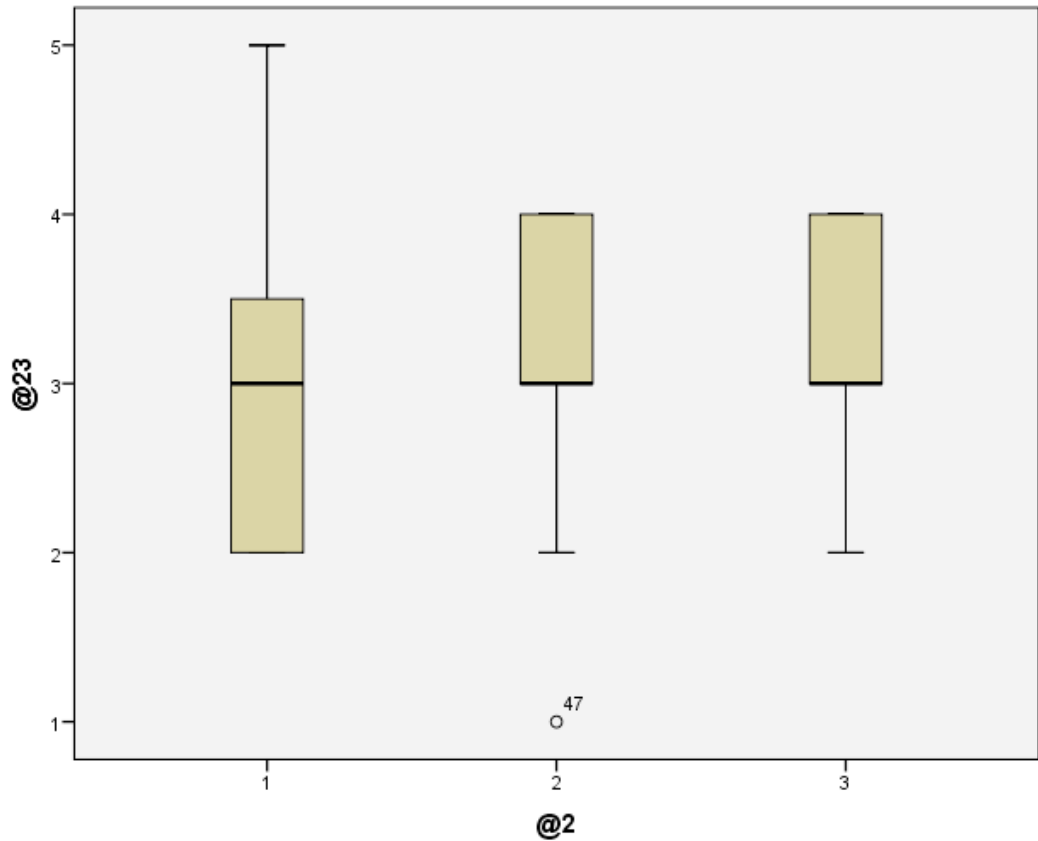
1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό



## 9.2. Συσχέτιση παραγόντων ικανοποίησης

### 9.2.1 Συσχέτιση μεταξύ βάρδιας και επιπέδου ικανοποίησης για την επεξήγηση θεραπείας και οδηγιών απόλυσης.

Πίνακας 9.20 Συσχετισμός μεταξύ Βάρδιας και επεξήγηση θεραπείας / οδηγιών



@23= Επίπεδο ικανοποίησης για επεξήγηση θεραπείας ή/και οδηγιών απόλυσης,  
1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό

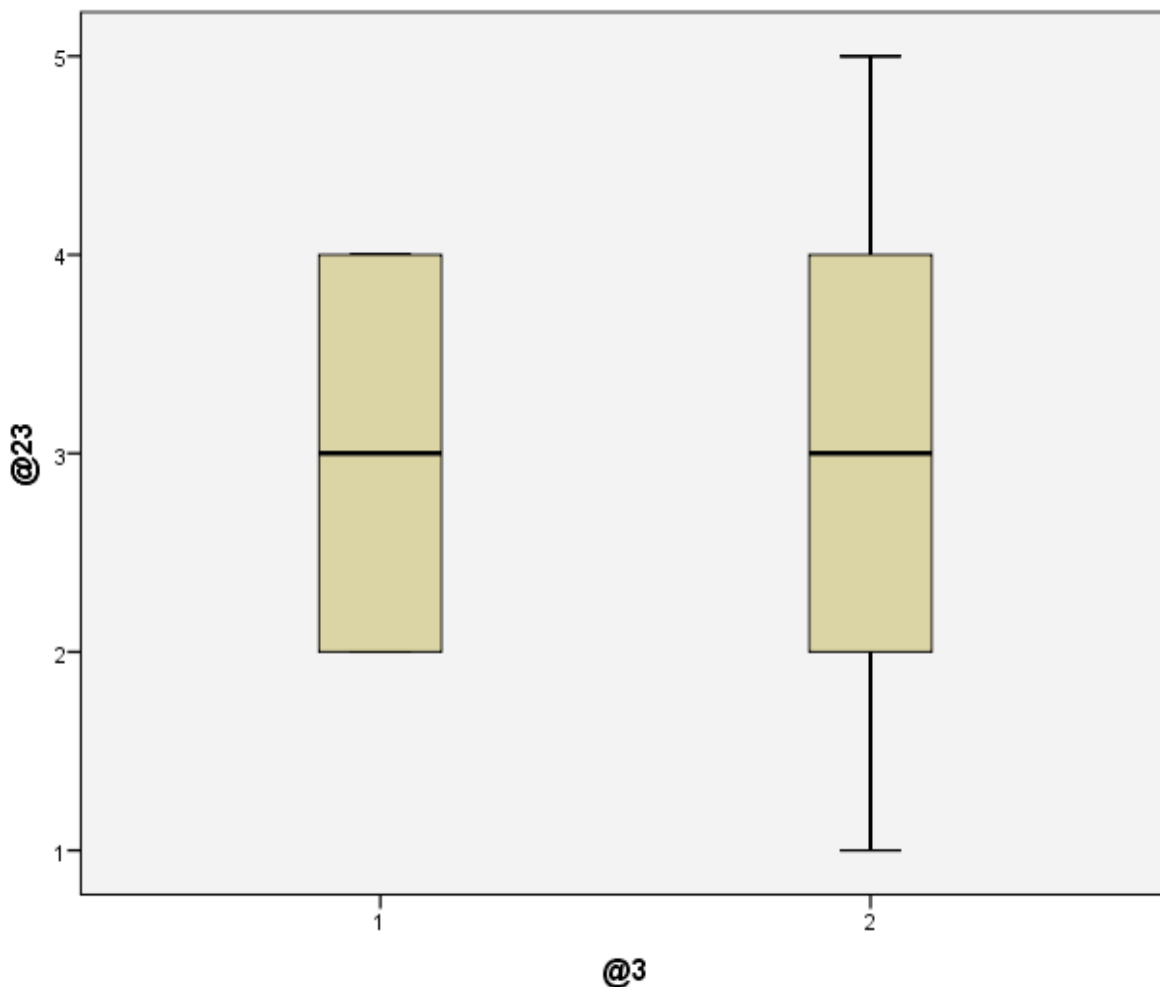
@2= Βάρδια (1=Πρωινή, 2=Απογευματινή, 3=Βραδινή)

Τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με την επεξήγηση των οδηγιών είναι κατά την πρωινή βάρδια.

### 9.2.2. Συσχέτιση μεταξύ φύλου και επιπέδου ικανοποίησης για την επεξήγηση θεραπείας και οδηγιών απόλυσης.

Αν και δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με το φύλο (ο διάμεσος είναι 3 και για τα δύο φύλα), το γυναικείο φύλο δίνει απαντήσεις που βρίσκονται στα άκρα.

Πίνακας 9.21 Συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης

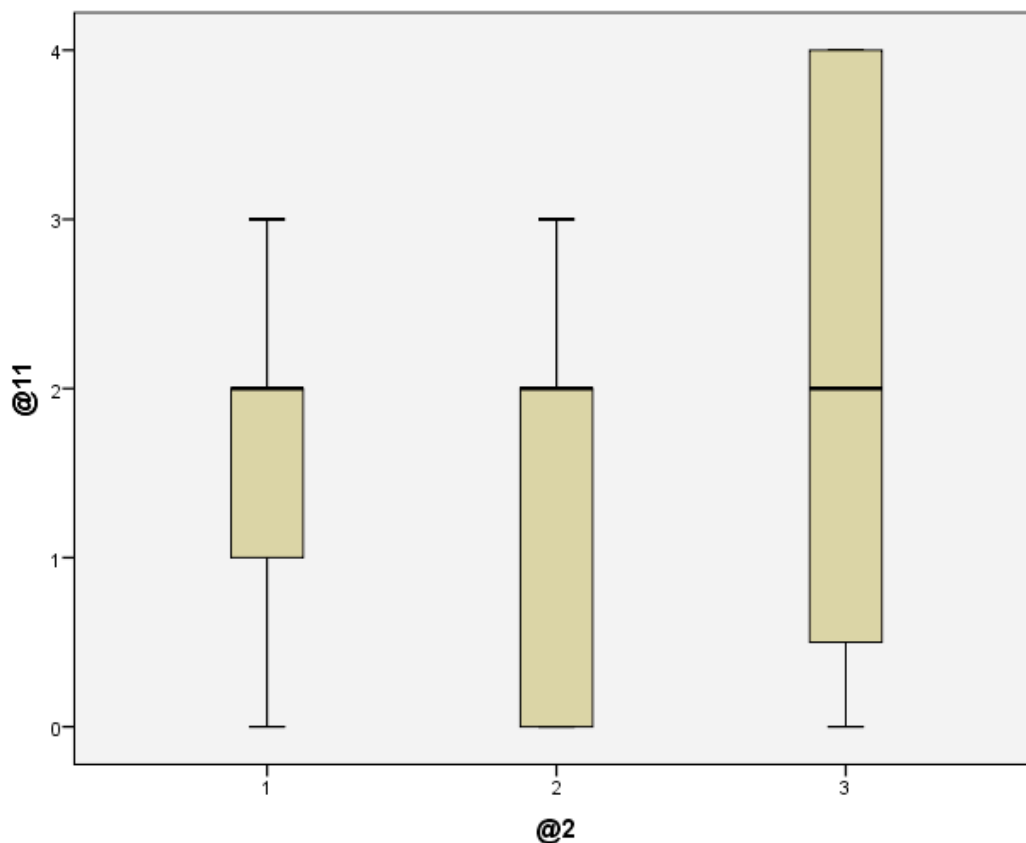


@23= Επίπεδο ικανοποίησης για επεξήγηση θεραπείας ή/και οδηγιών απόλυσης  
1= καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό  
5=πολύ ικανοποιητικό

@3= Φύλο (1=Αρρεν, 2=Θήλυ)

### 9.2.3. Συσχέτιση μεταξύ βάρδιας και επιπέδου ικανοποίησης για την διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης.

Πίνακας 9.22 Συσχέτιση μεταξύ βάρδιας και επιπέδου ικανοποίησης



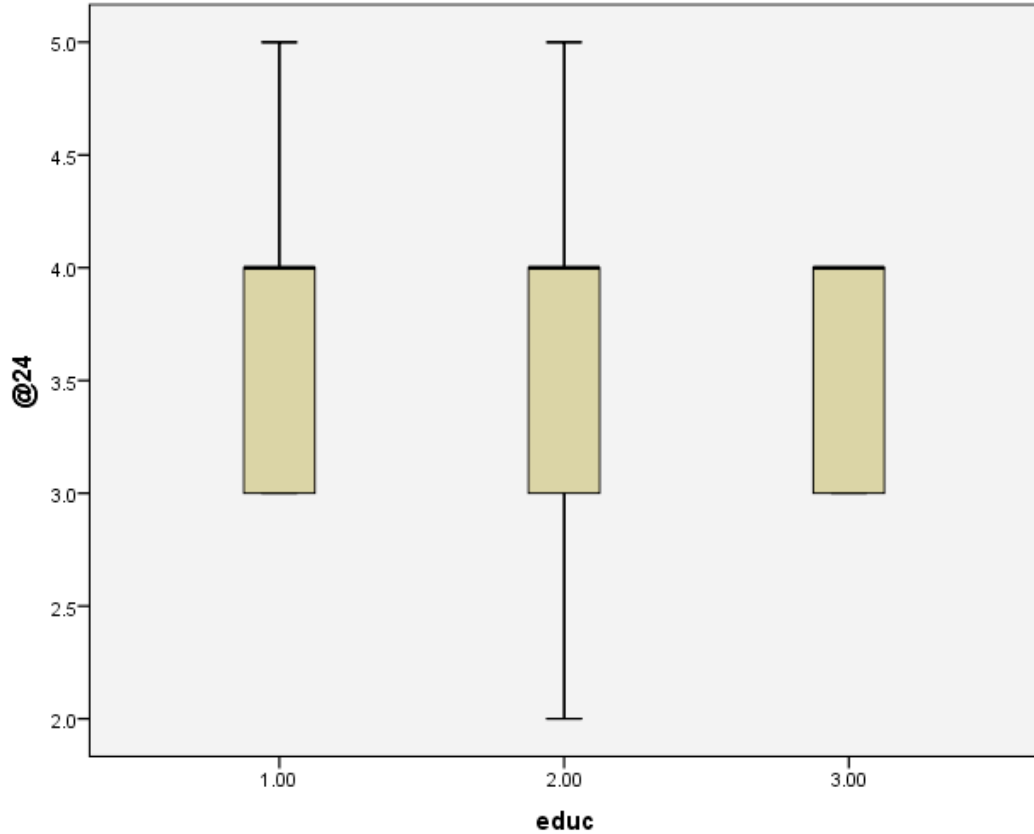
@11=Βαθμός ικανοποίησης για την διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης  
1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

@2=Βάρδια (1=Πρωινή, 2=Απογευματινή, 3=Βραδινή)

Όπως έχει λεχθεί, η διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης είναι ο δείκτης με τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε αυτή την έρευνα. Αν και ο διάμεσος βαθμός ικανοποίησης είναι αρκετά χαμηλός καθόλη τη διάρκεια της μέρας (μη ικανοποιητικό), στην νυκτερινή βάρδια υπάρχει μεγαλύτερο εύρος ικανοποίησης προς τον ψηλότερο βαθμό.

#### 9.2.4. Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου με βαθμό συνολικής ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ΤΑΕΠ.

Πίνακας 9.23 Συσχέτιση μεταξύ μόρφωσης και συνολικής ικανοποίησης



@24 = Βαθμός ικανοποίησης για τις σημερινές υπηρεσίες

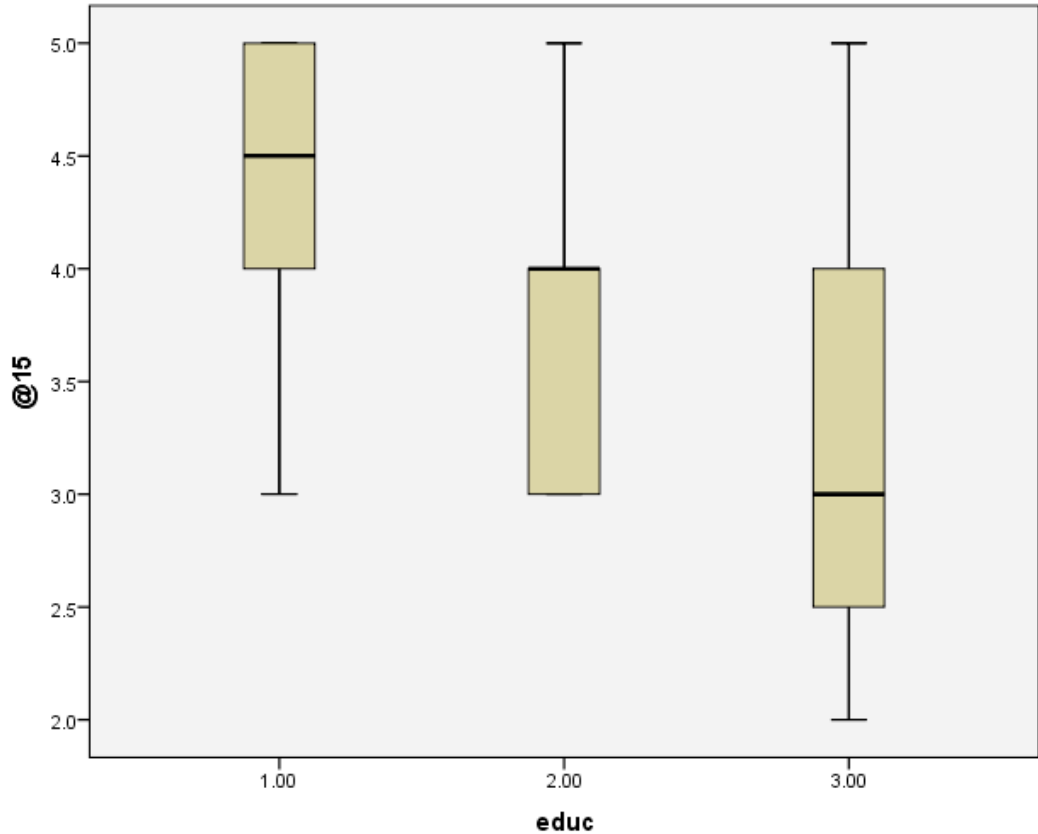
1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

@Educ = Μορφωτικό επίπεδο (1=πρωτοβάθμιο, 2=δευτεροβάθμιο, 3=τριτοβάθμιο).

Ο διάμεσος βαθμός ικανοποίησης είναι ο ίδιος σε όλα τα επίπεδα μόρφωσης (4=ικανοποιητικό). Σε αυτούς τους ασθενείς όμως δεν υπάρχει η διακύμανση στις απαντήσεις που διαφαίνεται στους ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, δηλαδή δύσκολα κρίνουν με πολύ ψηλό ή πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης.

### 9.2.5. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά των γιατρών και νοσηλευτών με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.

Πίνακας 9.24 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά γιατρών σε σχέση με τη μόρφωση του ασθενή

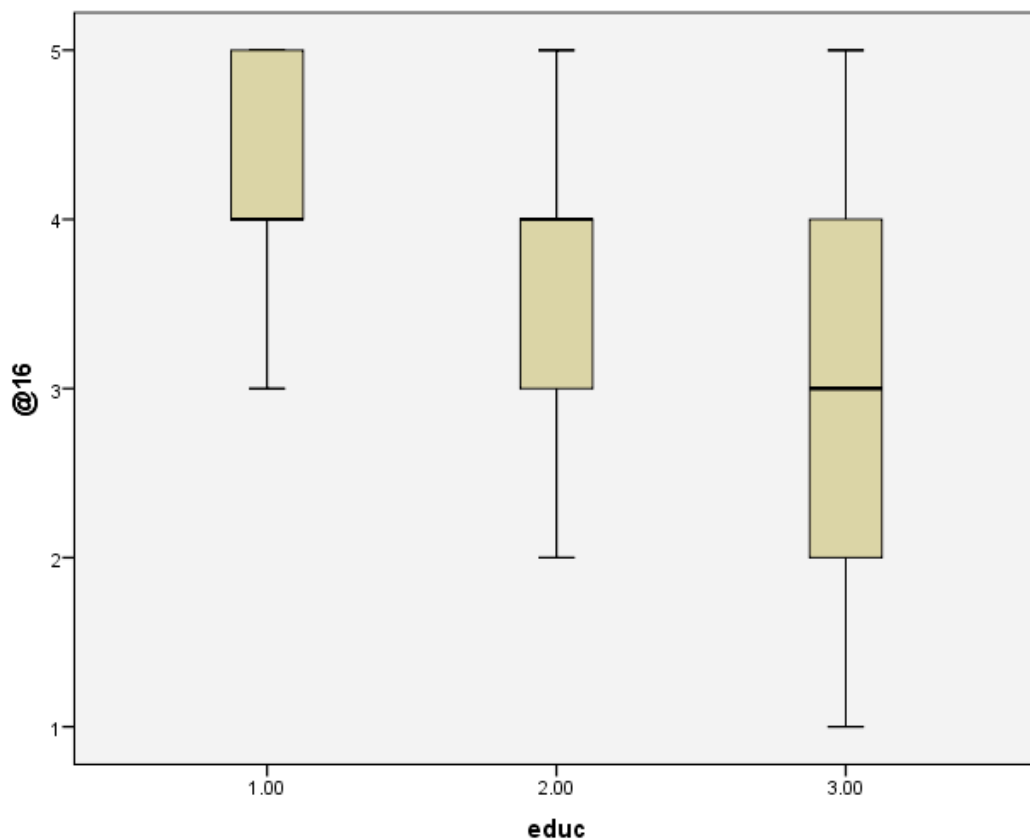


@15=Βαθμός ικανοποίησης για την συμπεριφορά των γιατρών

1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

@Edu = Μορφωτικό επίπεδο ασθενή (1=πρωτοβάθμιο, 2=δευτεροβάθμιο, 3=τριτοβάθμιο).

Πίνακας 9.24 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά νοσηλευτών σε σχέση με τη μόρφωση του ασθενή



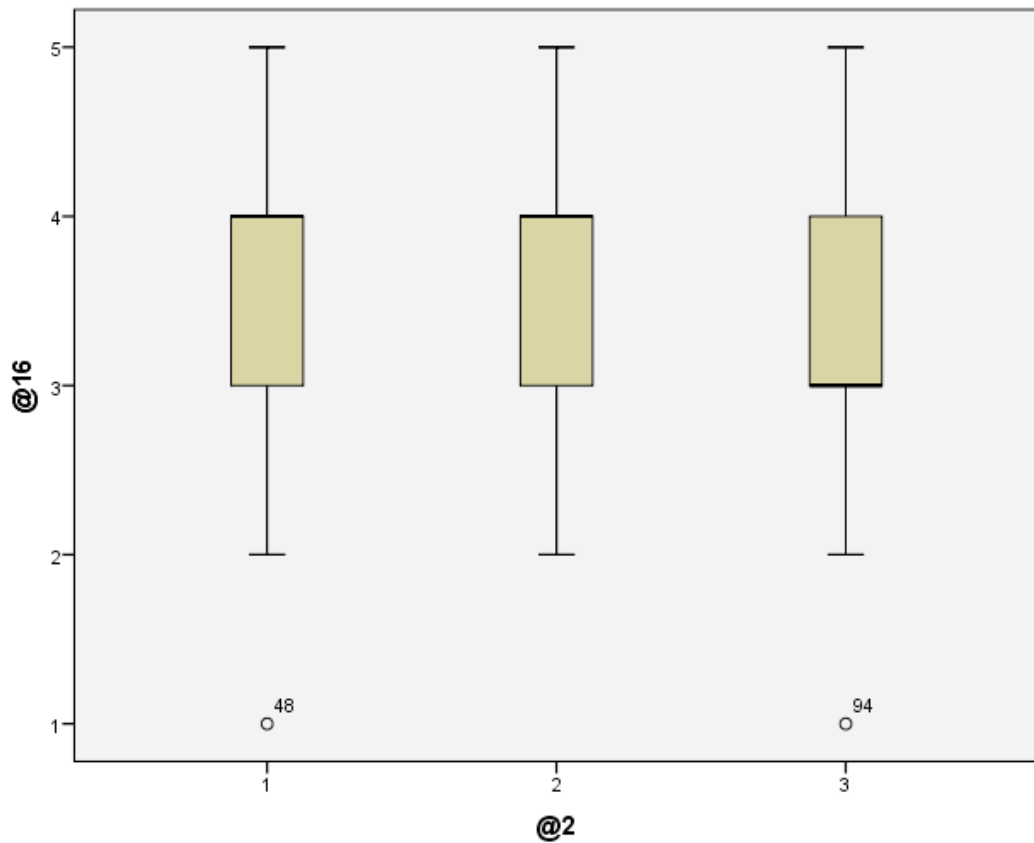
@16=Βαθμός ικανοποίησης για την συμπεριφορά των νοσηλευτών

1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

@Edu = Μορφωτικό επίπεδο (1=πρωτοβάθμιο, 2=δευτεροβάθμιο, 3=τριτοβάθμιο).

### 9.2.6. Συσχέτιση μεταξύ βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά των νοσηλευτών και βάρδιας

Πίνακας 9.25 Συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης για την συμπεριφορά νοσηλευτών και βάρδιας



@16=Βαθμός ικανοποίησης για την συμπεριφορά των νοσηλευτών

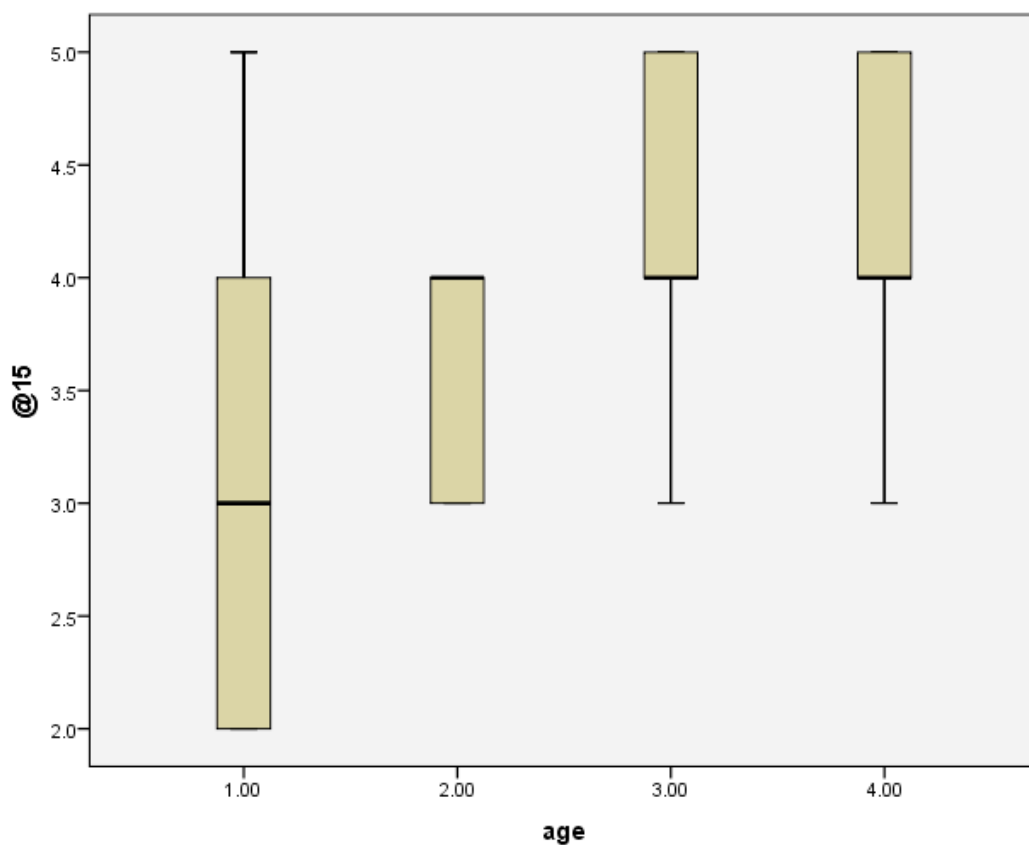
1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

@2=Βάρδια ((1=Πρωινή, 2=Απογευματινή, 3=Βραδινή)

Χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης για τη συμπεριφορά και προσέγγιση των νοσηλευτών παρουσιάζονται στη βραδινή βάρδια.

### 9.2.7. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά των γιατρών και νοσηλευτών με την ηλικία των ασθενών.

Πίνακας 9.26 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά γιατρών σε σχέση με την ηλικία του ασθενή



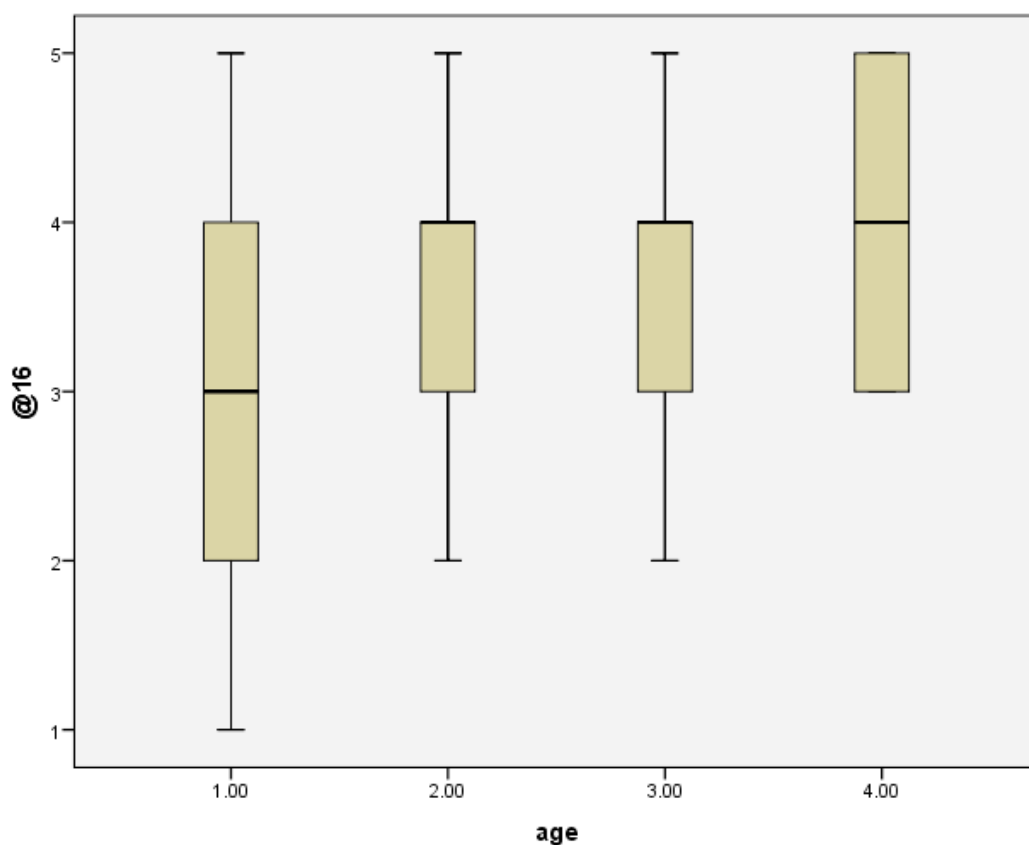
@15=Βαθμός ικανοποίησης για την συμπεριφορά των γιατρών

1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

Age=Ηλικία (1=18-35, 2=36-55, 3=55-75, 4=76+)



Πίνακας 9.27 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για την συμπεριφορά νοσηλευτών σε σχέση με την ηλικία του ασθενή



@16=Βαθμός ικανοποίησης για την συμπεριφορά των νοσηλευτών

1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

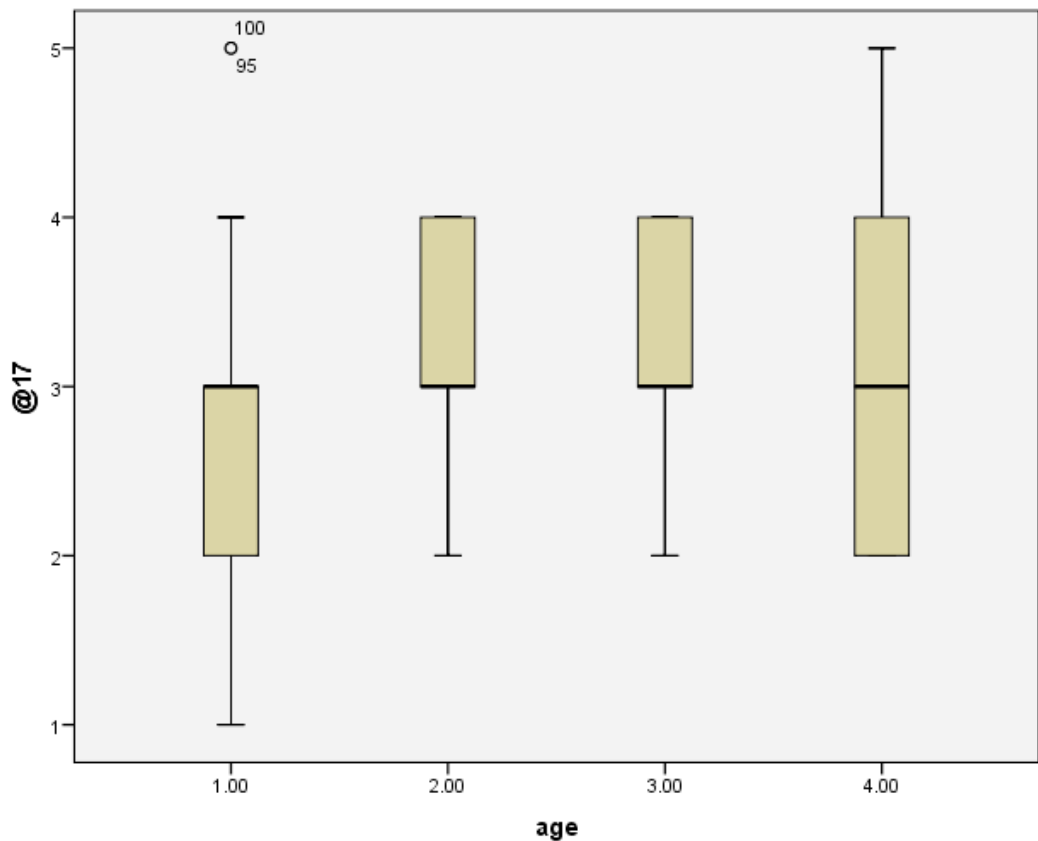
Age=Ηλικία (1=18-35, 2=36-55, 3=55-75, 4=76+)

Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στον βαθμό ικανοποίησης για την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, παρά των μικρότερων ηλικιών, όπου ο διάμεσος βαθμός ικανοποίησης είναι χαμηλότερος.

### 9.2.8. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για το σεβασμό των προσωπικών δεδομένων με την ηλικία των ασθενών.

Οι ασθενείς κάτω των 35 ετών είναι λιγότερο ικανοποιημένοι ως προς την τήρηση και σεβασμό των προσωπικών δεδομένων.

Πίνακας 9.28 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης για το σεβασμό των προσωπικών δεδομένων με ηλικία του ασθενή



@17=Βαθμός ικανοποίησης για τον σεβασμό των προσωπικών δεδομένων

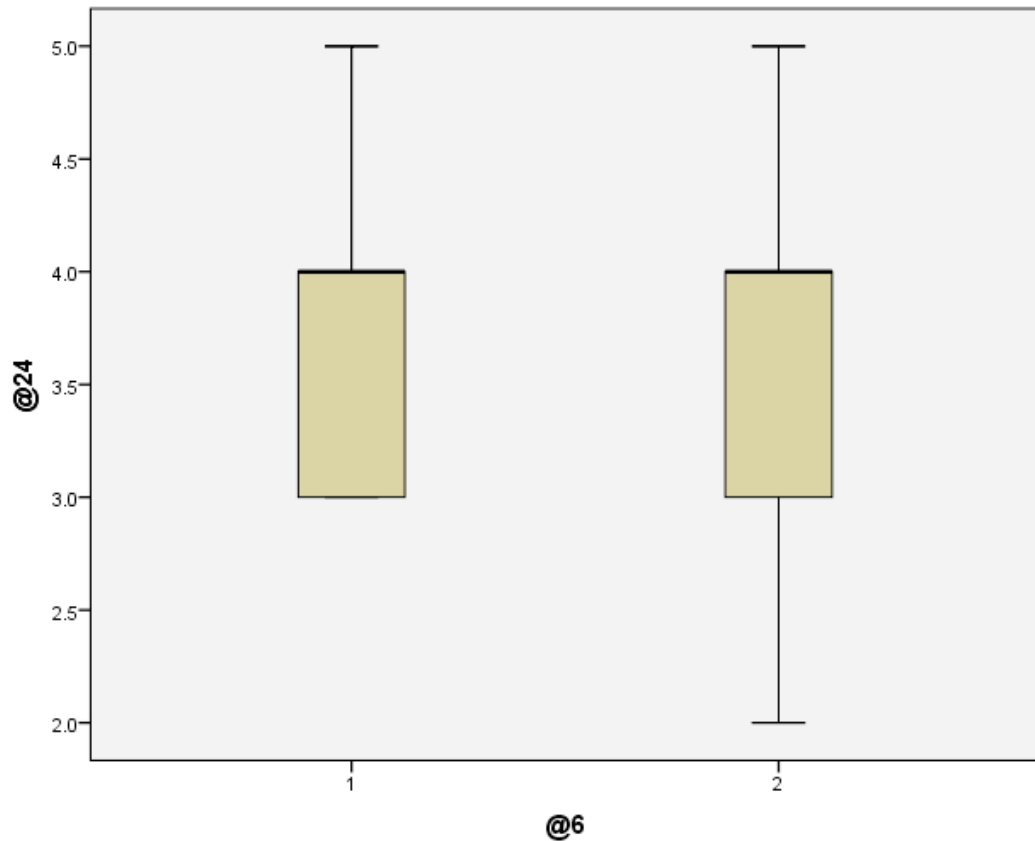
1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

Age=Ηλικία (1=18-35, 2=36-55, 3=55-75, 4=76+)

### 9.2.9. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης με τον τρόπο προσέλευσης

Η έρευνα έδειξε πως ο τρόπος προσέλευσης δεν επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης.

Πίνακας 9.29 Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης με τρόπο προσέλευσης



@24=Βαθμός ικανοποίησης

1 = καθόλου ικανοποιητικό 2=μη ικανοποιητικό 3=ουδέτερος ή αβέβαιος 4=ικανοποιητικό 5=πολύ ικανοποιητικό

@6=Τρόπος προσέλευσης (1=Ασθενοφόρο, 2=Άλλο)

## 10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι κατανοητό ότι μέσω των εργαλείων μιας συστηματικής και ελεγχόμενης διερεύνησης μιας επιστημονικής έρευνας, μπορούν να διαπιστωθούν χρήσιμες πληροφορίες για τους δείκτες ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Αναδεικνύεται πώς οι ασθενείς αποδίδουν/χαρακτηρίζουν την ολική ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβαν καθώς και σε ποιο ποσοστό επηρεάζεται η ικανοποίηση τους για κάθε καθοριστικό παράγοντα ξεχωριστά. Η υπηρεσίες σε οποιοδήποτε ΤΑΕΠ πρέπει φυσικά να βασίζονται σε στοιχεία (evidence-based) με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centred) (Mutlin et al, 2005). Έτσι, τα αποτελέσματα μπορεί να δώσουν ικανοποιητικά στοιχεία για να αναδειχτούν οι τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Τα αποτελέσματα μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αλλάξουν εργασιακές ρουτίνες, πρακτικές και συνήθειες για βελτίωση της αντίληψης των ασθενών για την ποιότητα επειγόντων υπηρεσιών υγείας.

Το ερωτηματολόγιο επίσης αναδεικνύει τους παράγοντες που οι ασθενείς δεν είναι ευχαριστημένοι. Οι κύριοι παράγοντες που αναγνωρίζονται ότι χρήζουν βελτίωσης είναι ο χρόνος αναμονής του ασθενή μέχρι την εξέταση, ο χρόνος αναμονής για τις εργαστηριακές εξετάσεις, η συμπεριφορά του προσωπικού, ο σεβασμός των προσωπικών δεδομένων και η ευκολία και η διαθεσιμότητα του χώρου στάθμευσης. Η σωστή επικοινωνία και η σωστή/κατανοητή επεξήγηση της διάγνωσης και θεραπείας στον ασθενή από τον γιατρό είναι σημαντικός παράγοντας στην ικανοποίηση του ασθενή και πιθανόν να είναι ένας από τους λόγους για την αλλαγή του βαθμού ικανοποίησης από προηγούμενη εμπειρία (αλλαγή της προηγούμενης άποψης για το ΤΑΕΠ).

### 10.1. Ηλικία ασθενών του ΤΑΕΠ

Η έρευνα καταδεικνύει ότι η τρίτη ηλικία αποτελεί μια κύρια κατηγορία ασθενών των ΤΑΕΠ. Παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και σε άλλες παρόμοιες έρευνες (Muntlin et al,

2005). Είναι κατανοητό ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο ευάλωτοι, λόγω της πολυνοσηρότητας και των χαμηλών γνωστικών λειτουργιών. Η επηρεασμένη όραση και η ακοή είναι πιο διαδεδομένες σε αυτήν την ομάδα και συχνά καταναλώνουν σημαντικό χρόνο και άλλους πόρους του προσωπικού του τμήματος. Έρευνες δείχνουν ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών στα ΤΑΕΠ χρήζει ανάγκης βελτίωσης, και ότι διάφορα πρότυπα/κατευθυντήριες γραμμές πρέπει να αναπτυχθούν για την ιδιαίτερη φροντίδα και αντιμετώπιση τους (Muntlin et al, 2005).

## 10.2. Ικανοποίηση ασθενών

Ένα πολύ βασικό στοιχείο που έδειξε η έρευνα είναι το αρκετό ψηλό ποσοστό γενικής ικανοποίησης των επισκεπτών στο ΤΑΕΠ. Αυτό αντικατοπτρίζει εμπιστοσύνη στο έργο που επιτελείται στο τμήμα και της αναγνώρισης της δυσκολίας του. Υπάρχει σαφής βελτίωση όσον αφορά την άποψη των ασθενών μετά την επίσκεψη σε σύγκριση με την άποψη τους πριν την εν λόγω επίσκεψη.

Αρκετά καλά ποσοστά ικανοποίησης βρίσκονται επίσης στον τομέα της ξενοδοχειακής υποδομής όπως καθαριότητα, χώρος αναμονής, εμφάνιση προσωπικού.

Όπως έχει αναφερθεί, το 67% των ασθενών έχουν μια ικανοποιητική ή πολύ ικανοποιητική άποψη για τις υπηρεσίες που έλαβαν κατά την επίσκεψη στο ΤΑΕΠ. Μόνο το 1% πιστεύει ότι οι υπηρεσίες ήταν καθόλου ή μη ικανοποιητικές, ένα εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό, που δεν ήταν αναμενόμενο. Παρόμοιες έρευνες που αξιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών σε εξωτερικά Ιατρεία του ΙΚΑ από τους Τούντα, Λοπατατζίδη και Χουλιάρα (2001) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το 51% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες του ΙΚΑ ως πολύ καλές ή καλές, ενώ το 14% ως κακές ή πολύ κακές. Φαίνεται καθαρά ότι ο Κύπριος ασθενής του ΤΑΕΠ πιστεύει ότι οι υπηρεσίες του ΤΑΕΠ Λευκωσίας είναι σε πολύ ψηλά επίπεδα.

### 10.3. Διασφάλιση προσωπικών δεδομένων

Ο σεβασμός προσωπικών δεδομένων είναι ένα σημαντικό κεφάλαιο στα δικαιώματα των ασθενών που είναι καθοριστικό για το επίπεδο ικανοποίησης. Στην Κύπρο, ο νομικός καθορισμός το τι περιλαμβάνεται στα προσωπικά δεδομένα και κατεπέκταση στα δικαιώματα των ασθενών έγινε με την ένταξη της χώρας στην ΕΕ. Τα δικαιώματα του ασθενή περιλαμβάνονται –

- Προστασία των προσωπικών δεδομένων και σεβασμό της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας του
- Σεβασμό στις προσωπικές του επιλογές
- Πλήρη πληροφόρηση για την διάγνωση και θεραπεία και συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που τον αφορούν
- Πληροφόρηση για την ταυτότητα των λειτουργών που προσφέρουν υπηρεσίες
- Αξιοπρεπή μεταχείριση κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας υγείας.

(ΥΥ, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, 2012)

Πρακτικά, τα πιο πάνω είναι πιο δύσκολο να εφαρμοστούν σε ένα ΤΑΕΠ, παρά σε οποιοδήποτε άλλο εξωτερικό ιατρείο, λόγω της ιδιαιτερότητας των υπηρεσιών φροντίδας στο ΤΑΕΠ. Η εξέταση πολλών ασθενών ταυτόχρονα σε μικρό χώρο, ο περιορισμένος χρόνος δράσης, το θορυβώδες περιβάλλον, η πολλαπλή εμπλοκή επαγγελματιών υγείας είναι πιθανοί λόγοι περιορισμένης εφαρμογής όλων των δικαιωμάτων.

Αν και ο σεβασμός των προσωπικών δεδομένων και γενικότερα τα δικαιώματα των ασθενών δεν είναι ευρέως δεδομένα και γνωστά σε όλους τους ασθενείς ή ακόμα και στους επαγγελματίες υγείας, ο Κύπριος ασθενής άρχισε να αναγνωρίζει και να απαιτεί έστω και στοιχειώδης σεβασμό της ατομικής προσωπικότητας του, όπως η εξέταση σε κλειστό χώρο, η ενημέρωση της ταυτότητας του επαγγελματία υγείας, χαμηλόφωνη συνομιλία μεταξύ τους, ενημέρωση του για την διάγνωση, θεραπεία κλπ.

Στην έρευνα οι ασθενείς κάτω των 35 ετών είναι λιγότερο ικανοποιημένοι ως προς την τήρηση και σεβασμό των προσωπικών δεδομένων. Αυτό είναι κατανοητό, αφού οι ηλικίες αυτές είναι πιο ευαισθητοποιημένες ως προς τα

δικαιώματα τους ως ασθενείς καθώς και προς το δικαίωμα τους για ενημέρωση της ταυτότητας του επαγγελματία υγείας που παρέχει φροντίδα, την αξιοπρεπή εξέταση σε κλειστό χώρο, πλήρη ενημέρωση, κλπ.

Τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με άλλες έρευνες στην βιβλιογραφία (Viventi et al 2007, Bell et al 2001, Auerbach et al 2004) όπου η ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται με τον σεβασμό των προσωπικών δεδομένων και κυρίως την διασφάλιση της ιδιωτικότητας από το προσωπικό.

#### 10.4. Χρόνος αναμονής

Ο χρόνος αναμονής είναι ένας αξιόλογος δείκτης ικανοποίησης των ασθενών, κυρίως σε τμήμα επειγόντων όπου η εξέταση δεν γίνεται με ραντεβού αλλά ούτε στη βάση του ο πρώτος εξυπηρετείται πρώτος. Ο χρόνος αναμονής είναι ένας πολύ μεταβλητός δείκτης που εξαρτάται όχι μόνο από τον αριθμό των ασθενών που περιμένουν να εξυπηρετηθούν αλλά και από το είδος των περιστατικών και την σοβαρότητα της κατάστασης των περιστατικών, την αποδοτικότητα άλλων τμημάτων που εξυπηρετούν το ΤΑΕΠ (θάλαμοι, χημείο, ακτινολογικό κλπ). Για παράδειγμα ένα σοβαρό τροχαίο μπορεί να απασχολήσει την πλειοψηφία του προσωπικού αλλά και των άλλων πόρων του ΤΑΕΠ, αυξάνοντας τον χρόνο αναμονής για τους υπόλοιπους ασθενείς.

Ο χρόνος αναμονής στο ΤΑΕΠ επίσης θεωρείται σημαντικός δείκτης ικανοποίησης των ασθενών και τονίζεται σε πολλές διεθνείς μελέτες (Lewis et al, 1992, Watson et al, 1999, Hostutler, 1999). Επίσης ο μεγάλος χρόνος αναμονής προς εισαγωγή αναμένοντας την εύρεση κλίνης, σχετίζεται με μειωμένη ικανοποίηση και χαμηλότερη ποιότητα στις υπηρεσίες του ΤΑΕΠ (Μαλλιάρου, 2008, Saila et al, 2008).

Ο χρόνος αναμονής από εγγραφή μέχρι την διαλογή είναι σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα, όπου το 91% των ασθενών είναι είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι. Ο χρόνος αυτός είναι συνήθως σταθερός, δηλαδή δεν μεταβάλλεται από τους λόγους που εξηγήθηκαν πιο πάνω.

Σε χαμηλότερα επίπεδα είναι η ικανοποίηση του χρόνου αναμονής από την διαλογή μέχρι την εξέταση μέσα στο ΤΑΕΠ. Ο χρόνος αυτός είναι σίγουρα πολύ μεγαλύτερος αντικειμενικά, αν και δεν υπάρχουν ποσοτικά στοιχεία από άλλες έρευνες ή από το ΤΑΕΠ. Πιστεύεται ότι ο χρόνος αυτός κυμαίνεται από 15 λεπτά μέχρι και 3 ώρες για τους λόγους που εξηγήθηκαν πιο πάνω. Το 76% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από τον χρόνο αυτό.

Αυτή η υψηλή ικανοποίηση δεν είναι αναμενόμενη, σίγουρα από την πείρα του ερευνητή στο χώρο του ΤΑΕΠ, αναμένονταν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε αυτό το δείκτη. Αυτό το γεγονός μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο γίνεται κατά την έξοδο του ασθενή από το ΤΑΕΠ και μετά το πέρας της εξέτασης και θεραπείας του. Αν ο συγκεκριμένος δείκτης αξιολογείτο κατά τη διάρκεια της αναμονής για εξέταση, πιθανόν τα ποσοστά να ήταν πιο χαμηλά.

Το 2008, ο μέσος όρος του χρόνου παραμονής στα ΤΑΕΠ στις ΗΠΑ (συμπεριλαμβανομένου του χρόνου αναμονής και του χρόνου εξέτασης του γιατρού) ήταν 243 λεπτά, ενώ το 2002 216 λεπτά. (Anderson et al, 2007). Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία για τον χρόνο παραμονής στα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

## 10.5. Επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενή

Η έρευνα κατέδειξε χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης στον τομέα της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή. Το 40% πιστεύει ότι η επεξήγηση της διάγνωσης ή του λόγου εισαγωγής ήταν καθόλου ή μη ικανοποιητική, ενώ μόνο το 19% πιστεύει ότι η επεξήγηση αυτή ήταν ικανοποιητική ή πολύ ικανοποιητική. Επιπλέον, 29% πιστεύει ότι έλαβαν καθόλου ή μη ικανοποιητικό επίπεδο επεξήγησης της θεραπείας τους ή/και οδηγίες κατά την απόλυση. Τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με την επεξήγηση των οδηγιών είναι κατά την πρωινή βάρδια. , πιθανότερα



λόγω του φόρτου εργασίας που γενικά δέχεται το νοσοκομείο κατά την διάρκεια των ωρών εργασίας.

Τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης στον τομέα της επικοινωνίας διαφαίνονται και σε άλλες έρευνες στη βιβλιογραφία, είτε στα ίδια, είτε και σε χαμηλότερα επίπεδα. Έρευνα της Gesell (2003) για την ικανοποίηση καρκινοπαθών ασθενών στη Μ. Βρετανία έδειξε ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με το προσωπικό ως προς τη συμπεριφορά, αλλά χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης διαφάνηκαν στην πληροφόρηση-ενημέρωση που είχαν από το προσωπικό. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με την μελέτη του Garey (1998). Ανάλογη έρευνα έγινε και από τους Bruster et al (1994) στη Μ. Βρετανία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα ήταν η ελλιπής ενημέρωση του ασθενή (62% των ασθενών δεν ενημερώθηκαν για το πότε μπορεί να ξεκινήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες). Επίσης, εντοπίστηκαν προβλήματα στην επικοινωνία με το προσωπικό (56%).

Χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης για τη συμπεριφορά και προσέγγιση των νοσηλευτών παρουσιάζονται στη βραδινή βάρδια. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι ο αριθμός των νοσηλευτών είναι μειωμένος στην βραδινή βάρδια σε σχέση με τον αριθμό των νοσηλευτών κατά την πρωινή και απογευματινή βάρδια. Η βραδινή βάρδια είναι 12-ωρη, ενώ οι υπόλοιπες βάρδιες είναι 6-ωρες, γεγονός που δείχνει ότι πιθανόν η συμπεριφορά και η προσέγγιση των νοσηλευτών να είναι λιγότερο ανεκτική απέναντι στους ασθενείς λόγω αυξημένης πίεσης και κούρασης.

## 10.6. Μόρφωση του ασθενή

Ο διάμεσος βαθμός ικανοποίησης είναι ο ίδιος (4=ικανοποιητικό), σε όλα τα επίπεδα μόρφωσης των ασθενών. Όμως, χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης ήταν αναμενόμενα από τους ασθενείς με τριτοβάθμια εκπαίδευση, αφού ασθενείς με ψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναμένονται να είναι πιο αυστηροί

στην κριτική τους. Σε αυτούς τους ασθενείς όμως δεν υπάρχει η διακύμανση στις απαντήσεις που διαφαίνεται στους ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, δηλαδή δύσκολα κρίνουν με πολύ ψηλό ή πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης.

Η έρευνα έδειξε επίσης ότι το μορφωτικό επίπεδο παίζει σημαντικό ρόλο στον βαθμό ικανοποίησης για την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Όσο πιο ψηλό το μορφωτικό επίπεδο, τόσο πιο χαμηλό το επίπεδο ικανοποίησης από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Αυτό είναι αναμενόμενο, αφού οι απαιτήσεις αυξάνονται με ψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

### 10.7. Χώροι στάθμευσης

Όπως έχει λεχθεί, η διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης είναι ο δείκτης με τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε αυτή την έρευνα. Αν και ο διάμεσος βαθμός ικανοποίησης είναι αρκετά χαμηλός καθόλη τη διάρκεια της μέρας (μη ικανοποιητικό), στην νυκτερινή βάρδια υπάρχει μεγαλύτερο εύρος ικανοποίησης προς τον ψηλότερο βαθμό, κάτι που ήταν αναμενόμενο. Υπάρχουν περισσότεροι χώροι στάθμευσης διαθέσιμοι το βράδυ αφού δεν λειτουργούν τα εξωτερικά ιατρεία, το γραμματειακό προσωπικό δεν εργάζεται το βράδυ και το προσωπικό της βραδινής βάρδιας σε όλο το νοσοκομείο είναι λιγότερο.

## 11. ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

Πηγή δυσαρέσκειας των ασθενών αποτελεί κατά κύριο λόγο η δυσκολία στην διαθεσιμότητα χώρων στάθμευσης, ο σεβασμός των προσωπικών δεδομένων και η τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών, και λιγότερο η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Είναι στα πιο πάνω σημεία που πρέπει να συγκεντρωθεί η διεύθυνση του ΤΑΕΠ και του Γενικού Νοσοκομείου για αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών/χρηστών των υπηρεσιών του ΤΑΕΠ.

Η τήρηση και προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών, κυρίως το δικαίωμα να ξέρει την ταυτότητα του επαγγελματία υγείας που παρέχει υπηρεσίες, καθώς και ο σεβασμός των προσωπικών δεδομένων (κλειστός χώρος εξέτασης, χαμηλόφωνες συνομιλίες), είναι κλειδί στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Είναι στοιχειώδεις πρακτικές που δεν καταναλώνουν οικονομικούς πόρους ή χρειάζονται περισσότερο χρόνο στον ήδη περιορισμένο χρόνο παροχής των υπηρεσιών. Η σημασία της προστασίας των προσωπικών δεδομένων που αποδίδουν οι ίδιοι οι ασθενείς αναμένεται να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, όπως διαφαίνεται με την σχέση ικανοποίησης και ηλικίας. Ο ρόλος που διαδραματίζει το ιατρικό απόρρητο είναι θεμελιώδης, εφόσον επιτυγχάνεται με αυτόν τον τρόπο η προστασία των προσωπικών δεδομένων του ασθενούς και η εδραίωση του σεβασμού προς την προσωπικότητά του. (Μπαρμπαγάλος, 2009).

Η συμπεριφορά και ο τρόπος αντιμετώπισης και προσέγγισης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας χρήζει βελτίωσης. Μπορούν να αναπτυχθούν ενδομηματικοί κώδικες συμπεριφοράς και αντιμετώπισης των ασθενών γενικά, αλλά και ειδικών ομάδων ασθενών που χρειάζονται ειδική μεταχείριση, όπως, οι ηλικιωμένοι με άνοια, χρήστες ναρκωτικών και αλκοολικοί, κρατούμενοι/φυλακισμένοι, κλπ.

Θα είναι ενδιαφέρον να επαναληφθεί το ίδιο ερωτηματολόγιο μετά από μια σειρά βελτιώσεων στο ΤΑΕΠ. Παρόμοια ερωτηματολόγια πρέπει να αξιοποιηθούν σε άλλες κλινικές και εξωτερικά ιατρεία ως αναπόσπαστο μέρος του Total Quality Management.

## 12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνικά

Αλετράς Β, Ζαχαράκη Φ, Νιάκας Δ., (2007), Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(1):89-96

Ιωσηφίδης Θ. (2008), Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες, Εκδόσεις Κριτική.

Κρητικός Α. (2004), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, μια θεωρητική προσέγγιση, Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Λαζάρου Π. (2005α), Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης της ικανοποίησης του χρήστη, Διδακτορική Διατριβή, ΔΔΠΜΣ-Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα.

Λαζάρου Π. (2005β), Πρωτόκολλα κλινικής πράξης και κατευθυντήριες οδηγίες στη διασφάλιση ποιότητας, Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Ιούνιος-Σεπτέμβριος 2005.

Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Ζυγά Σ. (2009) Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος – Μάρτιος 2009

Μαλιαρού Μ. (2008) Ασφαλή Νοσηλευτική Στελέχωση, Μια συστηματική ανασκόπηση, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

Μερκούρης Α., (2008) Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ

Nettleton S. (1995), *Κοινωνιολογία της Υγείας και της ασθένειας*, Μετάφραση Βακάκη, Εκδόσεις Τυπωθήτω Αθήνα 2002.

Τσακίρη Λ., (?) σημειώσεις «Εισαγωγή στη μεθοδολογία της έρευνας» <http://dpms.csd.auth.gr/stuff/eis-meth-er.pdf>

Υπουργείο Υγείας - Ετήσια έκθεση Υπουργείου Υγείας 2007

## Αγγλικά

- Attree, M., 2001. Patient's and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing* 33, 456–466.
- Auerbach, S. M., Penberthy, A. R., & Kiesler, D. J. (2004). Opportunity for control, interpersonal impacts, and adjustment to a long-term invasive health care procedure. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 11-29.
- Bell, R., Kravitz, R., Thom, D., et al, (2001), Unsaid but not forgotten patients' unvoiced desires in office visits, *Archives of Internal Medicine* 2001, 161.
- BMC Health Serv Res. 2007; 7: 31. Published online 2007 February 28. doi: [10.1186/1472-6963-7-31](https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-31)
- Bruster, S., Jarman, B., Bosanquet, N. et al (1994), «National survey of hospital patients» *BMJ*, 309 (6968):1542-1546
- Donabedian A., 1990, The Seven Pillars of Quality, *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114: 14-16
- Evason E., Whittington D., (1997) "Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 10 Iss: 1, pp.7 - 19
- Gesell S. A measure of satisfaction for the assisted-living industry. *Journal of Healthcare Quality*. 2001, 23(2): 16-25. 27.
- Hansagi H, Carlsson B, Brismar B., (1992), The Urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency dept, *Health Care Management Review* 17, 71-75
- Hostutler et al (1999), Patient needs in the emergency dept, Nurses' and patients' perceptions. *Journals of Nursing Administration* 29, 43-50
- Hostutler, J. J., S. H. Taft, et al. (1999). "Patient needs in the emergency department: nurses' and patients' perceptions." *Journal of Nursing Administration* 29(1): 43-50.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (2002) *Lexicon Dictionary of health care terms, organisations and acronyms*
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (2004) *Facts about the 2005 National Patient Safety Goals*
- Larabee J & Bolden LV (2001) Defining patient-perceived quality of nursing care, *Journal of Nursing Car Quality* 16, 34-60.
- Lewis, K & Woodside, R (1992) Patient satisfaction with care in the emergency dept, *Journal of Advanced Nursing* 17, 959-964

Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. (2005) Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement, *Emergency Care, 4 July 2005*

Nydén, K., Petersson, M., Nyström, M., 2003. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 268-274.

NHS, 1999, A First Class Service: Quality in the NHS

Pollit, E., (1989), *Malnutrition and Infection Classroom*, New York, Unesco

Saila T, Mattila E, Kaila M, Aalto P, Kaunonen M: Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2008, 14:148-154.

Schwab R. (2000), Emergency Department Customer Satisfaction: The Point of View Paradox, *Annals of Emergency Medicine*, May 2000, 35:5, 499-501

Sun BC, Adams J, Orav EJ, et al (1999), Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care, *Annals of Emergency Medicine*, 35:5 May 2000

Thompson et al (1996), Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery and expensive quality on patient satisfaction in the emergency Department, *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 25: 657-665

Toma G., Triner W., McNutt L.A. (2009), Patient Satisfaction as a Function of Emergency Department Previsit Expectations, *Annals of Emergency Medicine*, Volume 54, No.3, September 2009, 360-367

Tsiotras, G.D. et Theodorakioglou, Y.D. (2000), The need for introduction of quality management into Greek health care, *Total Quality Management*, 11:1153-1165

Vivanti A, Ash S, Hulcombe J. 2007. Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 20: 41-49.

von-Essen L, Sjoden PO: The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff (Reprinted from *International Journal of Nursing Studies*, vol 28, pg 267-281, 1991). *International Journal of Nursing Studies* 2003, 40(5):487-497

Watson, W., E. Marshall & D. Fosbinder (1999). Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* , 25(2), 88–92.

WHO, 2000 The World Health Report (2000), Health Systems Improving performance, Geneva, WHO

WHO, 1999, Health 21 – Health for All into the 21<sup>st</sup> Century, European Health for All, series no. 5 Copenhagen, WHO

WidmarkPettersson V, vonEssen L, Lindman E, Sjoden PO: Cancer patient and staff perceptions of caring vs clinical care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1996, 10(4):227-233.

#### Διαδίκτυο

<http://www.moh.gov.cy> 19/04/2011

[http://www.moh.gov.cy/moh/ngh/ngh.nsf/DMLservi12\\_gr/DMLservi12\\_gr?opendocument](http://www.moh.gov.cy/moh/ngh/ngh.nsf/DMLservi12_gr/DMLservi12_gr?opendocument) πρόσβαση 14/5/2012

<http://www.medpagetoday.com/EmergencyMedicine/EmergencyMedicine/14820> 8/5/12 πρόσβαση 14/5/2012

[http://www.perceptum.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22:aporrito&catid=2:mar09&Itemid=14](http://www.perceptum.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=22:aporrito&catid=2:mar09&Itemid=14) πρόσβαση 11/05/12

## 13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΤΑΕΠ

#### Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία

1. Ημέρα  $\Delta^1 \quad \Gamma^2 \quad \Upsilon^3 \quad \Pi^4 \quad \text{Π}^5 \quad \Sigma^6 \quad \text{Κ}^7$
2. Βάρδια  $M^1 \quad E^2 \quad N^3$
3. Φύλο  $A^1 \quad \Theta^2$
4. Ηλικία ερωτηθέντος  $18-35^1 \quad 36-55^2 \quad 55-75^3 \quad 76+^4$
5. Τρόπος προσέλευσης  $\text{Ασθενοφόρο}^1 \quad \text{Ιδιωτικό αυτοκίνητο/άλλο}^2$
6. Μορφωτικό επίπεδο
  - Πρωτοβάθμια<sup>1</sup> – Απόφοιτος δημοτικού
  - Δευτεροβάθμια<sup>2</sup> Απόφοιτος γυμνασίου / λυκείου
  - Τριτοβάθμια<sup>3</sup> Απόφοιτος πανεπιστημίου / κολλεγίου / Μεταπτυχιακό/δοκτοράτο
7. Εισαγωγή<sup>1</sup> / Απόλυση<sup>2</sup>

#### Ερωτήσεις

8. Ποία είναι η άποψη για το ΤΑΕΠ πριν την σημερινή επίσκεψη  
1 2 3 4 5
9. Ποια είναι η άποψη σας για τις υπηρεσίες που είχατε σε παλαιότερη εμπειρία στο ΤΑΕΠ (εάν είναι η πρώτη σας φορά στο ΤΑΕΠ προχωρώ στην ερώτηση 10)  
1 2 3 4 5
10. Ποια είναι η άποψη σας για την προσβασιμότητα σας προς το ΤΑΕΠ (ταμπέλλες, δρόμος)  
1 2 3 4 5
11. Ποια είναι η άποψη σας για την διαθεσιμότητα και ευκολία χώρων στάθμευσης (εάν δεν ήρθατε με αυτοκίνητο, προχωρώ στην ερώτηση 12)  
1 2 3 4 5
12. Ποια είναι η άποψη σας για τον χώρο αναμονής  
1 2 3 4 5
13. Ποια είναι η άποψη σας για την Καθαριότητα του τμήματος  
1 2 3 4 5
14. Ποια είναι η άποψη σας για την εμφάνιση του προσωπικού (στολή, κονκάρδα, κλπ)  
1 2 3 4 5



15. Ποια είναι η άποψη σας για την συμπεριφορά και την προσέγγιση των γιατρών (κατανόηση, ευγένεια, εξυπηρέτηση, προθυμία)  
1 2 3 4 5
16. Ποια είναι η άποψη σας για την συμπεριφορά και την προσέγγιση των νοσηλευτών  
1 2 3 4 5
17. Ποια είναι η άποψη σας για την τήρηση και σεβασμό των προσωπικών δεδομένων (κλειστός χώρος κατά την εξέταση, κλπ)  
1 2 3 4 5
18. Ποια είναι η αντίληψη σας για τον χρόνο αναμονής από εγγραφή μέχρι διαλογή  
1 2 3 4 5
19. Ποια είναι η αντίληψη σας για τον χρόνο αναμονής από την διαλογή μέχρι την εξέταση σας  
1 2 3 4 5
20. Ποια είναι η αντίληψη σας για τον χρόνο αναμονής για τις παραϊατρικές εξετάσεις (εάν δεν έγιναν παραϊατρικές εξετάσεις προχωρώ στην ερώτηση 21).  
1 2 3 4 5
21. Ποια είναι η αντίληψη σας για τον χρόνο συνολικής παραμονής στο ΤΑΕΠ  
1 2 3 4 5
22. Σε ποιο επίπεδο σας δόθηκε κατανοητή επεξήγηση διάγνωσης ή/και για τον λόγο εισαγωγής από θεράποντα γιατρό  
1 2 3 4 5
23. Σε ποιο επίπεδο σας δόθηκε κατανοητή επεξήγηση για την θεραπεία ή/και κατανοητές οδηγίες κατά την απόλυση  
1 2 3 4 5
24. Ποια είναι η γενική άποψη σας για τις υπηρεσίες που λάβατε για το ΤΑΕΠ μετά την σημερινή επίσκεψη  
1 2 3 4 5

#### Κλίμακα

1= καθόλου ικανοποιητικό

2=μη ικανοποιητικό

3=ουδέτερος ή αβέβαιος

4=ικανοποιητικό

5=πολύ ικανοποιητικό

0=δεν ισχύει/δεν με αφορά



### 13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2011.01.06

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

12 Απριλίου 2011

Δρα. Γιώργο Αθανασίου  
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας  
1450 Λευκωσία

Αξιότιμε Δρα. Αθανασίου,

**Θέμα: «Διαπίστωση και αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών  
στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών  
του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας»**

Η Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας (η Επιτροπή) ενεργώντας με βάση την εκχωρηθείσα σ' αυτήν αρμοδιότητα από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) να αξιολογεί βιοηθικά ερευνητικές προτάσεις που αφορούν την βιοϊατρική και κλινική έρευνα στον άνθρωπο, μελέτησε το περιεχόμενο της επιστολής σας με ημερομηνία 14 Μαρτίου 2011, για την πιο πάνω ερευνητική πρόταση, στην συνεδρίαση της ημερομηνίας 12 Απριλίου 2011.

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή και ερωτηματολόγιο), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, η Επιτροπή έχει την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της ΕΕΒΚ για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση,

Δρ. Ανδρέας Χατζησάββας

Πρόεδρος Επιτροπής Βιοηθικής Αξιολόγησης

Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ  
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
1449 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ. Ι.Υ. 5.04.019/11

Αρ. Τηλ.: 22605616  
Αρ. Φαξ: 22345199

5 Ιουλίου 2011

Δρ Γιώργο Αθανασίου  
Αθανασίας 29Α  
Ανθούπολη, Λευκωσία

**Θέμα:- Έγκριση διεξαγωγής Έρευνας στις  
Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σημειώσω, ότι η διεξαγωγή της έρευνάς σας στο ΤΑΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας εγκρίνεται.

Σημειώνεται ότι η έρευνα θα πρέπει να μην παρακωλύει το προσωπικό κατά την διάρκεια της εργασίας του και να μην παραβιάζει προσωπικά δεδομένα.

Δρ. Μ. Αζίνα-Χρονίδη  
(για Διευθυντή  
Ιατρικών Υπηρεσιών και  
Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας)

Μ.Α.Χ/δ.πζη



## **15.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ