



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΦΑΦΟΥΛΑΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ
Γενικός Χειρουργός

Επιβλέπων Καθηγητής:
Μ. Τάλιας

ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΦΑΦΟΥΛΑΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ

Επιβλέπων Καθηγητής
Μ. Τάλιας

ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Μιχάλη Τάλια, επιβλέποντα της διατριβής μου, διότι χωρίς την καθοδήγηση του και τις πολύτιμες συμβουλές του θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής.

Τον κ. Αθανάσιο Καργιώτη, Μαιευτήρα-Χειρουργό Γυναικολόγο, Αντιπρόεδρο και Διευθύνοντα Σύμβουλο του ΙΑΣΩ Θεσσαλίας, για την άμεση ανταπόκριση και την συγκατάθεση του ώστε να πραγματοποιηθεί αυτή η μελέτη στο ΙΑΣΩ Θεσσαλίας.

Την Προϊσταμένη, κ. Αθηνά Τσίπα, καθώς και όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της Χειρουργικής κλινικής του ΙΑΣΩ Θεσσαλίας, για την άψογη συνεργασία μας σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσης εργασίας.

Τους ασθενείς της Χειρουργικής κλινικής, για τη συμμετοχή τους σε αυτή τη μελέτη και για την υπομονή τους στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή είναι αφιερωμένη, με πολύ αγάπη, στη μητέρα μου...

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT.....	6
1. Εισαγωγή	7
2. Ιστορική αναδρομή	8
3. Ορισμοί.....	11
4. Η μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών.....	14
5. Τρόπος μέτρησης της ποιότητας.....	15
6. Διασφάλιση ποιότητας.....	16
6.1 Η μετάβαση από την ποιοτική διασφάλιση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση.....	19
6.2 Ποιότητα και Τεκμηριωμένη Ιατρική.....	20
6.3 Μέτρηση μετεγχειρητικών επιπτώσεων (πόνος, HRQOL).....	21
7. Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	22
8. Το κόστος της ποιότητας	25
9.1 Το δείγμα και η συλλογή δεδομένων στις μελέτες ποιότητας.....	28
10.Μεθοδολογία.....	28
Δείγμα της μελέτης	28
Εργαλεία	29
Διαδικασία συλλογής δεδομένων	30
Ηθική και δεοντολογία.....	31
11.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	31
12.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	51

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υπηρεσιών υγείας

Σκοπός: Ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών μιας ιδιωτικής χειρουργικής κλινικής και η συσχέτισή της με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο νομό Λάρισας, σε ιδιωτική πολυκλινική της πόλης και συμπεριέλαβε 100 ασθενείς. Για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών της Χειρουργικής Κλινικής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SERVQUAL, με 7βαθμη κλίμακα likert, τροποποιημένο ώστε να αξιολογεί τις νοσοκομειακές υποδομές και το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p=0,05$.

Αποτελέσματα: Η ικανοποίηση κυμάνθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις του servqual. Η διάσταση «ασφάλεια» είχε κατά μέσο όρο την υψηλότερη βαθμολογία ($6,62\pm 0,45$) και ακολουθούσε η ανταπόκριση με $6,56\pm 0,55$. Η χαμηλότερη μέση βαθμολογία σημειώθηκε στη διάσταση «ενσυναίσθηση» ($6,43\pm 0,62$). Οι ασθενείς θα ήθελαν να νοσηλευτούν στο μέλλον στην ίδια κλινική ($6,60\pm 0,68$) και συνέστηναν την κλινική σε φίλους και συναδέλφους ($6,58\pm 0,74$). Οι έγγαμοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι με την υλικοτεχνική υποδομή και την ασφάλεια, με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά από τους άγαμους ($p=0,088$ και $p=0,066$ αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση των ασθενών της χειρουργικής κλινικής κυμάνθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις του servqual. Οι ασθενείς της χειρουργικής κλινικής και ιδιαίτερα οι έγγαμοι, δείχνουν να εμπιστεύονται απόλυτα τις υπηρεσίες της κλινικής

ABSTRACT

Introduction: The level of satisfaction of users is considered an essential quality indicator in any provider of health services.

Aim : It was to investigate the patient satisfaction of a private surgical clinic and its association with sociodemographic factors.

Method: This study was conducted at Larissa, in a private polyclinic and included 100 patients. To evaluate the service quality the SERVQUAL questionnaire with a 7 point Likert scale, modified for hospital infrastructure was used. The level of statistical significance was set at $p = 0.05$.

Results: The satisfaction was at very high levels in all dimensions of servqual. The dimension of “assurance” had on average the highest score (6.62 ± 0.45) and the “responsiveness” followed with 6.56 ± 0.55 . The lowest average score was observed in the dimension “empathy” (6.43 ± 0.62). Patients were eager to be hospitalized at the same clinic in the future (6.60 ± 0.68) and recommend the clinic to friends and colleagues (6.58 ± 0.74). Married patients felt more satisfied with tangibles and assurance, with marginally statistically significant difference from unmarried ($p = 0.088$ and $p = 0.066$ respectively).

Conclusions: Patient satisfaction in the surgical clinic reached very high levels in all dimensions of servqual. Patients in the surgical clinic and especially those who were married, seem to totally trust the services of the clinic.

1. Εισαγωγή

Την ποιότητα, όπως το έθεσε ο Crosby (Suarez, 1992), όλοι τη θέλουν, όλοι νομίζουν ότι την καταλαβαίνουν, όλοι πιστεύουν ότι γνωρίζουν πως πραγματοποιείται και οι περισσότεροι ισχυρίζονται ότι για τα προβλήματα φταίνε οι άλλοι. Πρόκειται για μία έννοια που δεν έχει επακριβώς οριστεί και από πολλούς θεωρείται νεφελώδης. Οι ειδικοί συμφωνούν ότι η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και σύνθετη (Μαμουλάκης και συν., 2010).

Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται στο κοινωνικό σύνολο στο ανώτερο δυνατό επίπεδο ποιότητας, έτσι ώστε τα αποτελέσματά της να είναι τα επιθυμητά και αναγκαία για τους πολίτες. Η ποιότητα, γενικά στην παραγωγή αγαθών και παροχή υπηρεσιών, ορίζεται ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας από τα νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιαίτερα από τα τμήματα χειρουργικής, αποτελεί συνεχή πρόκληση. Η έλλειψη προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας χαρακτηρίζει τη χώρα μας γενικότερα, αλλά και ειδικότερα το πολύπλοκο, πολυδάπανο, ευαίσθητο και πλέον σημαντικό τμήμα ενός νοσοκομείου που είναι το χειρουργικό. Ως αποτέλεσμα, επαναλαμβάνονται τα προβλήματα και οι συνακόλουθες οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες (Μαμουλάκης και συν., 2010).

Το σύγχρονο περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας δημιουργεί πολλαπλές προκλήσεις στους επαγγελματίες και στις υπηρεσίες. Πρέπει να τηρηθούν ισορροπίες σε θέματα ποιότητας, ελέγχου των δαπανών και ενίσχυσης της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας. Η ικανοποίηση του ασθενούς έχει καταστεί κείμενο συστατικό στη διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Επομένως, η αναζήτηση και διερεύνηση των εντυπώσεων των ασθενών από το επίπεδο των υπηρεσιών, είναι επιβεβλημένη. Θα δημιουργηθεί έτσι μια εισροή πληροφοριών που μπορεί να βελτιώσει τις υπηρεσίες και να βοηθήσει σε νέες στρατηγικές για τη διαχείριση της ποιότητας (Παρισσόπουλος, 2007).

Οι χρήστες των συστημάτων υγείας, καθώς συμμετέχουν στην ίδια τη φροντίδα τους και δεν παραμένουν πλέον ως παθητικοί δέκτες των υπηρεσιών, ενημερώνονται πολύ καλύτερα. Όμως, η πολυπλοκότητα των υπηρεσιών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθιστά την περίθαλψή τους λιγότερο ασφαλή και οι κίνδυνοι αυξάνονται ανάλογα. Επιπρόσθετα, έχουν αρχίσει να αναγνωρίζονται ποικίλες παραλλαγές στην κλινική πρακτική, που υπάρχουν σχεδόν σε κάθε τομέα υπηρεσιών υγείας και οι οποίες αναγκαστικά διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας, κατά περίπτωση (Παρισσόπουλος, 2007).

2. Ιστορική αναδρομή

Η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας απασχολούσαν τους ανθρώπους από την αρχαιότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον όρκο του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.Χ.), ο οποίος αποτελεί ουσιαστικά έναν κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (Madhok, 2002· Vandenkerkhof et al., 2006· Τσουκαλάς, 2012).

Η Αγγλίδα Florence Nightingale, η οποία θεμελίωσε τη σύγχρονη Νοσηλευτική, ήταν πρωτοπόρος στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων (στοιχεία θνητότητας των τραυματιών κατά τη διάρκεια του Πολέμου της Κριμαίας το 1855) για τη βελτίωση της περίθαλψης, στα τέλη του 19ου αιώνα, αν και συνάντησε αντιστάσεις (Fee & Garofalo, 2010). Αρχίζοντας από τη σίτιση, προχώρησε στην υπόλοιπη υγιεινή, καταφέροντας να μειώσει τη θνησιμότητα από το 43% στο 2%, σε διάστημα έξι μηνών (Μαμουλάκης και συν., 2011).

Στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Ernest Avery Codman, γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδωσε έμφαση στο τελικό αποτέλεσμα (έκβαση) της περίθαλψης. Ήταν ο πρώτος που εφάρμοσε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up). Επανεξέταζε τους ασθενείς του ένα έτος μετά τη χειρουργική επέμβαση, για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας (Neuhauser, 2002· Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Στη συνέχεια, ο A. Flexner (Beck, 2004) πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, καθώς έγινε αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των γιατρών έχει αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα. Παράλληλα, το 1918, θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, πρόδρομος της Μικτής Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), που ιδρύθηκε το 1952, ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός, για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Τη δεκαετία του '60 καθιερώθηκε στις ΗΠΑ η συστηματική αξιολόγηση μέσω διασφάλισης της ποιότητας, και μάλιστα με υποχρεωτικό χαρακτήρα, καθώς ήταν απαραίτητη η πιστοποίηση των οργανισμών από την Μικτή Επιτροπή Διαπίστευσης των Νοσοκομείων, η οποία ασκούσε έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια νοσηλείας. Δημιουργήθηκε ένα γραφειοκρατικό σύστημα για τον έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων, σύμφωνα με το νόμο "Medicare", που περιόρισε σημαντικά την αυτονομία των γιατρών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Ο προσδιορισμός της ποιότητας δεν έχει καμία εγγενή αξία, εκτός κι αν η ποιότητα είναι μετρήσιμη, οπότε μπορεί να εκτιμηθεί η δυνατότητα βελτίωσής της. Ο Avedis Donabedian,

καθηγητής στη Δημόσια Σχολή Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, πρότεινε το 1966 τρεις βασικές παραμέτρους –δομή, διεργασία και έκβαση– για την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας. Ο Maxwell (1984) πρότεινε έξι παραμέτρους για τον ίδιο σκοπό στο χώρο της υγείας: πρόσβαση, σχετικότητα, αποτελεσματικότητα, δικαιοσύνη, κοινωνική αποδοχή, αποδοτικότητα (Da Silva et al., 2014· Παρισσόπουλος, 2007).

Έως τα τέλη του 1970, έγινε η μετάβαση από την επιθεώρηση μεμονωμένων περιπτώσεων στη στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας. Η τακτική αυτή εφαρμοζόταν ήδη από το 1930, στο βιομηχανικό τομέα, ενώ η διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία, ως το 1970, είχε περισσότερο ακαδημαϊκό-ερευνητικό χαρακτήρα. Ο Donabedian, σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954–1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” (στέρεες δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα ή εκβάσεις) (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Ο Donabedian, επίσης το 1970, όρισε την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, ως τη συμμόρφωση μεταξύ της πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων, τονίζοντας όμως ότι η αναγνώριση των ιδιοτήτων που συνθέτουν την έννοια της ποιότητας, αλλά και η μετατροπή αυτών σε κριτήρια και πρότυπα, τα οποία να μπορούν να αξιοποιηθούν, είναι πάρα πολύ δύσκολη (Donabedian 1976· Μαμουλάκης και συν., 2010).

Ο Donabedian διατύπωσε την εξής πολύ ενδιαφέρουσα σκέψη: «η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα είναι εντυπωσιακά δύσκολο να οριστεί... ο καθορισμός των κριτηρίων είναι αξιολογικός... υπό αυτή τη μορφή, ως ποιότητα μπορεί να οριστεί οτιδήποτε και καθετί, αν και είναι, συνήθως, απλά μια αντιπροσώπευση των αξιών και στόχων που επικρατούν σε κάθε σύστημα υγείας...» (Παρισσόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Donabedian του 1988, η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, εξαρτάται από τις εξής παραμέτρους:

Δομή: περιλαμβάνει τους υλικούς πόρους (κτιριακές εγκαταστάσεις, εξοπλισμός σε μηχανήματα και εργαλεία), τους ανθρώπινους πόρους (αριθμός και σύνθεση προσωπικού ανάλογα με τα προσόντα και την εκπαίδευσή τους) και το διοικητικό και οργανωτικό σχήμα του ιδρύματος, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων και τη διαδικασία επιλογής του προσωπικού. (Μαμουλάκης και συν., 2010· Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011· Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Διαδικασία (process): είναι το σύνολο των ενεργειών που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο του παρέχεται αυτή η περίθαλψη. Είναι ακόμη οι

ενέργειες του γιατρού, ο οποίος θα επιλέξει τη διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει αγωγή ή θα πραγματοποιήσει χειρουργική επέμβαση. Ακόμη, υπολογίζονται η μέση διάρκεια νοσηλείας και μετεγχειρητικής νοσηλείας και η ενδεχόμενη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους.

Αποτέλεσμα ή έκβαση (outcome): η μεταβολή -τρέχουσα ή μελλοντική- στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή και η παρέμβαση που οφείλεται στην ιατρική ή σε άλλη υπηρεσία φροντίδας που προηγήθηκε (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011· Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Όσον αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (healthcare service quality), ο Donabedian (1976) υποστήριξε ότι υπάρχουν τρεις διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine): αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς.

- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine): αναφέρεται στην ανθρώπινη/ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

- Η ξενοδοχειακή υποδομή (amenities): αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρεται η φροντίδα (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Επίσης, ο Maxwell (Milner, 2001) προσδιορίζει την ποιότητα στην υγεία, με βάση τις εξής παραμέτρους: α) πρόσβαση και προσπελασιμότητα -δηλ. τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους- β) ισότητα, γ) αποτελεσματικότητα, δ) αποδοχή και ε) καταλληλότητα. Στη συνέχεια, προστέθηκαν από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) οι έννοιες της φροντίδας και της ασφάλειας (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Το 1989, το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας (NHS White Paper, 1989) εξέδωσε το πρώτο έγγραφο (White Paper) που διατύπωνε την έννοια του κλινικού ελέγχου ποιότητας. Αυτό έφερε τον τίτλο «Δουλεύοντας για τους ασθενείς», και περιείχε τη διατύπωση του ορισμού του κλινικού ελέγχου ποιότητας, ως «μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών κατά το στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας, της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και της προκύπτουσας έκβασης για τον ασθενή». Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί καίριο στοιχείο του μοντέλου

διαχείρισης, γνωστού ως «Κλινική Διακυβέρνηση», στο ΕΣΥ της Μεγάλης Βρετανίας. Παράλληλα, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας εξελίσσεται και προσαρμόζεται στις προκύπτουσες ανάγκες και προκλήσεις. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εξελίσσονται με οδηγό, μεταξύ άλλων, τον ανθρωποκεντρισμό, την ευελιξία στη διοικητική διαχείριση και την παροχή φροντίδας που συμπορεύεται με την έρευνα και τις επιστημονικές εξελίξεις (Παρισσόπουλος, 2007).

Αν και η έννοια της διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει συνδεθεί με τεχνικά θέματα, όπως η λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας είναι ευρύτερη και αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος. Εξετάζονται ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης, έως την κλινική πρακτική, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012· Manchikanti et al., 2015).

Συνεπώς, η βελτιστοποίηση μόνο ορισμένων κρίσιμων σημείων της λειτουργίας ενός τμήματος δεν είναι πλέον αρκετή για να εξασφαλιστεί ότι κάθε ασθενής θα λάβει τη βέλτιστη διαθέσιμη αντιμετώπιση για την περίπτωσή του (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

3. Ορισμοί

Οι Barnes et al. (2014) τονίζουν ότι ο ορισμός της ποιότητας πρέπει να είναι σαφής, απλός και λειτουργικός. Όσον αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ο Donabedian (2005) την όρισε ως εκείνο το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την καλή υγεία και ευεξία του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία. Ουσιαστικά, μέσα από τον παραπάνω ορισμό, οριοθετείται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μέσα από τρεις παραμέτρους: το τεχνικό μέρος που έχει να κάνει με τις υποδομές και τα μέσα που απαιτούνται για την παροχή υγείας, το διαπροσωπικό μέρος που αφορά στις γνώσεις, ειδικότητες και ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού του χώρου της υγείας, και η τρίτη παράμετρος, έχει να κάνει με την ξενοδοχειακή υποδομή και τις συναφείς παροχές προς τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που της αποδίδουν την ικανότητα να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες.

Ως οντότητα ορίζεται εκείνο που μπορεί να περιγραφεί και να θεωρηθεί εξατομικευμένο όπως προϊόν, υπηρεσία κ.λ.π.

Εκφρασμένες ανάγκες είναι εκείνες οι οποίες γνωστοποιούνται κατά τρόπο άμεσο ή έμμεσο από τους αποδέκτες.

Συνεπαγόμενες ανάγκες είναι εκείνες που σχετίζονται με τις μελλοντικές ανάγκες των αποδεκτών οι οποίες ενώ δεν γνωστοποιούνται από αυτούς, πρέπει να αναγνωρίζονται και να προστίθενται στα προϊόντα από τους παραγωγούς.

Ένας άλλος ορισμός ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληρεί απαιτήσεις.

Εγγενής σημαίνει ο υπάρχων σε κάτι, εκ φύσεως, ως μόνιμο χαρακτηριστικό (Μαμουλάκης και συν., 2010).

Η έννοια της ποιοτικής φροντίδας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια από την ποιοτική εκτίμηση, στην ποιοτική διασφάλιση και ακόμα πιο πολύ στην ποιοτική διαχείριση. Εφαρμόζοντας τους κανόνες και τις αρχές της ποιοτικής διασφάλισης (quality assurance), είναι γνωστό ότι η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί περαιτέρω. Αυτή η συνεχής βελτίωση της ποιότητας αποτελεί πάγια και θεσμοθετημένη τακτική σε όλους τους τομείς της παραγωγής υπηρεσιών και προϊόντων. Στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας αποσκοπεί στην παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης περίθαλψης και φροντίδας, με διαδικασίες που θα σέβονται την ανθρώπινη οντότητα και θα κατοχυρώνουν την ορθολογική κατανομή των πόρων (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα. Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας, με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών, σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες, στο συντομότερο χρόνο. Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας διαφέρει για τους άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί ή εξωτερικοί ασθενείς) (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα αναφέρει ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ανταποκρίνονται διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και στη συνέχεια στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών ασθενών. Αρκετές φορές, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους και ένας αποτελεσματικός τρόπος να προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας τις προσδοκίες των ασθενών είναι η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μαζί τους και η διεξαγωγή περιοδικών ερευνών (ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών από

τις υπηρεσίες υγείας). Ακόμη, ένας ορισμός για την ποιότητα που έχει διατυπωθεί, είναι και ο εξής: να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς (αυτό ισχύει, για παράδειγμα, όταν ο γιατρός κινητοποιείται για την καλύτερη προσέγγιση μιας περίπτωσης που είναι αφορμή για περισσότερη γνώση και εμπειρία που θα ωφελήσει τον επόμενο ασθενή) (Al-Assaf & Sheikh, 2004· Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, λόγω της πολλαπλής συμμετοχής των εμπλεκόμενων στην παραγωγή, παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας, είναι δύσκολο να διατυπωθεί ένας ενιαίος ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες παροχής υγείας:

- Ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή στη διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, την αποφυγή λαθών και την ευαισθητοποίηση και προσοχή στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του, με έναν τρόπο, που ενσωματώνει το κόστος, όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων (Πέππας & Κοράκη, 2013).

- Φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα, που συνεχώς και με συνέπεια αποβλέπει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής (Πέππας & Κοράκη, 2013).

- Η ποιότητα στην υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για μεμονωμένα άτομα και τον πληθυσμό στο σύνολό του αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση (Πέππας & Κοράκη, 2013).

- Η ποιότητα ορίζεται ως η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας. Όσον αφορά την Τεκμηριωμένη Ιατρική (Evidence Based Medicine), ή αλλιώς Ιατρική Βασισμένη στη Μαρτυρία, καλείται «η συνειδητή, δίκαια και εμφανής χρήση της άριστης, σύγχρονης και επίκαιρης απόδειξης (ή μαρτυρίας) στη λήψη της απόφασης για τη φροντίδα του ασθενούς» (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Με τον όρο «κλινική ικανότητα» (clinical expertise) αποδίδεται η αυξημένη επάρκεια κριτικής δεξιότητας και κλινικής αποτελεσματικότητας, που αποκτά ο κλινικός γιατρός με την εξάσκηση και λειτουργία του λειτουργημάτος του, η οποία μπορεί να αποδειχθεί με ποικίλους τρόπους, αλλά πάντοτε πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τρεις άξονες-κριτήρια:

- η σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς ως ατόμου
- η αποτελεσματική διάγνωση
- η κατά συνέπεια και συνέπεια πληρέστερη δυνατή θεραπεία (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Γενικότερα μιλώντας και όχι ειδικά ως προς τις χειρουργικές κλινικές, ο κλινικός έλεγχος ορίζεται ως ένα συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Κατά τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης φροντίδας, συγκεκριμένα μέτρα σύγκρισης χρησιμοποιούνται ως οδηγία σημεία. Δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, στις διάφορες εκφάνσεις τους, αξιολογούνται και εκτιμώνται ως προς συγκεκριμένα κριτήρια και αποδεκτά επίπεδα φροντίδας. Όταν ενδείκνυται, εφαρμόζονται αλλαγές σε επίπεδο προσωπικό, ομάδας και υπηρεσίας. Ο περαιτέρω έλεγχος συνίσταται στην αποτίμηση της κατάστασης ως προς τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης (Παρισσόπουλος, 2007).

4. Η μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών

Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας, σε οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία μελετά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Εμφανίζεται υψηλός συσχετισμός μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του επιπέδου παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης και της γενικής παρεχόμενης φροντίδας. Όμως τα αποτελέσματα στις μελέτες επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών συχνά παρουσιάζουν μια εικόνα, που με δυσκολία μεταφράζεται σε κατάλληλο πλάνο δράσης (Παρισσόπουλος, 2007· de Almeida et al., 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας και οι χρήστες των υπηρεσιών εκτιμούν και αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας κατά τρόπο διαφορετικό. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να δώσουν μεγαλύτερη αξία στην κλινική ικανότητα και στα μετρήσιμα οφέλη στην κατάσταση υγείας του ασθενούς. Οι ασθενείς, αν και εκτιμούν την ικανότητα, μπορεί να επιθυμούν την υιοθέτηση μιας περισσότερο ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα που τους παρέχεται και να ενδιαφέρονται για δείκτες ποιότητας που αφορούν στη διαδικασία. Οι εμπειρίες των ασθενών λαμβάνονται υπόψη και δίνεται βαρύτητα στην ιστορία που έχουν να διηγηθούν διαμέσου των εμπειριών τους (Παρισσόπουλος, 2007).

Παρότι η μέτρηση των επιπέδων ικανοποίησης αποτελεί κοινή πρακτική, διαπιστώνεται έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της «ικανοποίησης». Κατά συνέπεια, έχουν αναδυθεί διαφορετικές διαστάσεις της έννοιας «ικανοποίηση», καθιστώντας τη μελέτη και μέτρησή της δύσκολη. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η προσδοκία, η κοινωνική τάξη, το

φύλο, η ηλικία, η εθνική ταυτότητα και η κατάσταση υγείας του ασθενούς (Παρισσόπουλος, 2007).

5. Τρόπος μέτρησης της ποιότητας

Τα υπάρχοντα μέσα για το σκοπό αυτό είναι οι απαντήσεις από ερευνητικές κλινικές αναζητήσεις και ειδικότερες στατιστικές μετρήσεις. Οι παράμετροι, που ευρέως χρησιμοποιούνται από την τεκμηριωμένη ιατρική, είναι δύο:

- η Απόλυτη Ελάττωση του Κινδύνου (Absolute Risk Reduction, ARR)
- η Σχετική Ελάττωση του Κινδύνου (Relative Risk Reduction, RRR).

Αυτές οι δύο παράμετροι αφορούν στη διάγνωση κυρίως των λαθών, σε οποιοδήποτε επίπεδο της εργασίας, ώστε να μπορούν να διορθωθούν (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Μία άλλη έννοια που υπεισέρχεται, είναι η διαχείριση κινδύνου (Risk Management). Αυτή ουσιαστικά προκύπτει από την ανάλυση της σχέσης κινδύνου/οφέλους για κάθε ασθενή, αλλά και τη λήψη μέτρων πρόληψης ή διόρθωσης πιθανών βλαβών, που προέρχονται από λάθη. Στις πλέον ανεπτυγμένες χώρες η διαχείριση κινδύνου αποτελεί στην Ιατρική ένα συνεχώς επεκτεινόμενο τομέα, σε ένα περιβάλλον αυξημένης λογοδοσίας και συρρίκνωσης των πόρων. Πλέον, κάθε γιατρός που εκτελεί την οποιαδήποτε ιατρική πράξη -πολύ περισσότερο αν εκτελεί ιατρική παρέμβαση- να οφείλει να σταθμίζει το κόστος και τον κίνδυνο της βλάβης του ασθενούς από πιθανό λάθος, με το όφελος, που έχει η ιατρική του πράξη και να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά, ώστε στη συνέχεια να λαμβάνει και την απαιτούμενη συγκατάθεσή του για τους χειρισμούς που απαιτούνται. Άρα, πρέπει να επιτυγχάνεται μέσω αυτής της διαδικασίας:

- η κατανόηση εκ μέρους του ασθενούς των κριτηρίων, των ενδείξεων και των λόγων, που πρέπει να δεχθεί την ιατρική παρέμβαση ή πράξη

- η συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία λήψης της απόφασης σχετικά με τη βέλτιστη αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος (συμπτώματος, νόσου) και με τον αναλογικά μικρότερο κίνδυνο (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Η επακριβής συνεννόηση του γιατρού με τον ασθενή του δεν είναι εύκολη, αλλά κάποια βασική συνεννόηση είναι εφικτή και εφαρμόσιμη. Αυτή βέβαια είναι εξαρτώμενη και καθοριζόμενη από πολλούς παράγοντες, αλλά κατά κύριο λόγο εξαρτάται από την ικανότητα

του γιατρού να κατανοεί το επίπεδο αντίληψης του ασθενούς, τις ανάγκες και τις δυνατότητές του. Η τεκμηριωμένη ιατρική (ως αποτέλεσμα λογικής απόφασης και εφαρμογής των σύγχρονων γνώσεων και πληροφοριών) συνδυάζεται με τις αρχές της διαχείρισης κινδύνου και παρέχει τα μέσα για την πρόληψη του κινδύνου λάθους ή βλάβης, ή ακόμα και για τον περιορισμό των πιθανών αναπότρεπτων λαθών στον ελάχιστο βαθμό, πάντα με επίκεντρο τον άνθρωπο-ασθενή (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Αρκετές πρωτοβουλίες σε εθνικό επίπεδο στις Η.Π.Α., όπως αυτή του Εθνικού Προγράμματος Βελτίωσης Ποιότητας Χειρουργικών επεμβάσεων (American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program, NSQIP), του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών, έχουν δημιουργηθεί για να συγκεντρωθούν τυποποιημένες πληροφορίες για το είδος και το ποσοστό ανεπιθύμων συμβάντων που σχετίζονται με χειρουργικές επεμβάσεις. Τέτοια συστήματα βασίζονται στη συλλογή στοιχείων με τη χρήση ενιαίων πρωτοκόλλων αναφοράς. Εδώ μπορεί να υπάρχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα, για παράδειγμα, η συλλογή πληροφοριών για συμβάντα κατά τη διάρκεια της προ-εγχειρητικής και μετεγχειρητικής φάσης της νοσηλείας (Zeeshan et al., 2014). Όταν όμως γίνονται μελέτες πάνω στη συλλογή στοιχείων, δημιουργούνται προβλήματα, όπως στη μελέτη των Zeeshan et al. (2014), στην οποία συμμετείχαν μόνο τρία νοσοκομεία που αποτελούν μέρος ενός ενιαίου ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ένας περιορισμός της μελέτης ήταν ότι τα αποτελέσματα από αυτό το σύστημα μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν περισσότερα νοσοκομεία. Επειδή πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δεν μοιράζονται δημοσίως δεδομένα για τις ανεπιθύμητα συμβάντα, είναι συχνά δύσκολο να καθοριστεί εάν τα δεδομένα για τα ανεπιθύμητα συμβάντα συλλέγονται και ερμηνεύονται κατά αρκετά παρόμοιο τρόπο, ώστε να γενικεύονται τα συμπεράσματα (Zeeshan et al., 2014).

6. Διασφάλιση ποιότητας

Η έννοια της διασφάλισης ποιότητας (quality assurance) περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Αφορά, δηλαδή, στις αναγκαίες, οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας (π.χ. ISO 9000:1994) (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Συνεπώς έχει ευρεία εφαρμογή, καλύπτοντας όλες τις διαδικασίες στη λειτουργία ενός οργανισμού και αφορά σε κάθε εμπλεκόμενο μέλος του προσωπικού. Οι έλεγχοι στο πλαίσιο

της διασφάλισης της ποιότητας είναι προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Τα προβλήματα της όλης προσπάθειας σχετίζονται με την ανεπαρκή χρηματοδότηση, τις ήδη υπάρχουσες ελλείψεις σε τεχνολογία, σε εκπαίδευση και επιμόρφωση των εργαζομένων προκειμένου να διαμορφώσουν «ήθος ποιότητας», με δυσκολία καθιέρωσης δεικτών για τη μέτρηση αποτελεσμάτων, οι οποίοι θα έχουν την έγκριση και αποδοχή όλων των ειδικών αλλά και τη συναίνεση των εργαζομένων και κυρίως των γιατρών και νοσηλευτών (Μαμουλάκης και συν., 2010).

Ιδιαίτερα για το χειρουργικό τμήμα, οι προοπτικές καθιέρωσης προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας αυξάνονται α) λόγω των ιδιαιτεροτήτων του περιβάλλοντος του χειρουργείου σε σχέση με τα άλλα τμήματα ενός νοσοκομείου και β) των ιδιαίτερων οικονομικών, κοινωνικών, τεχνολογικών και ψυχολογικών παραγόντων που επενεργούν στο τμήμα και επιβάλλουν την ποιοτική, σε κάθε διάσταση, διενέργεια των εργασιών του. Η αποτελεσματική διευθέτηση ζητημάτων που η πολύπλοκη οργανωτική δομή του χειρουργείου αναδεικνύει (όπως η επαύξηση της ποιότητας με ταυτόχρονη συγκράτηση του κόστους), απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση των προβλημάτων και διακλαδική συνεργασία ατόμων από την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη διοικητική υπηρεσία (Μαμουλάκης και συν., 2010).

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία, οι οποίες βασίζονται κυρίως στο συντελεστή της εξειδικευμένης εργασίας, οφείλουν να ενδιαφέρονται για το εργασιακό περιβάλλον, τις εργασιακές σχέσεις και την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων τους. Τα νοσοκομεία αποτελούν οργανισμούς με πολυεπίπεδη δομή και τα άτομα που εργάζονται εκεί (γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, τεχνολόγοι, τεχνικοί κ.λ.π.) διαφέρουν ως προς την εκπαίδευση και την κοινωνική και οικονομική θέση (Μαμουλάκης και συν., 2010).

Με το σχεδιασμό που γίνεται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας, παρέχεται η δυνατότητα κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, παράλληλα με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση με προκαθορισμένους στόχους. Με την καταγραφή των διαδικασιών περιορίζονται οι διακυμάνσεις, γίνονται προβλέψιμα τα αποτελέσματα και μπορούν να αναδειχθούν σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η διασφάλιση της ποιότητας για να τεθεί ο στόχος της διαρκούς βελτίωσης ποιότητας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η εισαγωγή του κλινικού ελέγχου στο Βρετανικό ΕΣΥ, το 1990, βασίστηκε περισσότερο στην πίστη ότι θα επιφέρει ποιοτική βελτίωση στο σύστημα υγείας, παρά σε επιστημονικά δεδομένα που αποδείκνυαν την αξία του. Παράλληλα, υπήρξε ασυμφωνία ως προς την

καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση, γεγονός που οδήγησε σε σημαντική σύγχυση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου και την ενσωμάτωσή του στην κλινική πράξη (Παρισσόπουλος, 2007).

Ο κλινικός έλεγχος έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στην εφαρμογή των κλινικών οδηγιών. Συχνά, τα κριτήρια του ελέγχου ποιότητας ορίζονται από τις συστάσεις που προκύπτουν από τις κλινικές οδηγίες. Έτσι, το κλινικό προσωπικό είναι σε θέση να γνωρίζει εάν οι συστάσεις των κλινικών οδηγιών εφαρμόζονται. Επίσης, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι με τον κλινικό έλεγχο δίνεται ίση βαρύτητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας, η συνεργασία και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κλινικής ομάδας βελτιώνονται αισθητά, ενώ παράλληλα βελτιώνεται και το επίπεδο ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Ο κλινικός έλεγχος που συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση και πλάνο δράσης συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας, ενώ αντίθετα η έλλειψη κατανόησης του στόχου του κλινικού ελέγχου μπορεί να προκαλέσει φόβο και δυσπιστία (Παρισσόπουλος, 2007).

Χρειάζονται όμως πολλές έρευνες, για διαφορετικά είδη χειρουργικών επεμβάσεων, γιατί η κάθε επέμβαση έχει πολλές ιδιαιτερότητες. Ως παράδειγμα, μπορεί να σημειωθεί μια μελέτη των Al-Sahaf M. και Lim E. (2015), οι οποίοι αναφέρουν ότι, για τη χειρουργική επέμβαση στον καρκίνο του πνεύμονα, η αύξηση του αριθμού των επεμβάσεων στο νοσοκομείο σχετίζεται με καλύτερη επιβίωση, αν και η κατηγοριοποίηση του αριθμού των επεμβάσεων είναι αυθαίρετη διαδικασία. Όταν ελέγχονται τα δεδομένα από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, ο συσχετισμός ισχύει για όλο και μεγαλύτερους αριθμούς, έως και 150 εκτομές ανά έτος και περισσότερες. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε καλύτερες υποδομές, καλύτερη στελέχωση των μονάδων, περισσότερους πόρους και ευρύτερες, εξειδικευμένες υπηρεσίες που βασίζονται στην τεχνολογία, σε μεγάλα νοσοκομεία. Για τον αριθμό των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται από μεμονωμένο χειρουργό, οι αναφορές δεν είναι συνεπείς. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι ο χειρουργός με υπο-ειδικότητα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Τα αποτελέσματα των θωρακοχειρουργών και καρδιοχειρουργών, έχει αναφερθεί ότι είναι καλύτερα από ό,τι αυτά των γενικών χειρουργών για τη χειρουργική εκτομή του πνεύμονα, και οι επιδράσεις της κατάρτισης στην ειδικότητα συσχετίστηκε επίσης με την αύξηση του αριθμού των ασθενών που υποβάλλονται σε εκτομή του πνεύμονα. Οι Al-Sahaf M. και Lim E. (2015) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα τρέχοντα στοιχεία υποστηρίζει σθεναρά τη συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση του του αριθμού των επεμβάσεων στο νοσοκομείο, με τη χαμηλότερη θνησιμότητα και τη βελτίωση της μακροπρόθεσμης επιβίωσης μετά από εκτομή του πνεύμονα. Ενώ τα στοιχεία που παρουσιάζονται υποστηρίζουν τη συγκέντρωση των χειρουργικών επεμβάσεων για καρκίνο του πνεύμονα σε νοσοκομεία

υψηλού αριθμού επεμβάσεων, η επιλογή από τον ίδιο τον ασθενή και το κατώφλι της βελτίωσης της ποιότητας που απαιτείται για να ξεπεραστεί ο παράγοντας του ταξιδιού του (προς μεγαλύτερο νοσοκομείο) και το κλείσιμο των τοπικών υπηρεσιών (μικρότερων νοσοκομείων), πρέπει να ληφθούν υπόψη (Al-Sahaf & Lim, 2015).

Οι Parand et al. (2014) προωθούν την άποψη ότι τα νοσοκομεία, καλό είναι να έχουν μια διοικητική επιτροπή ποιότητας, με ένα συγκεκριμένο θέμα για την ποιότητα σε κάθε συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου, μια έκθεση μέτρησης των επιδόσεων ποιότητας και πίνακες με εθνικά σημεία αναφοράς για την ποιότητα και την ασφάλεια, μαζί με τυποποιημένα μέτρα ποιότητας και ασφάλειας. Οι συνέπειες για τα ανώτερα στελέχη είναι να φροντίσουν για μια καλή υποδομή για την αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικού και διευθυντή σχετικά με τις στρατηγικές ποιότητας και για τη σύνδεση της οικονομικής επιβράβευσης και της αξιολόγησης των επιδόσεων με την επίτευξη της ποιότητας και ασφάλειας. Για τα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας, οι διευθυντές θα πρέπει να έχουν υπόψη τη συνέπειά τους ως προς την αποστολή του νοσοκομείου, να είναι προσηλωμένοι, να παρέχουν πόρους, εκπαίδευση και να λογοδοτούν για τις ενέργειές τους (Parand et al., 2014).

6.1 Η μετάβαση από την ποιοτική διασφάλιση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση

Η κριτική για τη στατική φύση της ποιοτικής διασφάλισης, είχε ως αποτέλεσμα τη μετάβαση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση. Αυτό απαιτεί συνεχώς επιπλέον βελτιώσεις σε μία διαδικασία, που θα οδηγήσει σε ένα τέλειο προϊόν. Η βελτίωση πρέπει να είναι συνεχής (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Ο όρος «διαρκής βελτίωση ποιότητας» (quality improvement) αναφέρεται στη διαδικασία μείωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη συνολική απόδοση. Αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα και κλειδί αποτελεί η επισήμανση της απόκλισης και η διορθωτική ενέργεια. Οι δράσεις περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή ως επίκεντρο κάθε βελτίωσης (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, εκτίμηση των κριτηρίων και μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης. Όταν τα αποτελέσματα είναι επιθυμητά, δηλαδή πληρούν τα τεθέντα κριτήρια, τότε τα αποτελέσματα εξασφαλίζονται και διατηρούνται. Αυτό σημαίνει διασφάλιση ποιότητας (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Στην περίπτωση, που τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, τότε γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται βελτίωση ποιότητας. Επειδή η εκτίμηση της

ποιότητας είναι μία συνεχής διεργασία και η βελτίωση της κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι συνεχής. Έτσι προέκυψε ο όρος «Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας» (Πέππας & Κοράκη, 2013).

6.2 Ποιότητα και Τεκμηριωμένη Ιατρική

Η υποχρέωση των γιατρών να ενημερώνουν για τον οποιοδήποτε κίνδυνο (αποδεκτό και ουσιαστικό ή αναπότρεπτο και δυνάμει υπαρκτό σε διάφορους βαθμούς σοβαρότητας) τον ασθενή, που ενέχεται σε οποιοδήποτε στάδιο της διερεύνησης, διάγνωσης ή θεραπείας, αποτελεί καθήκον κατεξοχήν των κλινικών ιατρών και λιγότερο των εμπλεκόμενων εργαστηριακών ιατρών. Οι εργαστηριακοί φέρουν περισσότερο την ευθύνη για την ταχύτητα, ασφάλεια και εγκυρότητα τόσο των διαγνωστικών αποτελεσμάτων, όσο και της παντός είδους ενημέρωσης προς τους αρμόδιους κλινικούς ιατρούς της πληροφορίας, που αφορά τον ασθενή (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Ανάμεσα στα καθήκοντα των χειρουργών συγκαταλέγεται και υποχρέωσή τους να συμμετέχουν στην έγκαιρη, έγκυρη διάγνωση της πάθησης, στη σχηματοποίηση της κλινικοεργαστηριακής διερεύνησης, στο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης και στην παρακολούθηση του ασθενούς (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Τα κύρια σημεία παραγωγής λαθών οφείλονται σε:

- ανυπαρξία προτύπων οδηγιών λειτουργίας (Standard Operating Procedures, SOPs) και ποιοτικού ελέγχου διαδικασιών-αποτελέσματος,
- έλλειψη «μετρησιμότητας» (measurability, ήτοι αποδεκτών ποιοτικών προτύπων, ακριβών και συχνών στατιστικών, ποιοτικής διασφάλισης), άρα και έλλειψη αρχειοθέτησης και ιχνηλάτησης δεδομένων λειτουργίας,
- έλλειψη «προβλεψιμότητας» (predictability, ήτοι εφαρμογής δικλίδων ασφαλείας, ποιοτικών συστημάτων, παρακολούθησης επάρκειας, επαναληψιμότητας) και κατά συνέπεια ανεπάρκεια ορθολογικής λειτουργικότητας και λογοδοσίας,
- έλλειψη «προληψιμότητας» (preventability, δηλαδή τήρησης οδηγιών, τήρησης ποιοτικού ελέγχου διαδικασιών, επικοινωνίας, συνεχούς ελέγχου άσκησης, εκπαίδευσης) και συνεπώς έλλειμμα διαχειριστικής-διοικητικής διορατικότητας και ικανότητας, που προάγει τη συμμετοχή όλων με υπευθυνότητα (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Από τις πιο πάνω ελλείψεις, που συνιστούν υποδείγματα τόσο κακής διαχείρισης κινδύνου, όσο και κακής διαχείρισης-διοίκησης, η ανυπαρξία προτύπων οδηγιών λειτουργίας (Standard Operating Procedures, SOPs) και η έλλειψη ποιοτικού ελέγχου (εσωτερικού και

εξωτερικού), είναι κρίσιμες δυσλειτουργίες. Αυτές πρέπει να καταλογιστούν και να επιφέρουν ουσιαστικές αλλαγές στη διεύθυνση του τμήματος ή της κλινικής, αν η προσπάθεια διόρθωσης από τους θεσμικούς φορείς παραμένει ανεπιτυχής (φτάνουν μέχρι και στην πιθανή αναστολή των εργασιών της κλινικής, όπως γίνεται στις ΗΠΑ). Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει θεσμικό πλαίσιο υποχρεωτικών προτύπων κανόνων ποιοτικής λειτουργίας, ούτε και η αξιολόγηση της απόδοσης των κλινικών. Είναι γενικά αποδεκτό ότι «ατυχήματα απλά συμβαίνουν» και πέρα από τη μοιρολατρική αποδοχή, τίποτε καινοτόμο δεν γίνεται. Γι αυτό και είναι επιτακτική η εφαρμογή της ποιοτικής διασφάλισης, για να κατοχυρωθεί τουλάχιστον η ποιοτική λειτουργία και η πρόληψη των λαθών (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Η ενδεδειγμένη ανάλυση τόσο της συχνότητας, όσο και της ποιότητας (βαθμού) των λαθών, αποτελεί ίσως τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισής τους, υπό την προϋπόθεση της ταχύτερης διάγνωσής τους, της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισής τους και της εκπαίδευσης/ενημέρωσης του προσωπικού για την αποφυγή της επανάληψής τους στο μέλλον (Πέππας & Κοράκη, 2013).

6.3 Μέτρηση μετεγχειρητικών επιπτώσεων (πόνος, HRQOL)

Ένας ακόμη τρόπος για να μετρηθεί η ποιότητα υπηρεσιών χειρουργικής κλινικής, είναι να γίνουν γνωστά περισσότερα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις του πόνου στο νοσηλευόμενο χειρουργικό ασθενή, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ένα σύστημα παρακολούθησης των μετεγχειρητικών επιπλοκών θα παρέχει πολύτιμη ανατροφοδότηση για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών.

Στην πιλοτική έρευνα των Vandenberg et al. (2006) περιγράφηκε ο μετεγχειρητικός πόνος, η κατανάλωση φαρμάκων, η χρήση υπηρεσιών υγείας και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health-related quality of life, HRQOL), αμέσως και τέσσερις εβδομάδες μετά από το χειρουργείο, η διασύνδεση των κλινικών πληροφοριών με αυτές που συγκεντρώθηκαν διαδικτυακά από την παρακολούθηση των ασθενών (web-based follow-up data), καθώς και η διερεύνηση της πρόθεσης των ασθενών να συμπληρώσουν on line ερωτηματολόγια για την κατάσταση της υγείας τους (Vandenberg et al., 2006).

Προσεγγίστηκαν για να συμμετάσχουν στην έρευνα 102 διαδοχικοί νοσηλευόμενοι χειρουργικοί ασθενείς. Περιεγχειρητικές πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από τη βάση κλινικών δεδομένων της υπηρεσίας διαχείρισης του οξέος πόνου (the acute pain management service clinical database) και συσχετίστηκαν με τις πληροφορίες από την παρακολούθηση των

ασθενών 4 εβδομάδες μετά. 88 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια για την παρακολούθηση (follow up). Με επιτυχία συσχετίστηκαν τα κλινικά δεδομένα με τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν on line από την παρακολούθηση των ασθενών. Η μέση ένταση του πόνου (3.7) τέσσερις εβδομάδες μετά το εξιτήριο ήταν ελάχιστα χαμηλότερη από το active pain score (3.9) που καταγράφηκε στα δεδομένα της υπηρεσίας διαχείρισης του οξέος πόνου. Στις 4 εβδομάδες, και οι 88 συμμετέχοντες ανέφεραν σημαντικά επιβαρημένη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL), 39 λάμβαναν ακόμη αναλγητικά και 15 είχαν επισκεφθεί το τμήμα των επειγόντων. Δύο τρίτα των συμμετεχόντων είχαν στο σπίτι τους πρόσβαση στο δίκτυο και περίπου ένα δεύτερο ήταν πρόθυμο να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια on line (Vandenkerkhof et al., 2006).

Η μελέτη δείχνει ότι είναι εφικτή η διασύνδεση κλινικών και ερευνητικών δεδομένων και αναδεικνύει την ύπαρξη αξιοσημείωτου πόνου και σημαντικής επιβάρυνσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στις εβδομάδες μετά το εξιτήριο. Αυτή η προσέγγιση, κατά την οποία γίνεται προσπάθεια μετατροπής των κλινικών δεδομένων σε αξιοποιήσιμη πληροφορία σχετικά με τα αποτελέσματα των χειρουργικών επεμβάσεων, είναι πολύτιμη για την ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης του τρέχοντος κινδύνου και των αποτελεσμάτων μετεγχειρητικά (Vandenkerkhof et al., 2006).

7. Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι στρατηγικοί στόχοι για τα συστήματα υγείας, στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας, είναι:

- Αποτελεσματικότητα (effectiveness), αποδοτικότητα (efficiency) και τεχνική ικανότητα (technical competence). Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες και ορθές διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων. Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαιρεθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

- Ασφάλεια (safety). Όσον αφορά στις απαιτήσεις ασφάλειας, εκτός από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική βλάβη των ατόμων και τις δικαστικές αντιδικίες, η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

- Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility) και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare). Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις. Καθώς ο ασθενής έρχεται στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας, η φροντίδα που του παρέχεται θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες, στις προτιμήσεις, στις ανάγκες και στις αξίες του.

- Συνέχεια της φροντίδας (continuity). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, η συνέχεια των υπηρεσιών αφορά στη μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο επόμενο, ανεξάρτητα από το χρόνο ή τον τόπο.

- Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations). Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων. Μέσα από μια καλή ομάδα μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα. Τέλος, δεν μπορεί να παραλειφθεί ότι πάντα είναι προτιμότερο να εργάζεται κάποιος ή να προσφέρονται υπηρεσίες σε ένα αισθητικά αποδεκτό περιβάλλον. Όπου υπάρχει φροντίδα για την άνεση και την ευεξία των ανθρώπων, εκεί υπάρχει ποιότητα (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η υψηλής ποιότητας περίθαλψη στον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα σε μια νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού από το προσωπικό - ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό.

- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την καλύτερη και περισσότερο αξιόπιστη παροχή φροντίδας υγείας.

- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς είτε αυτές αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη, είτε στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, είτε στις χειρουργικές επεμβάσεις.

- Ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη υγεία, φροντίδα υγείας και περίθαλψης.

- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή μέσα από την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, αγωγής και προαγωγής υγείας (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Το πώς μπορούν να μελετηθούν καλύτερα οι παρεμβάσεις βελτίωσης, παραμένει υπό αμφισβήτηση. Όπως συμβαίνει με τα περισσότερα νέα πεδία μελέτης, δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή συναίνεση για πολλούς από τους βασικούς όρους, τις έννοιες και τις τεχνικές. Σε ένα ραγδαία εξελισσόμενο τομέα, με το έργο του σχεδιασμού, τον έλεγχο, της εφαρμογής και της αξιολόγησης των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς και με την παραγωγή γενικευμένης γνώσης με αυξανόμενη πολυπλοκότητα, είναι χρήσιμο να χαρακτηριστούν τα

είδη των σχεδίων μελέτης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μελέτη των παρεμβάσεων βελτίωσης (Portela et al., 2015).

Αυτά τα τμήματα βιβλιογραφίας καθιστούν σαφές ότι η μελέτη των βελτιωτικών παρεμβάσεων είναι σήμερα ένας αναδυόμενος τομέας που χαρακτηρίζεται από τη συζήτηση και την ποικιλομορφία. Ένα παράδειγμα αυτού είναι η χρήση του όρου «επιστήμη βελτίωσης» που, αν και χρησιμοποιείται ευρέως, υπόκειται σε πολλαπλά νοήματα και χρήσεις. Ο όρος χρησιμοποιείται για τεχνικές, όπως οι κύκλοι «Σχεδιάσε-Υλοποίησε-Μελέτησε-Δράσε» (Plan-Do-Study-Act, PDSA) και η χρήση μεθόδων ελέγχου στατιστικών διεργασιών (statistical process control, SPC), αλλά αυτό δεν είναι το μόνο νόημά της. Η «επιστήμη της βελτίωσης» μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να αναφερθεί στις υπηρεσίες υγείας, τις κοινωνικές επιστήμες, τις μελέτες αξιολόγησης, την ψυχολογία και άλλους κλάδους (Portela et al., 2015).

Στη Γαλλία, ο νόμος του 2004 όρισε τον παραπέμποντα ιατρό ως διοργανωτή της οδού φροντίδας των ασθενών. Το 2009, ο νόμος HPST απέδωσε κεντρικό ρόλο στον περιφερειακό οργανισμό υγείας (regional health agency, ARS) για τη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας σε μια δεδομένη υγειονομική περιφέρεια στη Γαλλία. Μια «οδός φροντίδας» περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, την επιτήρηση και την κοινωνική πρόνοια. Η «οδός φροντίδας» ασχολείται με τη χρονική (αποτελεσματική και συντονισμένη διαχείριση σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας) και χωρική επεξεργασία ζητημάτων που παρέχονται στην υγειονομική περιφέρεια, στο σπίτι ή κοντά στο σπίτι του ασθενούς). Ο στόχος είναι να παρέχει σαφώς καθορισμένες πρακτικές σε σαφώς καθορισμένες εποχές και τόπους. Οι «οδοί φροντίδας» μειώνουν την κακή χρήση των πόρων για την υγεία (Baffert et al., 2015).

Πίνακας 1. Επτά βασικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Εργαλείο	Περιγραφή
Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause and-effect diagram/fishbone diagram/Ishikawa diagram)	Προσδιορίζει πολλές πιθανές αιτίες ενός προβλήματος
Φύλλο ελέγχου (check sheet)	Έντυπο συλλογής στοιχείων για τη συχνότητα ορισμένων συμβάντων
Διάγραμμα ελέγχου μιας διαδικασίας (control chart/process behavior chart)	Για την ποσοτικοποίηση και την πρόβλεψη του αποτελέσματος μιας διαδικασίας
Ιστόγραμμα (histogram)	Καταγραφή και σχηματική αποτύπωση της κατανομής των δεδομένων
Διάγραμμα Pareto (Pareto chart)	Ανάλυση δεδομένων για την ανάδειξη των πλέον

	σημαντικών συμβάντων
Διάγραμμα διασποράς (scatter diagram)	Σχηματική μέθοδος για τον καθορισμό της συσχέτισης δύο μεταβλητών
Στρωμάτωση (stratification)	Κατηγοριοποίηση των δεδομένων, ώστε να αναδειχθεί το υπόστρωμα μιας κατάστασης (εναλλακτικά χρησιμοποιείται το διάγραμμα ροής, flowchart)

8. Το κόστος της ποιότητας

Οι δαπάνες υγείας συνεχίζουν να αυξάνονται και τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν την πρόκληση να παρέχουν πιο αποτελεσματικές και προσιτές υπηρεσίες, χωρίς συμβιβασμούς στην ποιότητα. Η αποτελεσματική και υψηλής ποιότητας νοσοκομειακή περίθαλψη γενικά προσδιορίζεται από τρεις πτυχές. Κατ' αρχήν, το μέγεθος και το επίπεδο εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Δεύτερον, η οργάνωση της φροντίδας και τρίτον, ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν θεραπεία και η σοβαρότητα της νόσου τους (van Oostveen et al., 2014).

Προς το παρόν, δεν είναι ακόμη σαφή τα ατομικά, και κατά προτίμηση τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονται με τη ζήτηση υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και το κόστος τους. Σε πρόσφατες προσπάθειες περιγραφής αυτών των χαρακτηριστικών, το επίκεντρο ήταν σε ειδικές ομάδες ασθενών και σε διαφορετικά πρότυπα αναφοράς που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των χαρακτηριστικών, με αποτέλεσμα να παραχθούν αντιφατικά αποτελέσματα (van Oostveen et al., 2014).

Είναι κατανοητό ότι για την αρχική εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, συνεχιζόμενης βελτίωσης και περιοδικών ελέγχων προστίθεται κόστος στη λειτουργία του οργανισμού. Βέβαια, η αύξηση του κόστους δεν συνεπάγεται αυτόματα και βελτίωση της ποιότητας, ούτε όμως η ποιότητα ισοδυναμεί με πρόσθετο κόστος για τον οργανισμό, τουλάχιστον όχι μακροπρόθεσμα. Εξ άλλου, ένα βασικό αίτημα της διοίκησης ποιότητας είναι η αποδοτικότητα (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Το κόστος της ποιότητας εστιάζεται σε τρία σημεία: Το κόστος της πρόληψης, της αποτίμησης και της αποτυχίας (εσωτερικής και εξωτερικής). Οι πόροι που χρειάζονται για την εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες μεθοδολογίες, για την εφαρμογή ελέγχων και μετρήσεων των αποτελεσμάτων και για την οργάνωση ενός συστήματος καταγραφής των διαδικασιών αυξάνουν αρχικά το κόστος, ενώ η αναζήτηση λύσεων απαιτεί χρόνο, χρήμα και πρόσθετη εργασία. Εφ' όσον ενσωματωθούν οι καλές πρακτικές και εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή των διαδικασιών, έχοντας όλοι συνειδητοποιήσει τι απαιτείται για τη βελτίωση

της ποιότητας, τότε αυτοματοποιούνται οι δράσεις και ελαχιστοποιείται το κόστος της προετοιμασίας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Παράλληλα, με τη διοίκηση ποιότητας μειώνεται το κόστος της αποτυχίας. Η εσωτερική αποτυχία, δηλαδή το κόστος της σπατάλης, των καθυστερήσεων και των άσκοπων επαναλήψεων, εξαλείφεται μέσα από τη σοφή διαχείριση και την αποτελεσματική ροή διαδικασιών.²⁰ Επίσης, καθώς μειώνονται τα σφάλματα ή τουλάχιστον ελέγχονται οι καταστροφικές τους συνέπειες για τους ασθενείς, απαλλάσσεται ο οργανισμός από το εξωτερικό κόστος, που είναι το πλέον σοβαρό και αφορά σε περιπτώσεις κακής πρακτικής (malpractice) που καταλήγουν στην απώλεια της αξιοπιστίας του οργανισμού. Στη φάση που πλέον έχουν συντονιστεί αρμονικά οι διαδικασίες, το κόστος μειώνεται όσο αυξάνει η ποιότητα και επανατροφοδοτείται ο κύκλος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Οι τρόποι μέτρησης των αποτελεσμάτων (εκβάσεων) που αναφέρονται από ασθενείς (patient-reported outcome measures, PROMs), είναι εργαλεία που συλλαμβάνουν την εκτίμηση του ασθενούς για την υγεία του.¹ Συγκρίνοντας αυτούς τους τρόπους μέτρησης της υγείας μέσα στο χρόνο -για παράδειγμα, πριν και μετά τη θεραπεία- μπορούν να εντοπιστούν αλλαγές στην υγεία και να χρησιμοποιηθούν για την καλύτερη κατανόηση της επίδρασης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι PROMs χρησιμοποιούνται ήδη ευρέως για κάποιες αποφάσεις - για παράδειγμα, το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας (NICE) χρησιμοποιεί δεδομένα των PROMs για να συμβάλει στην αποκατάσταση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των τεχνολογιών υγείας. Ωστόσο, σχετικά λίγα είναι γνωστά σχετικά με την κλινική αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα πολλών υπηρεσιών που παρέχονται από το NHS (ΕΣΥ) στην Αγγλία, όσον αφορά τις επιπτώσεις τους στην υγεία, όπως αυτή περιγράφεται από τους ασθενείς (Street et al., 2014).

Ωστόσο, υπάρχουν σαφώς κίνδυνοι που συνδέονται με τη χρήση των PROMs. Πρώτον, είναι διαθέσιμα διαφορετικά εργαλεία για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από ασθενείς. Τα αποτελέσματα μπορεί να είναι ευαίσθητα στην επιλογή του εργαλείου μέτρησης και οι ασθενείς μπορεί να αποδίδουν διαφορετική βαρύτητα στις διαφορετικές διαστάσεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την κατάσταση της υγείας. Δεύτερον, οι διακυμάνσεις στην απόδοση των PROMs σε νοσοκομεία, μπορεί να αφορούν σε διαφορές στη χρήση και το κόστος των πόρων. Μια καλύτερη κατανόηση της σχέσης αλληλεξάρτησης μεταξύ κόστους και επιπτώσεων στην υγεία είναι ακόμη πιο σημαντική σε περιόδους οικονομικού περιορισμού, όταν υπάρχει μεγαλύτερη πίεση για να εξασφαλιστεί ότι οι πόροι του ΕΣΥ χρησιμοποιούνται στην πλήρη έκτασή τους. Εάν αυτή η εσωτερική αλληλεξάρτηση

δεν γίνεται κατανοητή, υπάρχει ο κίνδυνος ότι οι προσπάθειες για τη μείωση του κόστους μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στην έκβαση των ασθενών (Street et al., 2014).

9. Το ερωτηματολόγιο SERVQUAL

Η ποιότητα υπηρεσιών (service quality) είναι η μορφή και το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται σε έναν ασθενή και η αντίληψη που έχει ο ασθενής γι' αυτή την υπηρεσία. Αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως η «γενική αξιολόγηση της τελειότητας ή της ανωτερότητας μιας οντότητας, και ότι αυτή η κρίση ή αξιολόγηση είναι παρόμοια με την στάση και σχετίζεται με, αλλά δεν είναι ισοδύναμη, την ικανοποίηση μπορούμε να δούμε την ποιότητα υπηρεσιών όπως την λαμβάνουν οι πελάτες από μια συναλλαγή» (Dedeke, 2003) και στην προκειμένη περίπτωση η ποιότητα υπηρεσιών είναι αυτή που λαμβάνουν οι ασθενείς όταν νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο. Αυτή η ποιότητα υπηρεσιών έχει διάφορες διαστάσεις και βάση αυτών, αναπτύσσονται τα σχετικά μεθοδολογικά εργαλεία. Το σημαντικότερο και ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το ερωτηματολόγιο SERVQUAL. Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών που μετράει, σύμφωνα με τους Parasuraman, Zeithaml, και Berry είναι οι ακόλουθες (Parasuraman, et al., 1991, Pena et al., 2013):

Αξιοπιστία (Reliability): η δυνατότητα του νοσοκομείου να εκπληρώσει τις υποσχέσεις του και να παρέχει την υπηρεσία με ακρίβεια και σοβαρότητα σε όλους τους ασθενείς (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Ανταπόκριση (Responsiveness): η προθυμία του νοσοκομείου και του προσωπικού να βοηθήσει τους ασθενείς σε όλα τα θέματα και να παρέχει άμεσα την υπηρεσία. **Διασφάλιση (Assurance):** η γνώση και η τεχνική εξειδίκευση του προσωπικού και οι δυνατότητές του να μεταβιβάσουν και να προβάλλουν εμπιστοσύνη, αξιοπιστία και ασφάλεια στους ασθενείς. **Ενσυναίσθημα (Empathy):** η παροχή της υπηρεσίας με φροντίδα, κατανόηση και εξατομικευμένη προσοχή σε όλους τους ασθενείς (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Απτά χαρακτηριστικά (Tangibles): η εμφάνιση των εγκαταστάσεων, η αξιοπιστία και η καλή κατάσταση του εξοπλισμού όλων των υπηρεσιών, η εμφάνιση, παρουσία και καθαριότητα του προσωπικού, οι συνθήκες και η λειτουργικότητα της επικοινωνίας και των υλικών της τεχνολογίας (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Η ξενοδοχειακή υποδομή του Donabedian αντιστοιχίζεται με την ποιότητα υπηρεσιών των Parasuraman, Zeithaml, και Berry. Το διαπροσωπικό μέρος έχει να κάνει με την ενσυναίσθηση και με την ανταπόκριση, ενώ το τεχνικό μέρος μπορεί να αντιστοιχισθεί με την

αξιοπιστία και τη διασφάλιση που μετράει το SERVQUAL (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Στην Νέα Ζηλανδία, οι ασθενείς θεωρούν ότι οι παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψή τους για την ποιότητα υπηρεσιών στην φροντίδα υγείας είναι η αξιοπιστία, τα απτά χαρακτηριστικά, η διασφάλιση, την ενσυναίσθηση, το φαγητό, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η είσοδος στο και έξοδος (εισιτήρια και εξιτήρια) από το νοσηλευτικό ίδρυμα και η ανταπόκριση του υγειονομικού προσωπικού. Οι παραπάνω παράγοντες αντιστοιχούν σε αυτούς που αναφέρονται στο μεθοδολογικό εργαλείο SERVQUAL και υπό μια διευρυμένη έννοια καταγράφονται και από τον Donabedian (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

9.1 Το δείγμα και η συλλογή δεδομένων στις μελέτες ποιότητας

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται σε μια μελέτη μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο καθορισμός του αριθμού του δείγματος των ασθενών θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικός της συνολικής ομάδας ασθενών που μελετάται. Η συλλογή δεδομένων μπορεί να είναι αναδρομική ή συγχρονική. Οι Trybou et al. (2015) υποστηρίζουν πως, βάσει της θεωρίας κοινωνικής ανταλλαγής, οι μελέτες μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο ασκούν την κλινική άσκηση οι υποκείμενοι στη μελέτη επαγγελματίες της υγείας και τη σχέση τους με τον οργανισμό στον οποίο δουλεύουν και το ίδιο ενδέχεται να συμβεί μεταξύ ασθενών οργανισμού και γιατρών, εάν βέβαια γνωρίζουν ότι παρατηρούνται. Αυτό είναι γνωστό ως επίδραση Hawthorne. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων σχεδιάζεται σε σχέση με τους στόχους και τους σκοπούς του συγκεκριμένου κλινικού ελέγχου. Συνιστάται η πιλοτική χρήση του εργαλείου αρχικά σε ένα μικρό δείγμα δεδομένων, οπότε εντοπίζονται ελλείψεις και ασάφειες (Παρισσόπουλος, 2007).

10. Μεθοδολογία

Δείγμα της μελέτης

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο νομό Λάρισας, σε ιδιωτική πολυκλινική της πόλης. Πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου κατά το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος- Μάρτιος 2015. Στην έρευνα συμμετείχε το σύνολο των ασθενών της χειρουργικής κλινικής κατά το παραπάνω δίμηνο. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και το ποσοστό ανταπόκρισης έφθασε το 95%. Το τελικό δείγμα ανέρχεται σε 100 άτομα.

Κριτήρια επιλογής του δείγματος

Οι ασθενείς για να συμμετέχουν στη μελέτη θα έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια:

1. Να έχουν νοσηλευτεί στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου
2. Να έχουν νοσηλευτεί τουλάχιστον επι 24 ώρες.
3. Να έχουν πάρει εξιτήριο σε διάστημα έως τριών ημερών
4. Να μην έχουν νόσημα που να δυσχεραίνει την κατανόηση των ερωτήσεων ή γενικά τη γραπτή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου
5. Να μην έχουν κάποια χρόνια αναπηρία, που να απαιτεί ειδικές συνθήκες φροντίδας
6. Να επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα
7. Να μιλούν και να γράφουν άρτια ελληνικά

Εργαλεία

Για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών της Χειρουργικής Κλινικής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SERVQUAL, τροποποιημένο ώστε να αξιολογεί τις νοσοκομειακές υποδομές και το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Youssef, Nel, & Bovaird, 1995). Αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Εντοπίζει τους τομείς που παρουσιάζουν ελλείψεις, καθώς και τις υπηρεσίες εκείνες οι οποίες εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης του πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Βασίζεται στο μοντέλο των Parasuraman et al. (1985) οι οποίοι αρχικά προσδιόρισαν δέκα χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούν οι καταναλωτές για να αξιολογήσουν την ποιότητα υπηρεσιών. Αργότερα οι Parasuraman et al. (1988) αφού διαπίστωσαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δέκα αρχικών χαρακτηριστικών τα μείωσαν σε πέντε συγκεκριμένα, τα οποία αποτέλεσαν τη βάση για το όργανο servqual: Αξιοπιστία – Ανταπόκριση - Ενσυναίσθηση - Ασφάλεια - Απτότητα (χειροπιαστά υλικά).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις και αξιολογεί τις ακόλουθες πέντε διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών: 1) υλικοτεχνική υποδομή, 2) ανταπόκριση, 3) εγγύηση, 4) κατανόηση και 5) αξιοπιστία. Οι διαστάσεις υλικοτεχνική υποδομή, ανταπόκριση και εγγύηση αποτελούνται από 4 ερωτήσεις ενώ οι διαστάσεις κατανόηση και αξιοπιστία από 5 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε επταβάθμια κλίμακα Likert (1= Διαφωνώ απόλυτα και 7= Συμφωνώ απόλυτα). Στην τροποποιημένη εκδοχή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε, οι απαντήσεις των ασθενών αφορούσαν στην αντίληψή τους για τις υπηρεσίες της Χειρουργικής κλινικής και όχι για τις προσδοκίες τους (για το πώς θα ήθελαν

να ήταν οι υπηρεσίες στην κλινική). Οι απαντήσεις τους αποτυπώνουν την εμπειρία τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Στο ερωτηματολόγιο προστέθηκαν και αρκετά δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος κατοικίας, το επάγγελμα και το είδος της ασφάλισης και διαμορφώθηκε ως εξής :

A. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν σε δημογραφικά (φύλο, ηλικία) και εργασιακά/ εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά.

B. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 25 κλειστού τύπου ερωτήσεις διαβαθμισμένες σε κλίμακα 7- βαθμη Likert (οι 22 και 3 σε 5βαθμη κλίμακα) και αναφέρεται σε 5 διαστάσεις της ικανοποίησης, καθώς και στην πρόθεση σύστασης της κλινικής σε τρίτους.

Γ. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας και την τυχόν βοήθεια από συγγενικά πρόσωπα

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Προηγήθηκε ενημέρωση της προϊσταμένης της κλινικής και των υπεύθυνων του νοσοκομείου και ζητήθηκε άδεια από τον διευθυντή της και την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου. Ακολούθησε παράδοση των ερωτηματολογίων από τον ίδιο τον ερευνητή στους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία του ερευνητή και επεστράφησαν άμεσα.

Υποθέσεις της έρευνας

1^η Υπόθεση:

Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή

2^η Υπόθεση:

Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου αναφορικά με την αντίληψή τους για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών

3^η Υπόθεση:

Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικής ηλικιακής ομάδας αναφορικά της αντίληψής τους για ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών

4^η Υπόθεση:

Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης αναφορικά με την αντίληψή τους για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών

5^η Υπόθεση:

Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων που νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά σε νοσοκομείο και εκείνων που είχαν προηγούμενες νοσηλείες αναφορικά με την αντίληψή τους για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών

Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική ανάλυση. Έγινε έλεγχος κανονικότητας με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk και λόγω μη κανονικής κατανομής εφαρμόστηκαν οι μη παραμετρικές μέθοδοι Mann-Whitney–U test και Kruskal –Wallis (για δύο ή περισσότερα δείγματα αντίστοιχα) με post hoc ανάλυση με τη δοκιμασία Holm's. Όλες οι δοκιμασίες ήταν αμφίπλευρες. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0, το excel 2013 και το λογισμικό γραφικών Sigma Plot 12.5.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη εκπονήθηκε μετά θετικής γνωμοδότηση της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου. Προστατεύτηκαν τα δικαιώματα των συμμετεχόντων, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας καθώς και ότι είχαν την δυνατότητα να αποσύρουν τη συμμετοχή τους οποτεδήποτε το επιθυμούσαν. Η συμπλήρωση και η επιστροφή των ερωτηματολογίων είχε θέση συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα.

11.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική στατιστική

Η αναλογία ανδρών –γυναικών στο δείγμα ήταν 1:1. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $51,97 \pm 14,36$ έτη. Το 39% ήταν ανώτατης εκπαίδευσης και έγγαμοι το 72%. Παιδιά είχε το 82% και το ίδιο ποσοστό διέμενε σε πόλη.

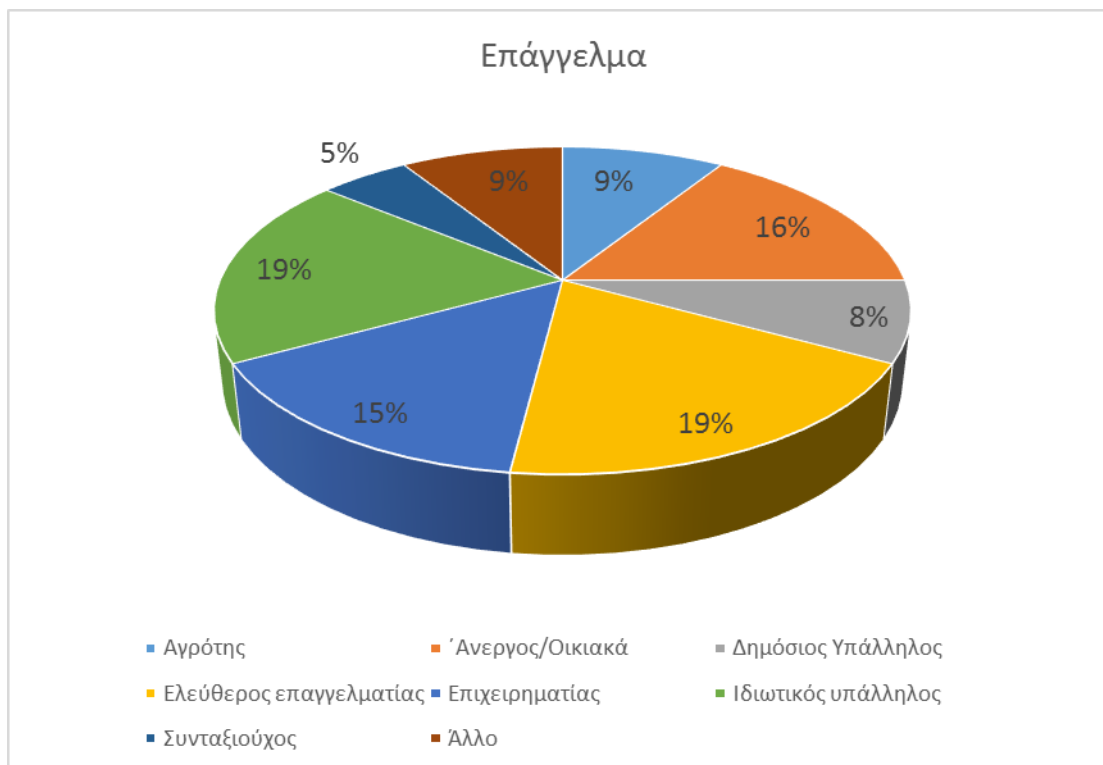
Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικά	N	%
Φύλο		
Αντρας	50	50,0
Γυναίκα	50	50,0
Σύνολο	100	100,0

Ηλικία	ΜΤ	ΤΑ
	51,97	14,36
Επίπεδο μόρφωσης		
Δημοτικό	30	30,0
Γυμνάσιο	11	11,0
Λύκειο	20	20,0
ΑΕΙ	19	19,0
ΤΕΙ	12	12,0
Μεταπτυχιακό	8	8,0
Σύνολο	100	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	28	28,0
Έγγαμος/η	72	72,0
Σύνολο	100	100,0
Έχετε παιδιά;		
Ναι	82	82,0
Όχι	18	18,0
Σύνολο	100	100,0
Τόπος κατοικίας		
Πόλη	82	82,0
Χωριό	18	18,0
Σύνολο	100	100,0

Το 71% ανήκε στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό του ιδιωτικού τομέα, ενώ το 15% ήταν συνταξιούχοι.

Γράφημα 1. Κατανομή των επαγγελμάτων στο δείγμα της μελέτης



Ανασφάλιστοι ήταν το 21%, το 20% είχε ΟΓΑ και το 3% ιδιωτική ασφάλιση.

Γράφημα 2. Το είδος ασφάλισης των συμμετεχόντων



Η ικανοποίηση κυμάνθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις του servqual. Η διάσταση «ασφάλεια» είχε κατά μέσο όρο την υψηλότερη βαθμολογία ($6,62 \pm 0,45$) και ακολουθούσε η ανταπόκριση με $6,56 \pm 0,55$. Η χαμηλότερη μέση βαθμολογία σημειώθηκε στη διάσταση «ενσυναίσθηση» ($6,43 \pm 0,62$). Η κλίμακα ήταν 7βαθμη, συνεπώς οι βαθμολογίες είναι προσεγγίζουν την άριστη επίδοση. Σε όλες τις διαστάσεις η ελάχιστη τιμή ήταν άνω του

3,5(το μέσο της επτάβαθμης κλίμακας), με εξαίρεση τη διάσταση «υλικοτεχνική υποδομή», όπου η ελάχιστη τιμή ήταν 2,5.

Πίνακας 2. Η βαθμολογία στις επιμέρους διαστάσεις του sernqual.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	MT	TA
Υλικοτεχνική υποδομή	100	2,25	7,00	6,5475	,61412
Αξιοπιστία	100	4,60	7,00	6,5320	,52279
Ανταπόκριση	100	4,25	7,00	6,5650	,55119
Ενσυναίσθηση	100	4,60	7,00	6,4380	,62584
Ασφάλεια	100	5,25	7,00	6,6225	,45850
Συνολική ικανοποίηση	100	5,09	7,00	6,5410	,48356
MT: Μέση τιμή TA: Τυπική απόκλιση					

Στους επόμενους πίνακες παρουσιάζονται οι ερωτήσεις ανά διάσταση με την υψηλότερη βαθμολογία. Η περιποιημένη εμφάνιση του προσωπικού, η παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών από την πρώτη στιγμή η προθυμία και η ευγένεια του προσωπικού και η 24ωρη διαθεσιμότητα είναι οι ερωτήσεις με την υψηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 3. Η βαθμολογία στις επιμέρους ερωτήσεις για την υλικοτεχνική υποδομή

Υλικοτεχνική υποδομή	MT	TA
Το διαθέτει σύγχρονες εγκαταστάσεις (πχ. κτίρια, εξοπλισμό, ακτινολογικό κέντρο, εργαστήρια κλπ.).	6,66	0,77
Οι φυσικές εγκαταστάσεις της κλινικής είναι οπτικά ελκυστικές (πχ. χώροι αναμονής, διάδρομοι, θάλαμοι νοσηλείας, πάρκινγκ κλπ.).	6,61	0,78
Το προσωπικό της κλινικής έχει περιποιημένη εμφάνιση (πχ. ομοιόμορφες/ καθαρές στολές κλπ.).	6,78	0,69
Το υλικό που σχετίζεται με τις υπηρεσίες της κλινικής (πχ. ενημερωτικά φυλλάδια, έντυπα νοσοκομείου κλπ.) είναι οπτικά ελκυστικό.	6,14	0,85

Πίνακας 4. Η βαθμολογία στις επιμέρους ερωτήσεις για την αξιοπιστία

Αξιοπιστία	MT	TA
Η κλινική παρέχει τις υπηρεσίες του, τη χρονική στιγμή που τις έχει υποσχεθεί (πχ.	6,49	0,77

προγραμματισμός χειρουργείων, προγραμματισμένη ώρα χορήγησης φαρμάκων, διανομής γευμάτων κλπ.).		
Όταν ένας ασθενής έχει πρόβλημα, η κλινική επιδεικνύει ειλικρινές ενδιαφέρον για την επίλυση του προβλήματος.	6,54	0,72
Η κλινική προσφέρει τις κατάλληλες υπηρεσίες από την πρώτη στιγμή.	6,65	0,52
Τα αρχεία του είναι αξιόπιστα (πχ. χωρίς λάθη).	6,38	0,84
Το προσωπικό της κλινικής ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι.	6,60	0,65

Πίνακας 5. Η βαθμολογία στις επιμέρους ερωτήσεις για την ανταπόκριση

Ανταπόκριση	MT	TA
Το προσωπικό της κλινικής ενημερώνει με ακρίβεια τους ασθενείς για το χρόνο εκτέλεσης των υπηρεσιών του (πχ. ημερομηνία χειρουργείου, αποτελέσματα εξετάσεων, πρόοδος κλπ.)	6,58	0,65
Το προσωπικό της κλινικής παρέχει άμεσα τις υπηρεσίες της στους ασθενείς (πχ. επιλύει γρήγορα τα προβλήματα, απαντά γρήγορα στις τηλεφωνικές κλήσεις κλπ.)	6,48	0,73
Το προσωπικό της κλινικής είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς (πχ. να απαντήσει σε ερωτήσεις, να δώσει συμβουλές κλπ.)	6,72	0,49
Η κλινική είναι προσιτή για τους ασθενείς (πχ. επαφή με τη διοίκηση, άμεση τηλεφωνική εξυπηρέτηση κλπ.)	6,48	0,82

Πίνακας 6. Η βαθμολογία στις επιμέρους ερωτήσεις για την ενσυναίσθηση

Ενσυναίσθηση	MT	TA
Η κλινική παρέχει εξατομικευμένη προσοχή στους ασθενείς (πχ. καταγραφή ιατρικού ιστορικού)	6,38	0,84

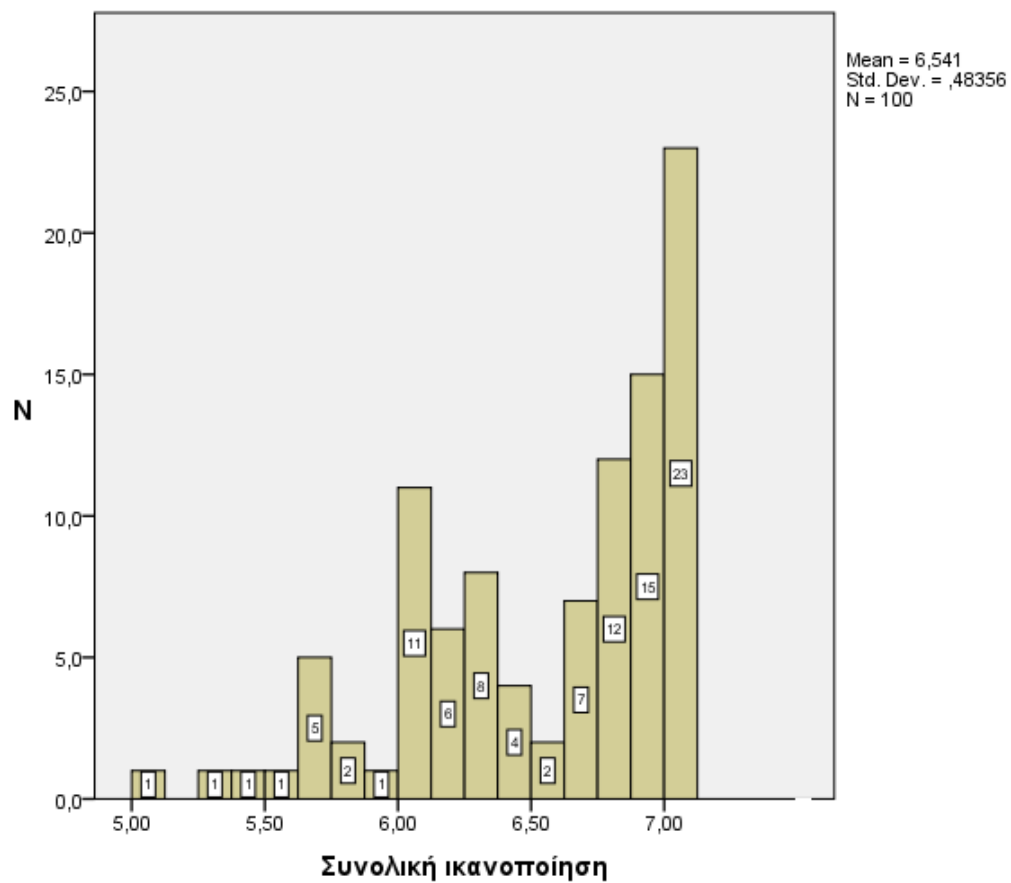
ασθενών, προσωπικές προτιμήσεις ασθενών κλπ.) Η κλινική λαμβάνει υπόψη τις ιδέες και ανάγκες των ασθενών και κρατά τους ασθενείς ενημερωμένους.	6,36	0,84
Η κλινική έχει 24ωρη διαθεσιμότητα (πχ. απογευματινά ραντεβού, 24ωρη διαθεσιμότητα για έκτακτα περιστατικά κλπ.).	6,52	0,78
Η κλινική έχει ως στόχο το βασικό συμφέρον των ασθενών	6,37	0,77
Το προσωπικό της κλινικής αντιλαμβάνεται τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών.	6,48	0,69

Πίνακας 7. Η βαθμολογία στις επιμέρους ερωτήσεις για την ασφάλεια

Ασφάλεια	ΜΤ	ΤΑ
Η συμπεριφορά του προσωπικού της κλινικής εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς	6,65	0,52
Οι ασθενείς αισθάνονται ασφαλείς με την ιατρική φροντίδα που παρέχει η κλινική	6,63	0,56
Το προσωπικό της κλινικής είναι πάντα ευγενικό με τους ασθενείς.	6,71	0,53
Το προσωπικό της κλινικής έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να απαντά σε ερωτήσεις των ασθενών.	6,50	0,62

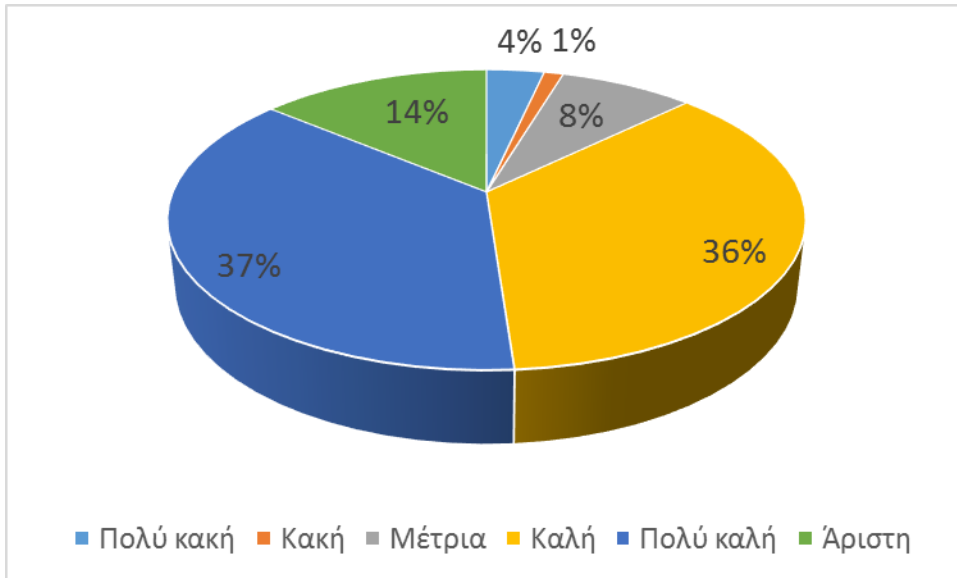
Το 88% των συμμετεχόντων έδωσε βαθμολογία άνω του 6 στη συνολική ικανοποίηση, ενώ το 23% έδωσε την άριστη βαθμολογία («7»).

Γράφημα 3. Κατανομή της συνολικής ικανοποίησης στο δείγμα.



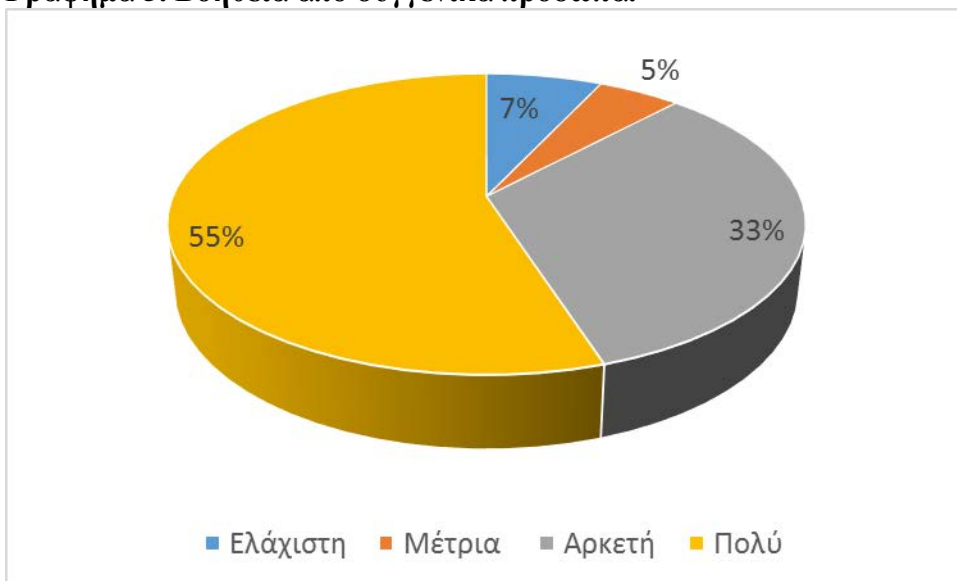
Πολύ καλή υγεία κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο ανέφερε το 37% και άριστη το 14%, ενώ πολύ κακή/κακή αθροιστικά το 5%.

Γράφημα 4. Κατάσταση υγείας



Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν σε κάποιο βαθμό βοήθεια από συγγενικά τους πρόσωπα. Το 55% αναφέρει ότι είχε πολύ βοήθεια από τα συγγενικά του πρόσωπα και το 5% ελάχιστη.

Γράφημα 5. Βοήθεια από συγγενικά πρόσωπα.



Οι ασθενείς θα ήθελαν να νοσηλευτούν στο μέλλον στην ίδια κλινική και συνέστησαν την κλινική σε φίλους και συναδέλφους, καθώς οι σχετικές ερωτήσεις συγκέντρωσαν βαθμολογία άνω του 6,5 στην 7βαθμη κλίμακα Likert.

Πίνακας 8. Η βαθμολογία στις επιμέρους ερωτήσεις για τη σύσταση σε τρίτους και νοσηλείας στο μέλλον.

Σύσταση	ΜΤ	ΤΑ
Αν χρειαστεί θα ήθελα στο μέλλον να νοσηλευτώ ξανά στην ίδια κλινική	6,60	0,68
Οπωσδήποτε θα συνιστούσα την κλινική σε φίλους και συναδέλφους	6,58	0,74
Αν χρειαστεί μελλοντικά, είμαι αποφασισμένος να νοσηλευτώ στην ίδια κλινική	6,54	0,77

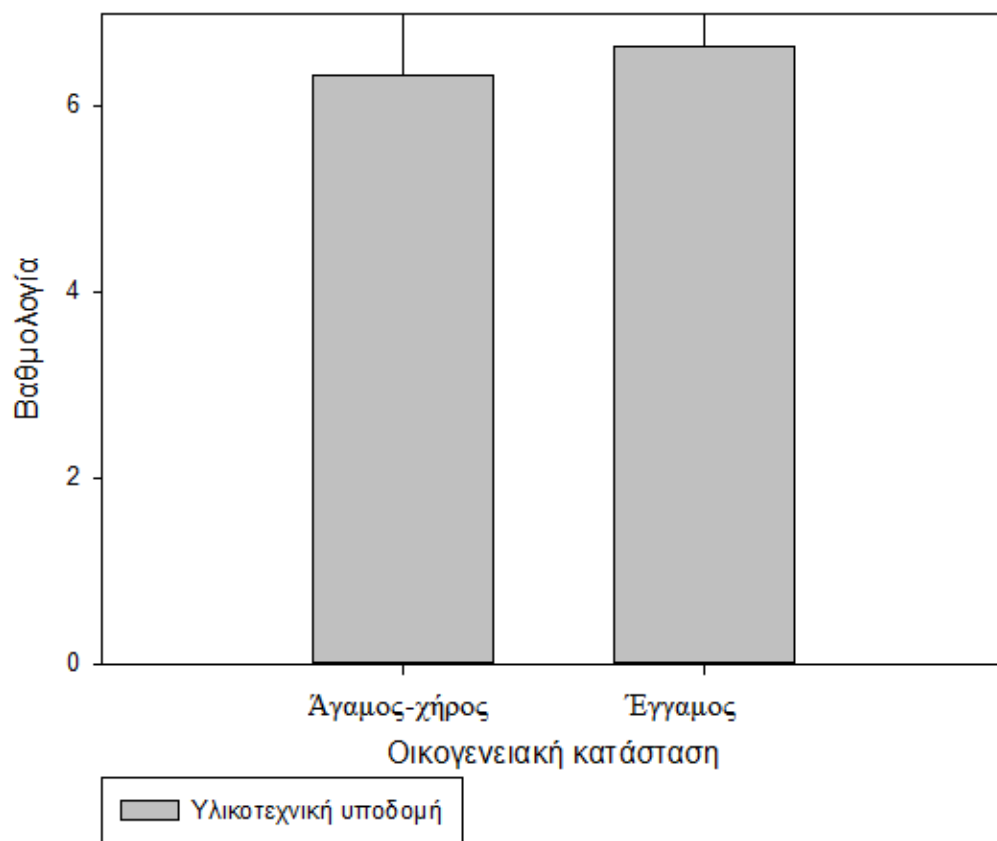
Οι έγγαμοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι με την υλικοτεχνική υποδομή και την ασφάλεια, με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά από τους άγαμους.

Πίνακας 9. Οικογενειακή κατάσταση και ικανοποίηση

	Οικογενειακή κατάσταση	N	Mean Rank	Z*	p
Υλικοτεχνική υποδομή	Άγαμος/η	28	42,64	-1,743	0,081
	Έγγαμος/η	72	53,56		
Αξιοπιστία	Άγαμος/η	28	45,38	-1,139	0,255
	Έγγαμος/η	72	52,49		
Ανταπόκριση	Άγαμος/η	28	43,34	-1,645	0,100
	Έγγαμος/η	72	53,28		
Ενσυναίσθηση	Άγαμος/η	28	47,66	-0,631	0,528
	Έγγαμος/η	72	51,60		
Ασφάλεια	Άγαμος/η	28	42,54	-1,840	0,066
	Έγγαμος/η	72	53,60		
Συνολική ικανοποίηση	Άγαμος/η	28	44,77	-1,240	0,215
	Έγγαμος/η	72	52,73		
Σύσταση	Άγαμος/η	28	49,68	-0,207	0,836
	Έγγαμος/η	72	50,82		

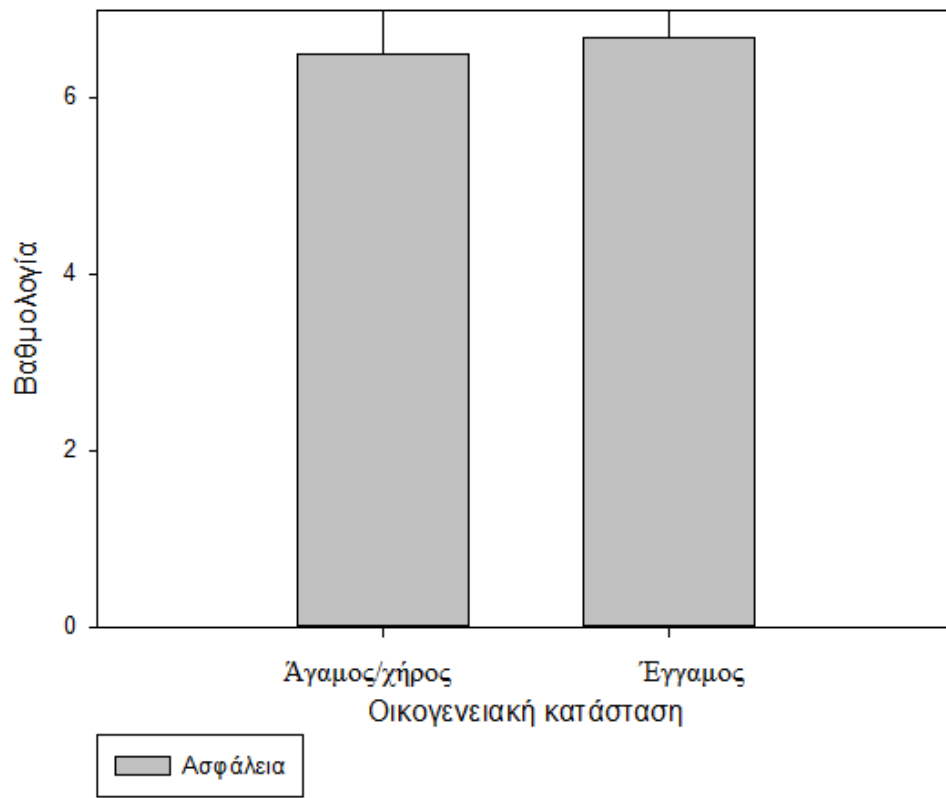
*Mann-Whitney test

Γράφημα 6. Οικογενειακή κατάσταση και υλικοτεχνική υποδομή



p=0,081

Γράφημα 7. Οικογενειακή κατάσταση και ασφάλεια



p=0,066

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο ή την προηγούμενη νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Πίνακας 10. Ηλικιακή ομάδα και ικανοποίηση

	Ηλικιακή ομάδα	N	Mean Rank	Z*	p
Υλικοτεχνική υποδομή	≤53 έτη*	51	48,46	-0,740	0,459
	>53 έτη	49	52,62		
Αξιοπιστία	≤53 έτη	51	48,68	-0,663	0,507
	>53 έτη	49	52,40		
Ανταπόκριση	≤53 έτη	51	48,11	-0,899	0,369
	>53 έτη	49	52,99		
Ενσυναίσθηση	≤53 έτη	51	51,22	-0,260	0,795
	>53 έτη	49	49,76		
Ασφάλεια	≤53 έτη	51	47,55	-1,115	0,265
	>53 έτη	49	53,57		
Συνολική ικανοποίηση	≤53 έτη	51	49,58	-0,326	0,744
	>53 έτη	49	51,46		
Σύσταση	≤53 έτη	51	50,55	-0,020	0,984
	>53 έτη	49	50,45		

*Mann-Whitney test
*Διάμεση τιμή ηλικίας

Πίνακας 11. Φύλο και ικανοποίηση

	Φύλο	N	Mean Rank	Z*	p
Υλικοτεχνική υποδομή	Άντρας	50	49,24	-0,448	0,654
	Γυναίκα	50	51,76		
Αξιοπιστία	Άντρας	50	48,67	-0,652	0,514
	Γυναίκα	50	52,33		
Ανταπόκριση	Άντρας	50	48,72	-0,656	0,512
	Γυναίκα	50	52,28		
Ενσυναίσθηση	Άντρας	50	50,04	-0,164	0,870
	Γυναίκα	50	50,96		
Ασφάλεια	Άντρας	50	49,36	-0,422	0,673
	Γυναίκα	50	51,64		
Συνολική ικανοποίηση	Άντρας	50	48,85	-0,572	0,567
	Γυναίκα	50	52,15		
Σύσταση	Άντρας	50	48,97	-0,618	0,537
	Γυναίκα	50	52,03		

*Mann-Whitney test

Πίνακας 12. Επίπεδο μόρφωσης και ικανοποίηση

	Επίπεδο μόρφωσης	N	Mean Rank	Chi-Square*	p
Υλικοτεχνική υποδομή	Δημοτικό	30	50,93	0,205	0,999
	Γυμνάσιο	11	52,68		
	Λύκειο	20	49,90		
	ΑΕΙ	19	51,32		
	ΤΕΙ	12	48,75		
	Μεταπτυχιακό	8	48,06		
Αξιοπιστία	Δημοτικό	30	49,30	1,659	0,894
	Γυμνάσιο	11	49,95		
	Λύκειο	20	54,28		
	ΑΕΙ	19	52,34		
	ΤΕΙ	12	42,33		
	Μεταπτυχιακό	8	54,19		
Ανταπόκριση	Δημοτικό	30	47,73	2,709	0,745
	Γυμνάσιο	11	53,00		
	Λύκειο	20	56,15		
	ΑΕΙ	19	48,84		
	ΤΕΙ	12	43,50		
	Μεταπτυχιακό	8	57,75		
Ενσυναίσθηση	Δημοτικό	30	55,08	4,282	0,510
	Γυμνάσιο	11	55,09		
	Λύκειο	20	52,08		
	ΑΕΙ	19	42,21		
	ΤΕΙ	12	41,75		
	Μεταπτυχιακό	8	55,88		
Ασφάλεια	Δημοτικό	30	48,35	1,149	0,950
	Γυμνάσιο	11	52,95		
	Λύκειο	20	51,50		
	ΑΕΙ	19	52,05		
	ΤΕΙ	12	45,58		
	Μεταπτυχιακό	8	56,38		
Συνολική ικανοποίηση	Δημοτικό	30	50,83	1,075	0,956
	Γυμνάσιο	11	53,86		

	Λύκειο	20	51,85		
	ΑΕΙ	19	49,18		
	ΤΕΙ	12	43,67		
	Μεταπτυχιακό	8	54,63		
Σύσταση	Δημοτικό	30	49,62	2,035	0,844
	Γυμνάσιο	11	49,27		
	Λύκειο	20	53,23		
	ΑΕΙ	19	54,16		
	ΤΕΙ	12	42,42		
	Μεταπτυχιακό	8	52,13		

*Kruskal Wallis test

** η post hoc ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 13. Προηγούμενη νοσηλεία και ικανοποίηση

	Νοσηλεία σε νοσοκομείο	N	Mean Rank	Z*	p
Υλικοτεχνική υποδομή	Ναι	49	50,62	-0,220	0,826
	Όχι	50	49,39		
Αξιοπιστία	Ναι	49	48,83	-0,417	0,677
	Όχι	50	51,15		
Ανταπόκριση	Ναι	49	50,04	-0,015	0,988
	Όχι	50	49,96		
Ενσυναίσθηση	Ναι	49	50,98	-0,348	0,728
	Όχι	50	49,04		
Ασφάλεια	Ναι	49	48,70	-0,477	0,634
	Όχι	50	51,27		
Συνολική ικανοποίηση	Ναι	49	49,80	-0,070	0,944
	Όχι	50	50,20		
Σύσταση	Ναι	49	50,57	-0,231	0,818
	Όχι	50	49,44		

*Mann-Whitney test

12.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη είχε ως σκοπό να αξιολογήσει την ικανοποίηση των ασθενών της χειρουργικής κλινικής μιας μεγάλης ιδιωτικής πολυκλινικής της πόλης της Λάρισας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών της χειρουργικής κλινικής κυμάνθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις του *servqual*. Η ασφάλεια και η ανταπόκριση αξιολογήθηκαν ως οι σημαντικότερες διαστάσεις της ικανοποίησης, ενώ αν υπάρχει μια κάποια υστέρηση, αυτή περιορίζεται στην ενσυναίσθηση και στην υλικοτεχνική υποδομή. Η εμφάνιση του προσωπικού, η παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών από την πρώτη στιγμή, η προθυμία και η ευγένεια του προσωπικού και η 24ωρη διαθεσιμότητα ήταν τα πεδία με την καλύτερη αξιολόγηση.

Οι ασθενείς της χειρουργικής κλινικής, τοποθετώντας την παράμετρο «ασφάλεια» ψηλά στην αξιολόγηση τους, δείχνουν να εμπιστεύονται απόλυτα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής. Η αντίληψη για τους ιατρούς/νοσηλεύτριες σχετικά με την εμπειρία τους και τις γνώσεις τους ήταν πολύ θετική. Η διάσταση «ασφάλεια» αξιολογείται ως εξίσου σημαντική και τοποθετείται σε πρώτη θέση, όπως και στη παρούσα έρευνα, και σε άλλες μελέτες, σε Ελλάδα και εξωτερικό. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς του νοσοκομείου Κατερίνης (έρευνα των Christoglou et al., 2006), στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο *servqual* και μέτρησε τις προσδοκίες και αντιλήψεις 75 ασθενών του νοσοκομείου, η ικανοποίηση από την ασφάλεια κατέλαβε την πρώτη θέση όπως επίσης και στην έρευνα των Chou et al.,(2005), όπου η διάσταση επίσης η διάσταση «ασφάλεια» κατείχε την πρώτη θέση. Στην πρώτη θέση κατατάσσεται η διάσταση «ασφάλεια» και στην έρευνα των Lim & Tang (2000), στην οποία βρέθηκε επιπλέον ότι οι ασθενείς είχαν μάλλον χαμηλές προσδοκίες σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρείχε το νοσοκομείο. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν τη σημασία που αποδίδουν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στην ασφάλεια που νιώθουν που κατά τη νοσηλεία τους και ότι ενδεχομένως η παράμετρος αυτή είναι και η σημαντικότερη συνιστώσα της ικανοποίησής τους.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη θετική ή μη άποψη και την ικανοποίηση των ασθενών είναι ανάμεσα σε άλλους το φύλο, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, η οικογενειακή τους κατάσταση, ο χρόνος παραμονής στην κλινική και το μορφωτικό τους επίπεδο. Με εξαίρεση ίσως την οικογενειακή κατάσταση, οι άλλες κοινωνικοδημογραφικές παράμετροι δε βρέθηκε να σχετίζονται με την ικανοποίηση. Η πολύ υψηλή βαθμολογία σε

όλες τις επιμέρους διαστάσεις ενδεχομένως δεν επέτρεψε την ανάδειξη σημαντικών επιμέρους διαφορών. Διαφορές, όχι όμως στατιστικά σημαντικές υπήρξαν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, μεταξύ ανδρών γυναικών και μεταξύ ατόμων διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερη ικανοποίηση, ενώ οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις έχουν χαμηλότερη βαθμολογία. Οι νεότεροι των 53 ετών επίσης εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση. Το μοτίβο αυτό στη διακύμανση της ικανοποίησης φαίνεται πως εμφανίζει μια καθολικότητα, ανεξάρτητα από γεωγραφική περιοχή και τον ιδιωτικό ή μη χαρακτήρα του νοσοκομείου. Διαφέρει όμως το εύρος της δυσαρέσκειας/ικανοποίησης.

Σε μελέτη στη Σαουδική Αραβία στην οποία αξιολογήθηκε η ικανοποίηση 400 νοσηλεύομενων ασθενών βρέθηκε ότι οι γυναίκες και οι έχοντες μικρότερη ακαδημαϊκή μόρφωση δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που λάμβαναν σε σχέση με τους άνδρες και εκείνους που διέθεταν ανώτερη ακαδημαϊκή μόρφωση, ενώ και στο περισσότερο ικανοποιημένοι δήλωναν όσοι ήταν χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Rahmqvist, 2001). Και στην Τουρκία, τα αποτελέσματα της έρευνας του Uzun στη Τουρκία (2001), δείχνουν ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης συγκέντρωναν χαμηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με τις άλλες βαθμίδες εκπαίδευσης και στις πέντε διαστάσεις ποιότητας.

Αν και τα δεδομένα σε σχέση με το φύλο είναι αντιφατικά, θεωρείται ότι γενικά οι γυναίκες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες. Ως εξήγηση προτείνεται το ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας και εξοικειώνονται καλύτερα με αυτές (Σωτηροπούλου και συν 2014).

Υπάρχει επίσης η άποψη ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας παραδοσιακά αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με τους νεότερους. Η ερμηνεία που δίνεται είναι ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από τους νεότερους ή ότι αποφεύγουν να αμφισβητήσουν την αυθεντία των επιστημόνων υγείας φοβούμενοι ότι εκείνοι θα δυσανασχετήσουν, με πιθανές επιπτώσεις στη φροντίδα (Quintana et al., 2006, Νικολάου 2011) .

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι οι έγγαμοι ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση, εύρημα που συναντάται και σε άλλες μελέτες. Υπάρχει πράγματι η άποψη ότι οι έγγαμοι διαθέτουν ένα περισσότερο υποστηρικτικό περιβάλλον και περισσότερη φροντίδα από τους οικείους τους, οι οποίοι πιο εύκολα μπορεί να είναι διαθέσιμοι, σε σχέση με κάποιον που μένει μόνος του ή δεν έχει συγγενείς (King & Reis 2012, Σωτηροπούλου και συν., 2014).

Το γεγονός επίσης ότι η παρούσα έρευνα διεξήχθη σε ιδιωτικό νοσοκομείο πιθανόν να ερμηνεύει και τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, αφού τα ιδιωτικά νοσοκομεία προσφέρουν γενικότερα καλύτερες ξενοδοχειακές υπηρεσίες, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία είναι εκείνα από τα οποία οι πολίτες έχουν αυξημένες προσδοκίες, όσον αφορά τις υπόλοιπες διαστάσεις ποιότητας (Camilleri & O' Callaghan, 1998). Έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, ενώ διαπιστώθηκε σαφής προτίμηση στον ιδιωτικό τομέα στον τομέα της υλικοτεχνικής υποδομής, γεγονός που πιθανόν αντανάκλα ότι τα προβλήματα των Ελλήνων ασθενών δε σχετίζονται τόσο με την επιστημονική επάρκεια, όσο με τους υλικούς πόρους και τις «ευκολίες» νοσηλείας (Πολύζος και συν., 2005, Νικολάου 2011, Σωτηροπούλου και συν., 2014). Οι διαφορές είναι έκδηλες όταν πρόκειται για αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ στην περίπτωση των ανεπτυγμένων χωρών φαίνεται ότι το ιδιοκτησιακό καθεστώς του νοσοκομείου δεν είναι από μόνος του καθοριστικός παράγοντας. Στην περίπτωση αυτή η ικανοποίηση η μη των ασθενών σχετίζεται περισσότερο με το είδος των υπηρεσιών που παρέχει το κάθε νοσοκομείο (Virginie et al., 2010, Khattak et al., 2012).

Στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί ότι αυτή πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο ιδιωτικό νοσοκομείο μιας επαρχιακής πόλης και αφορούσε σε ασθενείς που νοσηλεύονταν για βραχύ (έως 72 ώρες) διάστημα. Πιθανόν σε ασθενείς με μακρότερη διάρκεια παραμονής, τα αποτελέσματα να διαφοροποιούνταν. Μελλοντικές έρευνες σε μεγαλύτερα και αντιπροσωπευτικότερα δείγματα ασθενών-χρηστών υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαν να αναδείξουν περισσότερες διαφορές, βοηθώντας τους μάντζερς να καταλήξουν σε οριστικά συμπεράσματα και να εστιάσουν σε ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Μαμουλάκης Σ., Γκιαουράκης Γ., Μελαμπιανάκης Ι., Αγγελάκης Η., Κωνσταντάκης Κ., Γεωργαράκης Α. (2010). Ποιότητα και υποκίνηση στις υπηρεσίες υγείας. *Διοικητική Ενημέρωση*, Τεύχος 54, σελ. 108-112.

Μάρκοβιτς Γ., Μοναστηρίδου Σ. (2011). Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 4 - Τεύχος 1 σελ. 51-56.

Νικολάου, Ε., (2011). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Μεταπτυχιακή διατριβή. Παν/μιο Κρήτης Ηράκλειο

Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4):480-488.

Παρισσόπουλος Σ. (2007). Κλινικός έλεγχος ποιότητας Παραδοχές και διεργασία. *Νοσηλευτική*, 46(4):514–522.

Πέππας Χ., Κοράκη Α. (2013). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα; *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, Τόμος 9, Τεύχος 1.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., & Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3), 284-295.

Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ό., Μαρβάκη, Χ., (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 13, 160-176

Αγγλόφωνη

Al-Assaf A.F., Sheikh M. (ed.) (2004). *Quality improvement in primary health care. A practical guide*. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Series 26. Cairo.

Baffert S., Ly Hoang H., Brédart A., Asselain B., Alran S., Berseneff H., Huchon C., Trichot C., Combes A., Alves K., Koskas M., Nguyen T., Roulot A., Rouzier R. and Héquet D. (2015). The patient-breast cancer care pathway: how could it be optimized? *BMC Cancer* 15:394.

Barnes A.J., Unruh L., Chukmaitov A., van Ginneken E. (2014). Accountable care organizations in the USA: types, developments and challenges. *Health Policy*. 118(1):1-7.

Beck A.H. (2004). Student Jama. The Flexner report and the standardization of American medical education. *JAMA*, 291:2139–2140.

Camilleri, D., & O' Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133.

Chou, S.M., Chen, T.F., Woodard, B., & Yen, M.F. (2005). Using Servqual to Evaluate Quality Disconfirmation of Nursing Service in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 13(2), 75-83.

Christoglou, K., Vassiliadis, C., & Sigalas, I. (2006). Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey. *World Hospitals and health services*, 42(2), 21-26.

Da Silva A.L.A., Mendes A. da C.G., Miranda G.M.D., de Sá D.A., de Souza W.V., Lyra T.M. (2014). Evaluation of maternal and neonatal hospital care: quality index of completeness. *Revista de Saúde Pública*. 48(4):682-691.

de Almeida R.S., Bourliataux-Lajoie S., Martins M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 31(1):11-25.

Dedeke, A. (2003). Service quality: Fulfilment-oriented and interactions-centred approach. *Managing Service Quality* 13(4), 276-289.

Donabedian A. (1976). Measuring and evaluating hospital and medical care. *Bull N Y Acad Med*. 52(1):51-9.

Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 83(4): 691–729.

Fee E., Garofalo M.E. (2010). Florence Nightingale and the Crimean War. *American Journal of Public Health*. 100(9):1591.

[Khattak, Z.G.](#), [Benington, P.C.](#), [Khambay, B.S.](#), [Green, L.](#), [Walker, F.](#), [Ayoub, A.F.](#) (2012). An assessment of the quality of care provided to orthognathic surgery patients through a multidisciplinary clinic. [J Craniomaxillofac Surg.](#),40(3):243-7.

King, KB., Reis, HT., (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychol*, 31, 5-62.

[Lim, P.C.](#), & [Tang, N.K.](#) (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 13(6-7), 290-299.

Madhok R. (2002). Crossing the quality chasm: Lessons from health care quality improvement efforts in England. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 15:77–83.

Manchikanti L., Staats P.S., Boswell M.V., Hirsch J.A. (2015). Analysis of the carrot and stick policy of repeal of the sustainable growth rate formula: the good, the bad, and the ugly. *Pain Physician*. 18(3):E273-92.

Maxwell, R.J. (1984). Quality assessment in Health. *British Medical Journal* 288, 470?1473.

Milner P. (2001). Evaluating emergency services activity at the health district level. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 94(Suppl 39):31-37.

Neuhauser D. (2002). Ernest Amory Codman MD. *Qual Saf Health Care*, 11:104–105.

NHS White Paper (1989). Working for patients. New diagnosis--new prescription. *Health Serv J*. 99(5136):134-7.

Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J.A., de-la-Sierra, E., & Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 16(6), 102

Parand A., Dopson S., Renz A., Vincent C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 4:e005055.

Pena M.M., da Silva E.M., Tronchin D.M., Melleiro M.M. (2013). The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. *Rev Esc Enferm USP*. 47(5):1235-40.

Portela C.M., Pronovost J.P., Woodcock T., Carter P., Dixon-Woods M. (2015). How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. *BMJ Qual Saf*. 24:325–336.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67, 420-450.

Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal of Quality and Health Care*, 13(5), 385-390.

Street A., Gutacker N., Bojke C., Devlin N., Daidone S. (2014). Variations in outcome and costs among NHS providers for common surgical procedures: econometric analyses of routinely collected data. *Health Serv Deliv Res* 2(1).

Suarez G.J. (1992). *Three Experts on Quality Management: Philip B. Crosby W. Edwards Deming Joseph M. Juran*. Total Quality Leadership Office No. 92-02.

Assessed at 05/25/2015 Available at: <http://dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a256399.pdf>

Trybou J., De Caluwé G., Verleye K., Gemmel P., Annemans L. (2015). The impact of professional and organizational identification on the relationship between hospital–physician exchange and customer-oriented behaviour of physicians. *Human Resources for Health*. 13:8.

Uzun, O. (2001). Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(1), 24-33.

Zeeshan F.M., Dembe E.A., Seiber E.E. and Lu B. (2014). Incidence of adverse events in an integrated US healthcare system: a retrospective observational study of 82,784 surgical hospitalizations. *Patient Saf Surg*. 27;8:23.

Vandenkerkhof E.G., Hopman W.M., Towheed T., Wilson R., Murdoch J., Rimmer M., Stutzman S.S., Tod D., Dagnone V., Goldstein D.H. (2006). Pain, health-related quality of life and health care utilization after inpatient surgery: a pilot study. *Pain Res Manag* 11(1):41-7.

van Oostveen C.J., Ubbink D.T., Huis in het Veld J.G., Bakker P.J., Vermeulen H. (2014). Factors and Models Associated with the amount of Hospital Care Services as Demanded by Hospitalized Patients: A Systematic Review. *PLoS ONE* 9(5): e98102.

Virginie, P., Bernarda, Z., Rachel, R., Will, B., Pauline, A., (2010). Does hospital ownership affect patient experience? an investigation into public-private sector differences in England.

WHO (1993). *Continuous quality development: a proposal national policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.