

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Ικανοποίηση των συνοδών ανήλικων τέκνων από τις
παρεχόμενες υπηρεσίες παιδιατρικών νοσοκομείων**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΠΑΝ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	Ε.ΔΙ.Π.	ΜΑΡΙΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Καθηγητής	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΕΡΡΑΚΟΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ του ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ, με αριθμό μητρώου 19080 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/04/2022 και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.



Η Δηλούσα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διασφάλιση, η φροντίδα και η προαγωγή της υγείας των ανθρώπων είναι ένα στοιχείο στο οποίο έχει δοθεί έμφαση διαχρονικά. Κατά τα τελευταία χρόνια, η έννοια της ποιότητας έχει συνδεθεί άμεσα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Γίνεται, λοιπόν, διαρκής προσπάθεια για τη βελτίωση της ποιότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που προσφέρεται στους ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτό, η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναδειχθεί πλέον ως ένας σημαντικός δείκτης για τη μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, αλλά και ως ένας παράγοντας που δύναται να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και των αδυναμιών που αντιμετωπίζουν οι μονάδες υγείας. Το ζήτημα αυτό, λοιπόν, μελετάται αναλυτικά στην παρούσα εργασία, μέσω σχετικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται σε παιδιά-ασθενείς, καθώς και στο επίπεδο ικανοποίησης των γονέων τους από αυτή, μέσα από την ανάλυση σχετικών ερευνητικών μελετών που έχουν διεξαχθεί, τόσο στον χώρο της Ελλάδας, όσο και στο εξωτερικό.

Λέξεις-κλειδιά: ικανοποίηση ασθενή, ικανοποίηση γονέων, ποιότητα, υπηρεσίες υγείας

ABSTRACT

Ensuring, caring for and promoting human health is an element that has been emphasized over time. In recent years, the concept of quality has been directly linked to the health services provided. An ongoing effort is therefore being made to improve the quality of medical care offered to patients. In this context, patient satisfaction has now emerged as an important indicator for measuring the quality of health care provided, but also as a factor that can contribute positively to addressing the problems and weaknesses faced by health units. This issue, therefore, is studied in detail in the present study, through a relevant literature review. Special emphasis is given to the quality of health services provided to children-patients, as well as the level of satisfaction of their parents with it, through the analysis of relevant research studies that have been conducted, both in Greece and abroad.

Keywords: patient satisfaction, parents' satisfaction, quality, health services

*Αφιερώνεται στον πατέρα μου
και στους γιους μου*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής μου εργασίας κα Μαρία Α. Σταμούλη για την αμέριστη συμπαράστασή της κατά τη δημιουργία του παρόντος πονήματος.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους καθηγητές μου για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τα παιδιά μου για την κατανόηση, την υπομονή και την αμέριστη συμπαράστασή τους.

Εύχομαι, το πείσμα και η προσπάθεια των ενασχολούμενων με τη ποιότητα στο χώρο της υγείας να επιφέρει κάποτε τη πολυπόθητη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AHA	American Hospital Association
ACP	American College of Physicians
ACS	American College of Surgeons
AMA	American Medical Association
CMA	Canadian Medical Association
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations
PDCA	Plan-Do-Check-Act cycle
QALYs	Quality-Adjusted Life Years
QI	Quality Indicators
QOL	Quality of Life
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TQM	Total Quality Management
Δ.Ν.Τ.	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
κ.λπ.	και λοιπά
ΜΕΘ	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
π.χ.	παραδείγματος χάριν

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT.....	vi
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	viii
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ.....	8
1.1 Η έννοια της ποιότητας	8
1.2 Ποιότητα αγαθών και υπηρεσιών.....	11
1.3 Έλεγχος ποιότητας - Διασφάλιση ποιότητας	15
1.4 Εφαρμογή ποιότητας.....	17
2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	21
2.1 Ιστορική αναδρομή	21
2.2 Η ποιότητα στον χώρο της υγείας.....	27
3 Η ΑΓΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31
3.1 Ιδιαιτερότητα της ποιότητας στον χώρο της υγείας.....	31
3.2 Διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα - Σύντομη ιστορική αναδρομή	32
3.3 Δημόσια και Ιδιωτικά νοσοκομεία.....	33
3.4 Εθνικό Σύστημα Υγείας - Η μετάβαση από την πατερναλιστική προσέγγιση στην εμπλοκή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων	35
3.5 Διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας.....	36
4 ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
4.1 Ορισμός της έννοιας της ανάγκης.....	38
4.2 Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow	40
5 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	44
5.1 Ορισμός της έννοιας της ικανοποίησης	44

5.2	Ικανοποίηση του πελάτη	44
5.3	Ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας	47
5.4	Η ικανοποίηση των ασθενών ως ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	48
5.5	Παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.....	49
5.6	Ενστάσεις ως προς την αξιοποίηση της αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	51
5.7	Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών	52
6	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	54
6.1	Η έννοια της αξιολόγησης.....	54
6.2	Επίπεδα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	54
6.3	Δείκτες ποιότητας.....	55
6.3.1	Δείκτες ποιότητας ως προς τη δομή.....	56
6.3.2	Δείκτες ποιότητας ως προς τη διαδικασία	57
6.3.3	Δείκτες ποιότητας ως προς τα αποτελέσματα.....	57
6.3.4	Κριτήρια επιλογής δεικτών ποιότητας.....	59
6.4	Διαστάσεις και χαρακτηριστικά.....	59
6.5	Η κλίμακα SERVQUAL ως εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.....	67
7	ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	70
7.1	Η έννοια της βελτίωσης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	70
7.2	Ο κύκλος της ποιότητας	70
7.3	Προϋποθέσεις - Σημαντικά στοιχεία για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	71
7.4	Μέθοδοι για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	74
7.4.1	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	74
7.4.2	Η μεθοδολογία Six Sigma.....	75

7.4.3	Η λιτή υπηρεσία.....	76
7.4.4	Η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας.....	77
7.4.5	Το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας.....	78
7.4.6	Οι διαδικασίες διαπίστευσης - Τα πρότυπα ISO.....	78
7.4.7	Η συγκριτική ανάλυση απόδοσης.....	81
7.4.8	Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας.....	81
8	ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	82
8.1	Επωφελούμενοι από τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	82
8.2	Οφέλη για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.....	83
8.3	Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.....	83
8.4	Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας.....	84
8.5	Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία.....	84
8.6	Οφέλη για το κράτος και για το κοινωνικό σύνολο.....	85
9	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	86
9.1	Ανάγκη νοσηλείας ή παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε παιδιά.....	86
9.2	Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε παιδιά-ασθενείς.....	87
9.3	Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των συνοδών παιδιών- ασθενών.....	89
9.4	Πιθανά οφέλη της ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα υγείας.....	91
10	ΜΕΛΕΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	93
10.1	Μελέτες ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τα παιδιά-ασθενείς στον χώρο της Ελλάδας.....	93
10.1.1	Η έρευνα των Μουμτζογλου et al (2000).....	93
10.1.2	Η έρευνα των Μάτζιου και συν (2006).....	94
10.1.3	Η έρευνα των Παπαγιαννοπούλου και συν (2008).....	96

10.1.4	Η έρευνα των Μπουτοπούλου και συν (2010).....	98
10.1.5	Η έρευνα των Τσιρώνη και Κουλιεράκη (2017).....	99
10.2	Μελέτες ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τα παιδιά-ασθενείς στο εξωτερικό	101
10.2.1	Η έρευνα των Ygge and Arnetz (2001)	101
10.2.2	Η έρευνα των Magaret et al (2002).....	102
10.2.3	Η έρευνα των Weissenstein et al (2011).....	103
10.2.4	Η έρευνα των Hosseinian, Shahshahani and Adib-Hajbagheri (2011).....	104
10.2.5	Η έρευνα των Macedo and D' Innocenzo (2017)	105
10.2.6	Η έρευνα των Prasannan and Thomas (2018).....	106
10.2.7	Η έρευνα των Kruszecka-Krówka et al (2019).....	107
10.2.8	Η έρευνα των Jurić et al (2019)	108
10.2.9	Η έρευνα των Hagen et al (2019).....	109
10.2.10	Η έρευνα των Kaur, Charan and Selvi (2019)	110
10.2.11	Η έρευνα των Esfandiari and Shabestari (2019)	111
10.2.12	Η έρευνα των Nguyen et al (2020).....	112
10.2.13	Η έρευνα των Waldron et al (2021)	113
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	115
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	117
	Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές	117
	Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές	120

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Υγεία αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα όλων των ανθρώπων (Georgiadou and Maditinos 2017). Πρόκειται για μια έννοια ιδιαίτερη και πολυδιάστατη, που επηρεάζει άμεσα τόσο την εξέλιξη, όσο και την ποιότητα της ζωής του κάθε ατόμου (Τσαλακοπούλου και Σαράφης 2013).

Ο ακριβής ορισμός της έχει απασχολήσει τους εκπροσώπους διαφόρων κλάδων και προσεγγίσεων κατά το παρελθόν. Διάφορες ερμηνείες έχουν δοθεί κατά καιρούς, υπό το πρίσμα της βιολογικής, της ιατρικής, της κοινωνικής, της οικονομικής και της πολιτισμικής σκοπιάς (Πράπα και Φακή 2008).

Πρόκειται για μια έννοια, λοιπόν, που θεωρείται μεταβαλλόμενη, καθώς προσδιορίζεται υπό την επίδραση ποικίλων παραγόντων και του πλαισίου μέσα στο οποίο ορίζεται (Πράπα και Φακή 2008), υπό την επίδραση ατομικών, αλλά και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών, όπως είναι παραδείγματος χάριν ο τρόπος ζωής και οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων, οι συνθήκες εργασίας τους, διάφοροι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας τους κράτους μέσα στο οποίο ζούνε (Τσαλακοπούλου και Σαράφης 2013).

Ένας ορισμός που έχει επικρατήσει έντονα κατά τα τελευταία χρόνια είναι αυτός του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος, κατά το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη ερμήνευσε την έννοια της υγείας ως την *«κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας»* (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014: 65). Συνεπώς, η υγεία προσεγγίζεται πλέον ολιστικά, δε σχετίζεται μόνο με την αντιμετώπιση ή την αποφυγή ασθενειών, αλλά και με την παρουσία μιας θετικής κατάστασης για το άτομο (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών αποτελεί διαχρονικά ένα βασικό ζήτημα μελέτης, από πολιτική, φιλοσοφική, θρησκευτική, κοινωνική και ιατρική πλευρά, προκειμένου να επέλθουν τα μέγιστα δυνατά θετικά αποτελέσματα για όλους τους ανθρώπους (Τσαλακοπούλου και Σαράφης 2013).

Το κράτος έχει μεγάλο τμήμα της ευθύνης για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών, καθώς είναι αυτό που καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης των συστημάτων υγείας, είναι υπεύθυνο για τη λήψη κατάλληλων μέτρων και την πραγματοποίηση αναγκαίων τροποποιήσεων, ώστε να προσφέρεται το καλύτερο δυνατό επίπεδο φροντίδας και περίθαλψης στους ασθενείς (Georgiadou and Maditinos 2017).

Δεδομένου, όμως, ότι πλέον έχει μεταβληθεί η αντίληψη για την υγεία, απαιτείται επαναπροσανατολισμός και από την πλευρά των συστημάτων υγείας. Ιδιαίτερη μέριμνα το τελευταίο διάστημα δίνεται, λοιπόν, στην ικανοποίηση των ασθενών. Αυτή χρησιμοποιείται πια ως ένα βασικό στοιχείο για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014), η οποία κρίνεται αναγκαία, προκειμένου να καταστεί εφικτή η λήψη κατάλληλων μέτρων, για μια συστηματική βελτίωση οποιουδήποτε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Burstin, Leatherman and Goldmann 2016).

Το ζήτημα αυτό πραγματεύεται και η παρούσα εργασία. Πιο συγκεκριμένα, σε πρώτη φάση, θα γίνει λόγος για την έννοια της ποιότητας. Θα γίνει προσπάθεια ορισμού της, θα πραγματοποιηθεί διάκριση ανάμεσα σε ποιότητα προϊόντων και σε ποιότητα υπηρεσιών, ενώ, επίσης, θα εξεταστούν κάποια βασικά στοιχεία σχετικά με τον έλεγχο, τη διασφάλιση και την εφαρμογή της ποιότητας. Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα εξεταστεί η πορεία της έννοιας της ποιότητας από την αρχαιότητα έως σήμερα, για να εντοπιστεί ο τρόπος με τον οποίο αυτή εισήχθη στον χώρο της υγείας. Ακόμα, θα γίνει λόγος για ορισμένους τρόπους, με τους οποίους έχει ερμηνευτεί κατά καιρούς η ποιότητα στο πεδίο της υγείας. Έπειτα, στο τρίτο κεφάλαιο, θα εξεταστούν ορισμένες βασικές πληροφορίες αναφορικά με την αγορά των υπηρεσιών υγείας. Στο τέταρτο και στο πέμπτο κεφάλαιο θα δοθεί έμφαση σε δύο έννοιες που έχουν συνδεθεί στενά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην έννοια των αναγκών και στην έννοια της ικανοποίησης, αντίστοιχα. Στη συνέχεια, στο έκτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά σε βασικά στοιχεία που αφορούν την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Σε αυτό, αρχικά, θα διευκρινιστεί το τι εννοείται με τον όρο της αξιολόγησης, θα γίνει λόγος για τα επίπεδα αξιολόγησης της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, θα εξεταστούν κάποιοι βασικοί δείκτες ποιότητας, αλλά και ο τρόπος επιλογής τους. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι διαστάσεις και τα γενικά χαρακτηριστικά που

συνδέονται με την ποιότητα στον χώρο της υγείας, ενώ θα γίνει λόγος και για την κλίμακα SERVQUAL, η οποία λειτουργεί ως ένα εργαλείο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το έβδομο κεφάλαιο θα επικεντρωθεί στη βελτίωση της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Θα εξεταστεί η έννοια της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, θα γίνει λόγος για τον κύκλο της ποιότητας, θα παρουσιαστούν ορισμένες προϋποθέσεις και ορισμένα βασικά στοιχεία που μπορούν να συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ θα γίνει αναφορά και σε ορισμένες μεθόδους με τις οποίες αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί. Στο όγδοο κεφάλαιο, θα διερευνηθούν τα βασικά οφέλη που προκύπτουν από τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας. Στο ένατο κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά σε ορισμένα στοιχεία σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά τα παιδιά-ασθενείς. Στο δέκατο κεφάλαιο, θα παρουσιαστούν κάποιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί για τη μελέτη του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Συγκεκριμένα, έμφαση στα δοθεί στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που αφορά την παροχή φροντίδας και περίθαλψης σε παιδιά (ανήλικα άτομα). Τέλος, θα παρουσιαστούν ορισμένα βασικά συμπεράσματα που προκύπτουν.

1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στην έννοια της ποιότητας. Αρχικά, παρατίθενται ορισμένοι βασικοί ορισμοί που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς για την περιγραφή της. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται μια διάκριση μεταξύ ποιότητας αγαθών/προϊόντων και ποιότητας υπηρεσιών. Έπειτα, γίνεται αναφορά στον έλεγχο, τη διασφάλιση και την εφαρμογή της ποιότητας.

1.1 Η έννοια της ποιότητας

Ο όρος *ποιότητα*, η μελέτη του οποίου ξεκίνησε ήδη από τα χρόνια της αρχαιότητας (Ρίκος 2015), προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης» (Μπαμπινιώτης 1998), η οποία συσχετίστηκε με το γνωστό «αἰὲν ἀριστεύειν», με την ακατάπαυστη προσπάθεια για βελτίωση (Ρίκος 2015).

Ο Juran (1973) προσδιόρισε την ποιότητα ως την καταλληλότητα για χρήση, δηλαδή ως το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του πελάτη και το απαλλάσσουν από ατέλειες. Ο Crosby (1979) περιέγραψε την ποιότητα ως τη συμμόρφωση στις απαιτήσεις και υποστήριξε ότι, όπου οι απαιτήσεις είναι σαφώς καθορισμένες, διάφορες μετρήσεις μπορούν να προσδιορίσουν το βαθμό συμμόρφωσης σε αυτές. Η μη συμμόρφωση οδηγεί στην έλλειψη ποιότητας. Στο ίδιο πνεύμα με αυτό της αρχαιότητας κινήθηκε ο ορισμός που δίνεται για την έννοια αυτή στο λεξικό «Dictionary of Psychology», όπου η ποιότητα ορίζεται ως το σχετικό επίπεδο αρετής ή τελειότητας (Chaplin, 1981). Οι Monroe and Krishnan (1985) αντιμετώπισαν την ποιότητα ως την ικανότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο, και λαμβάνοντας υπόψη τις εναλλακτικές επιλογές που είναι διαθέσιμες. Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (1998), η ποιότητα αναφέρεται στο σύνολο των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών ενός ατόμου, αντικειμένου ή συστήματος, που το προσδιορίζουν ή το διαφοροποιούν από τα όμοιά του, όπως, επίσης, και στο σύνολο των θετικών ιδιοτήτων του. Στη σημερινή εποχή, όπως αναφέρει ο Ζέρβας (2020), με τον όρο ποιότητα περιγράφονται όλα τα χαρακτηριστικά στοιχεία και οι ιδιότητες ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που επηρεάζουν τον βαθμό στο οποίο αυτό το προϊόν ή αυτή η υπηρεσία συμβαδίζει και καλύπτει τις ανάγκες, αλλά και τις προσδοκίες των χρηστών του/της.

Όπως διαπιστώνεται, οι ορισμοί που έχουν προταθεί για την έννοια της ποιότητας είναι πολλοί, και πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος «ποιότητα» προκαλεί συχνά σύγχυση επειδή ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο, τόσο από τη μεριά του αγοραστή/καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας, όσο και από τη μεριά του παραγωγού/προμηθευτή/πάροχου. Από την πλευρά του αγοραστή/καταναλωτή, η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του. Σαφώς, οι απαιτήσεις του καταναλωτή προσδιορίζονται από τις ανάγκες που έχει, αλλά και από την προσδοκία ότι το συγκεκριμένο προϊόν ή η συγκεκριμένη υπηρεσία θα τον ικανοποιήσει. Από τη μεριά του παραγωγού/προμηθευτή/πάροχου, η ποιότητα προσδιορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές που έχει επιλέξει η διοίκηση για το προϊόν ή για την υπηρεσία. Οι προδιαγραφές, βέβαια, θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του αγοραστή/καταναλωτή (Σιγάλας, 1999).

Ιδιαίτερη αναφορά χρειάζεται να γίνει στις έννοιες «προϊόν» και «πελάτης». Ο όρος *προϊόν* περιλαμβάνει καθετί που παράγεται, είτε αυτό είναι αγαθό, είτε είναι υπηρεσία (Juran 1998). Η έννοια *πελάτης* αναφέρεται στον αγοραστή υλικών ειδών και στο χρήστη των υπηρεσιών οποιουδήποτε ελεύθερου επαγγελματία (Τεγόπουλος-Φυτράκης 1997). Οι πελάτες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, μπορούν να διακριθούν σε εξωτερικούς και σε εσωτερικούς πελάτες. Οι *εξωτερικοί πελάτες* (external customers) είναι αυτοί που δεν αποτελούν μέλη του εκάστοτε οργανισμού ή της εκάστοτε επιχείρησης και λαμβάνουν το προϊόν ή την υπηρεσία που προσφέρεται έναντι κάποιας τιμής. Αντίθετα, οι *εσωτερικοί πελάτες* (internal customers) είναι πρόσωπα ή ομάδες ατόμων που αποτελούν μέρος του οργανισμού ή της επιχείρησης, και λαμβάνουν υπηρεσίες από άλλα άτομα που ανήκουν στον ίδιο οργανισμό ή επιχείρηση. Μια άλλη διάκριση μπορεί να γίνει ανάμεσα σε *ενδιάμεσους* (intermediaries) και *τελικούς πελάτες* (end users/consumers). Αυτό οφείλεται στο ότι ορισμένες επιχειρήσεις σε συγκεκριμένους κλάδους χρησιμοποιούν κάποιους ενδιάμεσους, κάποιους μεσάζοντες, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους τελικούς πελάτες. Βέβαια, κάτι τέτοιο πολλές φορές οδηγεί σε αύξηση του κόστους αγοράς των υπηρεσιών, γι' αυτό και αποφεύγεται. Έπειτα, υπάρχουν και οι πελάτες που είναι γνωστοί ως *ομάδες ειδικών συμφερόντων* (stakeholders), που αποτελούν διαφορετικές ομάδες πελατών που μπορεί να έχουν διαφορετικές απαιτήσεις, προσδοκίες και ανάγκες από τις υπηρεσίες. Για αυτόν τον λόγο πρέπει να επιδιώκεται η επίτευξη μιας

ισορροπίας μεταξύ των συμφερόντων των διαφορετικών αυτών ομάδων. Τέλος, είναι δυνατό να γίνει διαχωρισμός σε πελάτες υψηλής και σε πελάτες σχετικής αξίας. Η διάκριση αυτή αφορά κυρίως την επιχείρηση. Οι *πελάτες υψηλής αξίας* (valuable customers) είναι εκείνοι που προτίθενται να πληρώσουν περισσότερο για να λάβουν τις υπηρεσίες που προσφέρονται, ενώ συχνά αγοράζουν και επιπρόσθετες υπηρεσίες. Αυτοί είναι εύκολα διαχειρίσιμοι από την επιχείρηση και τείνουν να την συστήσουν και σε άλλα άτομα. Αντίθετα, οι *πελάτες σχετικής αξίας* (not so valuable customers) είναι αυτοί που έχουν μια θετική στάση προς την επιχείρηση και την υποστηρίζουν, αλλά δεν έχουν ιδιαίτερες απαιτήσεις από αυτή (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Όσον αφορά την έννοια της ποιότητας, μπορεί να γίνει μια διάκριση στις εξής διαστάσεις: α) την ποιότητα σχεδίασης/προδιαγραφών, και β) την ποιότητα παραγωγής. Η *ποιότητα της σχεδίασης*, ή αλλιώς *η ποιότητα των προδιαγραφών*, περιγράφει τις απαιτήσεις του καταναλωτή, δηλαδή τις ανάγκες και τις προσδοκίες του, οι οποίες ενδέχεται να διαφέρουν, είτε ως προς το είδος, είτε ως προς τη σπουδαιότητά τους, με βάση το τμήμα της αγοράς όπου η εκάστοτε επιχείρηση επιδιώκει να απευθύνει τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες της (δηλαδή, με βάση το λεγόμενο positioning). Σημειώνεται ότι στις απαιτήσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται και στοιχεία νομοθετικού ή κανονιστικού τύπου, τα οποία καθορίζουν την ποιοτική κατάταξη του εκάστοτε προϊόντος ή της εκάστοτε υπηρεσίας. Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά την *ποιότητα της παραγωγής*, αυτή περιγράφει το κατά πόσο είναι εφικτό να παραχθούν προϊόντα ή να προσφερθούν υπηρεσίες, στο επίπεδο της παραγωγικής διαδικασίας, τα οποία, όμως, να είναι συμβατά με τις προδιαγραφές που έχουν οριστεί κατά τη φάση του σχεδιασμού (Ζέρβας 2020).

Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονιστεί, ότι η έννοια και το περιεχόμενο της ποιότητας, από όποια πλευρά και εάν προσεγγίζεται, επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες. Ορισμένοι βασικοί εξ αυτών είναι οι κοινωνικοί, οι πολιτισμικοί και οι οικονομικοί. Οι κοινωνικοί παράγοντες συνδέονται κατά κύριο λόγο με τις ανάγκες των ίδιων των πολιτών, με την προσδοκία τους για βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους. Σε πολιτισμικό επίπεδο, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι αξίες, τα ιδανικά, οι συνήθειες, τα βασικά χαρακτηριστικά που επικρατούν σε κάθε κουλτούρα, σε κάθε χώρα, τα οποία μάλιστα μπορεί να τροποποιούνται στο πέρασμα των χρόνων. Τέλος, σχετικά με τον οικονομικό τομέα, αυτός αφορά κυρίως τις επιχειρήσεις και τους φορείς που αναλαμβάνουν την

παραγωγή των προϊόντων ή την προσφορά υπηρεσιών. Σημαντικός είναι ο ρόλος της λειτουργικότητας και των δυνατοτήτων τους (Ρίκος 2015).

1.2 Ποιότητα αγαθών και υπηρεσιών

Όπως μπορεί να φανερωθεί και από τα στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω, η έννοια της ποιότητας συνδέεται με δύο διαφορετικά διακριτά στοιχεία, με τα αγαθά, ή αλλιώς προϊόντα, και με τις υπηρεσίες (Dhanya and Sam 2011).

Ως *ποιότητα αγαθών/προϊόντων* (product quality) ορίζεται το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος που ενισχύουν την ικανότητά του να ανταποκριθεί στις προκαθορισμένες απαιτήσεις. Προτείνεται τα προϊόντα να είναι αντάξια της οικονομικής τους αξίας, καθώς κάτι τέτοιο συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας θετικής στάσης από τον πελάτη κατά τη φάση πριν από την αγορά ενός προϊόντος, ενισχύει την ικανοποίησή του από αυτό, όπως επίσης και την πρόθεσή του να το προτείνει σε άλλα άτομα, ενώ, σε αντίθετη περίπτωση, εντείνεται ο κίνδυνος να προτιμήσει να το επιστρέψει έπειτα από την αγορά (Dhanya and Sam 2011).

Ιδιαίτερη αναφορά στην ποιότητα των προϊόντων έγινε από τον Garvin, κατά το 1987, ο οποίος αναφέρθηκε σε ένα σύστημα καθορισμού της ποιότητας των προϊόντων μέσα από τη διερεύνηση ορισμένων βασικών χαρακτηριστικών τους, τα οποία παρουσίασε στο πλαίσιο οκτώ διαστάσεων (Hoe and Mansori 2018). Η πρώτη διάσταση, για την οποία έκανε λόγο, ήταν αυτή της *επίδοσης* (performance). Υποστήριξε, δηλαδή, ότι είναι αναγκαίο να εξετάζονται τα κύρια χαρακτηριστικά της λειτουργίας ενός προϊόντος (Olise and Ojiaku 2018). Η δεύτερη διάσταση ήταν αυτή των *χαρακτηριστικών* (features), δηλαδή, των επιπρόσθετων στοιχείων που ενισχύουν την ελκυστικότητα ενός προϊόντος, που ενισχύουν την επιθυμία των πελατών να το επιλέξουν. Πρόκειται για τα δευτερεύοντα στοιχεία της επίδοσης. Μια άλλη σημαντική διάσταση, σύμφωνα με τον Garvin, είναι αυτή της *αξιοπιστίας* (reliability). Δηλαδή, το κατά πόσο ένα προϊόν θα λειτουργεί αποτελεσματικά για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, έπειτα από την έναρξη της χρήσης του (Hoe and Mansori 2018). Η *συμμόρφωση* (conformance) αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο. Μέσω αυτής εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο ο σχεδιασμός και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ανταποκρίνονται στα καθορισμένα πρότυπα. Η πέμπτη διάσταση, κατά Garvin, αναφέρεται στην *αντοχή*

(durability) του εκάστοτε προϊόντος, δηλαδή στο κατά πόσο μπορεί να αξιοποιηθεί ένα προϊόν από τον χρήστη πριν αυτό αρχίσει να φθείρεται ή πριν να καταστεί προτιμότερη η αντικατάστασή του (Olise and Ojiaku 2018). Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι η *συντηρησιμότητα* (serviceability), η οποία περιγράφει την ταχύτητα, την ευκολία και το κόστος με το οποίο ένα προϊόν μπορεί να επαναλειτουργήσει, σε περίπτωση που χαλάσει. Πρόκειται ουσιαστικά για τις διαστάσεις που αφορούν την επισκευή του. Η επόμενη διάσταση είναι αυτή της *αισθητικής* (aesthetics) (Hoe and Mansori 2018). Αυτή αναφέρεται στον τρόπο που το εκάστοτε προϊόν ανταποκρίνεται στις πέντε αισθήσεις μας (Olise and Ojiaku 2018). Πρόκειται για ένα υποκειμενικό ζήτημα, που εξαρτάται από τις προσωπικές κρίσεις και τις ατομικές προτιμήσεις του καθενός. Τέλος, μια άλλη σημαντική διάσταση είναι αυτή της *αντιληπτής ποιότητας* (perceived quality), δηλαδή, της αντίληψης του πελάτη για το κάθε προϊόν, η οποία, βέβαια, είναι πιθανό να μην ανταποκρίνεται πάντοτε στην πραγματικότητα (Hoe and Mansori 2018).

Στα στοιχεία αυτά πρέπει να δίνεται έμφαση, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε σχέση με άλλα αντίστοιχα προϊόντα. Πρέπει, όμως, να σημειωθεί ότι δεν είναι απαραίτητο ένας οργανισμός ή μια επιχείρηση να επικεντρωθεί ταυτόχρονα στη βελτίωση της ποιότητας στο πλαίσιο και των οκτώ διαστάσεων. Αντίθετα, μπορεί να τηρηθεί μια στρατηγική τμηματοποίησης, όπου θα δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε συγκεκριμένες διαστάσεις κάθε φορά (Hoe and Mansori 2018).

Έπειτα, εκτός από την ποιότητα προϊόντων, υπάρχει και η *ποιότητα των υπηρεσιών* (service quality) (Dhanya and Sam 2011). Ο όρος *υπηρεσία* (service) αναφέρεται σε μια σειρά δράσεων που αποσκοπούν στην ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων όπου απευθύνονται. Πρόκειται για μια κοινωνική δραστηριότητα που πραγματοποιείται ανάμεσα στον πάροχο της υπηρεσίας και στον λήπτη αυτής. Αυτό σημαίνει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, εκδηλώνεται μια άμεση και καθοριστικής σημασίας αλληλεπίδραση ανάμεσά τους (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Για κάθε οργανισμό ή επιχείρηση, ο όρος υπηρεσία ερμηνεύεται ως η διαδικασία που πραγματοποιείται και το αποτέλεσμα που προκύπτει από αυτή, χάρις στην οργανωμένη αξιοποίηση όλων των παραγωγικών συντελεστών του οργανισμού/ της επιχείρησης. Σε ορισμένες, μάλιστα, περιπτώσεις είναι απαραίτητο να υπάρξει και συμμετοχή του ίδιου

του παραλήπτη των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, συνήθως θεωρείται αναγκαία και η αξιοποίηση κάποιων αγαθών από τον πελάτη. Έπειτα, κάποιες φορές, υπηρεσίες μπορούν να προσφερθούν δίχως την άμεση συμμετοχή του προσωπικού εξυπηρέτησης, π.χ. με αυτόματα συστήματα εξυπηρέτησης, ενώ, σε άλλες περιπτώσεις, ο πελάτης ενδέχεται να αξιοποιεί μόνος του κάποιες υπηρεσίες, κάνοντας, ας πούμε, χρήση συγκεκριμένων εγκαταστάσεων. Όσον αφορά τον πελάτη, για αυτόν ο όρος υπηρεσία εκλαμβάνεται ως μια συνολική εμπειρία που περιλαμβάνει ένα πλήθος διαφορετικών χαρακτηριστικών, όπως τη χρήση απτών στοιχείων, την προσφορά οφελών, τη δημιουργία συναισθημάτων, τη διεξαγωγή αξιολογήσεων από την πλευρά τους, αλλά και κρίσεων σχετικά με την επιθυμία επαναγοράς ή επαναξιοποίησης της υπηρεσίας αυτής (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Οι Khan and Fasih (2014) ορίζουν τις υπηρεσίες ως μια συνεχή διαδικασία διαρκούς αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε πελάτες και πάροχους, όπου πραγματοποιείται μια σειρά άυλων δραστηριοτήτων, οι οποίες αποσκοπούν να προσφέρουν ικανοποιητικές λύσεις στα προβλήματα των πελατών. Στο πλαίσιο αυτό, λαμβάνονται υπόψιν φυσικοί, οικονομικοί πόροι και άλλα χρήσιμα στοιχεία του συστήματος που εμπλέκονται στις υπηρεσίες.

Οι Dhanya and Sam (2011) περιέγραψαν την ποιότητα υπηρεσιών ως το κενό που προκύπτει ανάμεσα σε αυτό που επιθυμούν οι πελάτες και σε αυτό που πραγματικά λαμβάνουν ή που πιστεύουν ότι λαμβάνουν. Επομένως, πολλές επιχειρήσεις αναμένεται να επιδιώκουν την προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, προκειμένου να διατηρήσουν την πελατεία τους. Το στοιχείο αυτό σχετίζεται με την αφοσίωση των πελατών.

Παρομοίως, οι Georgiadou and Maditinos (2017) εξήγησαν ότι η ποιότητα υπηρεσιών αναφέρεται στην εντύπωση των πελατών αναφορικά με την κατωτερότητα ή την υπεροχή ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης που προσφέρει κάποιου είδους υπηρεσίες, αλλά και στο κατά πόσο αυτές οι υπηρεσίες που προσφέρονται τυγχάνουν ευρείας αποδοχής.

Οι υπηρεσίες θεωρείται ότι διακρίνονται από ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά. Οι Χυτήρης και Άννινος (2015) ανέφεραν πως τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η αϋλότητα, η

συμμετοχή του πελάτη, η ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση, η αναλωσιμότητα, η ετερογένεια και η μη ιδιοκτησία. Η *αυλότητα* (intangibility) αφορά το γεγονός ότι οι υπηρεσίες δε διαθέτουν φυσικές διαστάσεις, δεν είναι εμπράγματα αγαθά, με φυσική υπόσταση. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, καθίσταται δύσκολος ο καθορισμός και η αξιολόγησή τους. Η *συμμετοχή του πελάτη* (customer participation) περιγράφει το στοιχείο που παρουσιάστηκε και παραπάνω, ότι, δηλαδή, σε κάποιες περιπτώσεις, ενδέχεται να απαιτείται η συμμετοχή του ίδιου του πελάτη, χρειάζεται να είναι συμπαραγωγός. Έπειτα, σχετικά με την *ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση* (simultaneity), το στοιχείο αυτό αναφέρεται στην άμεση «κατανάλωση» της υπηρεσίας που προσφέρεται. Η παροχή και η διάθεση μιας υπηρεσίας γίνεται στον ίδιο χρόνο. Όσον αφορά την *αναλωσιμότητα* (perishability), αυτή ουσιαστικά περιγράφει το γεγονός ότι δεν είναι δυνατή η αποθήκευση υπηρεσιών για μελλοντική χρήση ή για άλλον πελάτη σε άλλον χρόνο. Η *ετερογένεια* (heterogeneity) σχετίζεται με το ότι κάθε πελάτης είναι μοναδικός. Οι απαιτήσεις, οι επιθυμίες και οι ανάγκες του είναι ξεχωριστές. Ταυτόχρονα, και ο κάθε πάροχος αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα. Άρα, είναι σχεδόν αδύνατη η διασφάλιση ενός ενιαίου τρόπου εξυπηρέτησης στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών. Τέλος, το χαρακτηριστικό της *μη ιδιοκτησίας* (nontransferable ownership) αναφέρεται στο ότι κατά τη λήψη μιας υπηρεσίας, ο πελάτης απλώς τη χρησιμοποιεί, δε γίνεται ιδιοκτήτης της.

Ακόμα, όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών, καθώς αυτές επιδιώκουν να ανταποκριθούν σε ένα εύρος αναγκών και απαιτήσεων, είναι απαραίτητο να εξετάζονται ορισμένες συγκεκριμένες διαστάσεις κατά το σχεδιασμό και την παροχή τους. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να εξετάζεται ο *χρόνος*, δηλαδή, να ορίζεται το πόσο πρέπει να περιμένει ο πελάτης από την έναρξη παροχής της υπηρεσίας έως και την ολοκλήρωσή της. Ακόμα, σημαντικό στοιχείο είναι η *εγκαιρότητα*, δηλαδή, το να είναι διαθέσιμη η υπηρεσία την κατάλληλη στιγμή. Η *ευγένεια*, ένα χαρακτηριστικό του προσωπικού που έρχεται σε άμεση επαφή με τον πελάτη, είναι και αυτή σπουδαία. Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να εξετάζεται είναι η *συνέπεια*, δηλαδή, η παροχή υπηρεσιών κατά τον ίδιο τρόπο κάθε φορά και σε κάθε πελάτη. Επιπρόσθετα, κρίσιμα στοιχεία είναι η *προσπελασιμότητα* και η *ευκολία*, δηλαδή το κατά πόσο είναι εύκολη η απόκτηση της υπηρεσίας από όλους. Άλλη μια σημαντική διάσταση είναι αυτή της *ακρίβειας*, η οποία αναφέρεται στην παροχή της υπηρεσίας με το σωστό τρόπο από την πρώτη φορά. Τέλος, κρίσιμο ζήτημα

για τη διασφάλιση της ποιότητας κατά την παροχή υπηρεσιών, είναι η *ανταπόκριση*, δηλαδή, η άμεση αντίδραση του προσωπικού της υπηρεσίας σε απροσδόκητα προβλήματα (Evans and Lindsay 1996).

Τόσο τα προϊόντα, όσο και οι υπηρεσίες, αποτελούν εμπορεύσιμα αγαθά. Δηλαδή, και στις δύο περιπτώσεις είναι αναγκαίο να παρουσιάζεται κάποιος προμηθευτής/πάροχος και κάποιος πελάτης/χρήστης. Η διάκριση ανάμεσα σε προϊόντα και σε υπηρεσίες δεν είναι εύκολη υπόθεση. Όλο και κάποιο στοιχείο υπηρεσιών εμπλέκεται στην προσφορά του εκάστοτε υλικού αγαθού, είτε κατά την παραγωγή, είτε κατά τη διάθεσή του στους πελάτες, ενώ, και στην περίπτωση της παροχής υπηρεσιών, όλο και κάποιο φυσικό στοιχείο ή υλικό προϊόν χρειάζεται. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι *«η διάκριση βασίζεται στο ποσοστό υλικών ή άυλων στοιχείων (βαθμός αϋλότητας) που καθορίζει τη φύση, την αξία και τη χρήση του αγαθού»* (Χυτήρης και Αννινος 2015: 57).

1.3 Έλεγχος ποιότητας - Διασφάλιση ποιότητας

Ο έλεγχος της ποιότητας, ή αλλιώς ο *ποιοτικός έλεγχος* (quality control), είναι ένας όρος που προέκυψε κατά τα πρώτα χρόνια του 20^{ου} αιώνα (Juran and Blanton Godfrey 1999). Αναφέρεται σε ένα σύστημα λειτουργικών τεχνικών και δραστηριοτήτων, που χρησιμοποιείται για να εξασφαλιστεί ότι ικανοποιούνται οι απαιτήσεις σχετικά με την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών (Visschedijk, Hendriks and Nuyts 2005). Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται κατά τη διαδικασία της παραγωγής (Juran and Blanton Godfrey 1999· Penman et al 2000). Σχεδιάζεται προκειμένου να παρέχει διαρκή παρακολούθηση σχετικά με το κατά πόσο το προϊόν ή η υπηρεσία, που βρίσκεται στο στάδιο της παραγωγής, συμμορφώνεται με τα καθορισμένα πρότυπα, προκειμένου να εντοπιστούν πιθανά λάθη ή παραλείψεις, αλλά και για να γίνει καταγραφή των σχετικών πληροφοριών και δραστηριοτήτων (Penman et al 2000).

Η *διασφάλιση ποιότητας* (quality assurance) αναφέρεται σε ένα σύστημα διαχείρισης σχεδιασμένο για να δημιουργεί εμπιστοσύνη στο μέγιστο βαθμό ότι σε ένα αγαθό ή σε μια υπηρεσία έχει επιτευχθεί ένα δεδομένο επίπεδο ποιότητας με την ελάχιστη δαπάνη (Martínez 1999). Σύμφωνα με το λεξικό του Kahn, η ποιότητα αναφέρεται στον βαθμό τελειότητας κάποιου προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ η διασφάλιση ποιότητας αποτελεί την επίσημη εγγύηση, μια θετική δήλωση για την ύπαρξη της ποιότητας (Stebbing 1993).

Συνήθως, οι δραστηριότητες για τη διασφάλιση της ποιότητας διεξάγονται από ανεξάρτητα τρίτα πρόσωπα, δηλαδή, από άτομα που δεν ανήκουν στο προσωπικό της παραγωγής προϊόντων ή υπηρεσιών (Penman et al 2000). Η διασφάλιση της ποιότητας εξασφαλίζει την εκ των προτέρων ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών. Είναι ένα μέσο για την παραγωγικότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, εξασφαλίζοντας ότι οι διαδικασίες θα γίνουν σωστά από την πρώτη φορά και για κάθε φορά, αναθέτοντας ευθύνη σε όλα τα άτομα του οργανισμού για τον έλεγχο των προδιαγραφών ποιότητας. Για να επιτευχθεί διασφάλιση ποιότητας είναι απαραίτητο να εξασφαλισθεί ότι οι απαιτήσεις του πελάτη είναι επαρκώς προσδιορισμένες και πλήρως κατανοητές. Η συγκέντρωση όλων των πληροφοριών, ο σχεδιασμός όλων των δραστηριοτήτων και οι ακριβείς οδηγίες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν πριν από την εκτέλεση της δραστηριότητας. Η διασφάλιση ποιότητας απαιτεί την ταυτόχρονη αλληλεπίδραση διαφόρων τομέων του οργανισμού, όπως είναι οι τομείς της εγκατάστασης, της χρηματοδότησης, της δέσμευσης, του σχεδιασμού, της παραγωγής, των προμηθειών, των πωλήσεων, της διαχείρισης και της αποδέσμευσης (Stebbing 1993).

Ο έλεγχος της ποιότητας και η διασφάλιση της ποιότητας παρουσιάζουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους. Κατ' αρχήν, και τα δύο στοιχεία αξιολογούν την απόδοση. Επιπλέον, και τα δύο πραγματοποιούν μια σύγκριση μεταξύ της πραγματικής απόδοσης και των στόχων που είχαν προκαθοριστεί. Ωστόσο, λειτουργούν με διαφορετικό τρόπο. Ο έλεγχος της ποιότητας έχει ως πρωτεύοντα στόχο τη διατήρηση του ελέγχου. Η απόδοση αξιολογείται κατά τη διάρκεια των λειτουργιών για την παραγωγή προϊόντων ή/και υπηρεσιών. Δηλαδή, παραγωγή και έλεγχος ανταπόκρισης στους καθορισμένους στόχους διεξάγονται ταυτόχρονα. Οι πληροφορίες που προκύπτουν, λαμβάνονται και αξιοποιούνται από τα άτομα που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή των προϊόντων ή/και των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά τη διασφάλιση της ποιότητας, βασικός σκοπός της είναι η επαλήθευση του βαθμού διατήρησης του ελέγχου. Στην περίπτωση αυτή, η απόδοση αξιολογείται έπειτα από τη φάση της παραγωγής, έπειτα από τη διεξαγωγή των λειτουργιών, και οι πληροφορίες που προκύπτουν, παρέχονται τόσο στα άτομα που ήταν υπεύθυνα για την παραγωγή και τις λειτουργίες, όσο και σε άλλα άτομα που χρειάζεται να έχουν αυτές τις πληροφορίες, π.χ. σε διευθυντικά στελέχη, στη ρυθμιστική αρχή, στους πελάτες, στο ευρύ κοινό (Juran and Blanton Godfrey 1999).

1.4 Εφαρμογή ποιότητας

Τα πρώτα βήματα για την εφαρμογή της ποιότητας πραγματοποιήθηκαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, σε μια προσπάθεια παραγωγής υψηλής ποιότητας προϊόντων μέσα από όλο και πιο περίπλοκες βιομηχανικές διαδικασίες (Kavanagh, Adams and Wang 2009).

Ιδιαίτερα σημαντικό υπήρξε το έργο του Walter A. Shewart (Kavanagh, Adams and Wang 2009), ο οποίος, κατά το 1924, δημιούργησε ένα πλάνο, το οποίο απεικόνιζε μια κυκλική δράση για τον συνεχή έλεγχο της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας (Rohrbasser et al 2018).

Στο μοντέλο αυτό στηρίχτηκε ο Edward Deming (Rohrbasser et al 2018), Αμερικανός στατιστικολόγος, ο οποίος διαδραμάτισε καταλυτικό ρόλο στη διάδοση της φιλοσοφίας περί ποιότητας. Συγκεκριμένα, κατά την πενταετία 1950-1954, ο Deming συνέβαλε τα μέγιστα στον μετασχηματισμό του βιομηχανικού χώρου της Ιαπωνίας, καθιστώντας τον κορυφαίο σε επίπεδο ποιότητας. Θεωρούσε πως βασικό στόχο της διοίκησης αποτελεί ο περιορισμός των αποκλίσεων, και πως η ευθύνη για το 85% εξ αυτών αποδίδεται στη διοίκηση (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Ο Deming ανέπτυξε την έννοια του στατιστικού ελέγχου των διαδικασιών, το στατιστικό διάγραμμα ελέγχου της διαδικασίας για τη διαχείριση και βελτίωση των διαδικασιών (Kavanagh, Adams and Wang 2009), στο πλαίσιο ενός μοντέλου τεσσάρων σταδίων, γνωστό ως ο «κύκλος του Deming» (Χυτήρης και Άννινος 2015), ως ο «κύκλος PDCA» (Plan-Do-Check-Act cycle), το οποίο αποτέλεσε μια απλή μέθοδο για τον έλεγχο σημαντικών πληροφοριών πριν τη λήψη κάποιας σημαντικής απόφασης ή πριν την πραγματοποίηση κάποιας σημαντικής αλλαγής (Kavanagh, Adams and Wang 2009). Κεντρικό ρόλο στο πλάνο του Deming έχει ο πελάτης, ο οποίος θεωρείται ως το πιο σπουδαίο κομμάτι της αλυσίδας παραγωγής (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Στο μοντέλο του Deming, το πρώτο στάδιο είναι αυτό του *σχεδιασμού* (plan). Καθορίζεται το πρόβλημα που απαιτεί διερεύνηση, συλλέγονται δεδομένα και εντοπίζεται η βασική αιτία του προβλήματος. Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της *εκτέλεσης* (do), όπου αναπτύσσεται και γίνεται εφαρμογή της πιθανής λύσης, ενώ, παράλληλα, λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο εκτίμησης της αποτελεσματικότητάς της.

Έπειτα, ακολουθεί η φάση του *ελέγχου* (check). Στο στάδιο αυτό αξιολογούνται τα αποτελέσματα, μέσα από μια σύγκριση των δεδομένων σχετικά με την κατάσταση πριν και μετά από την εφαρμογή της προτεινόμενης λύσης του προβλήματος (Dodwad 2013). Για τη μέτρηση της βελτίωσης που σχετίζεται με την ικανοποίηση των πελατών, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των διεργασιών και με τις απώλειες σε κοινωνικό επίπεδο, έχουν αναπτυχθεί πρότυπα εργαλεία/ερωτηματολόγια που εμπεριέχουν κριτήρια, τα οποία μετρούν την ικανοποίηση των πελατών (Moeller, 2001). Τέλος, το τέταρτο στάδιο είναι αυτό της *δράσης* (act), όπου καταγράφονται τα αποτελέσματα, πληροφορούνται για αυτά οι ενδιαφερόμενοι, και πραγματοποιούνται συστάσεις για τον ορθό τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος στον επόμενο κύκλο PDCA (Dodwad 2013).

Έπειτα, ο Deming προχώρησε και στη διατύπωση 14 αρχών για τη διοίκηση. Αρχικά, αναφέρθηκε στην ανάγκη επίτευξης μιας σταθερότητας με στόχο τη διαρκή βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών, ώστε να διασφαλίζεται η ανταγωνιστικότητα και να δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας. Ακόμα, τόνισε ότι είναι αναγκαίο όλα τα μέλη της επιχείρησης ή του οργανισμού (π.χ. διοικητικά μέλη, εργαζόμενοι) να ασπάζονται τη νέα φιλοσοφία. Πρέπει να γίνεται προσπάθεια για τη διασφάλιση της ποιότητας από την πρώτη στιγμή, και όχι μόνο κατά το διάστημα μιας μαζικής επιθεώρησης. Χρειάζεται να γίνεται προσπάθεια για περιορισμό του συνολικού κόστους, μέσα από τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τους προμηθευτές και μέσα από την απαίτηση ποιότητας. Επίσης, ο Deming αναφέρθηκε στην ανάγκη για σταθερή και διαρκή βελτίωση του συστήματος παραγωγής και εξυπηρέτησης, καθώς κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας, και κατ' επέκταση σε περιορισμό του κόστους. Επιπρόσθετα, τόνισε ότι η επιλογή σύγχρονων μεθόδων εκπαίδευσης για την εργασία, καθώς και η επιλογή μιας ηγεσίας που βοηθά τους εργαζόμενους να δουλεύουν καλύτερα, είναι ιδιαίτερα ωφέλιμα στοιχεία. Αντίθετα, υποστήριξε ότι πρέπει να γίνεται προσπάθεια για καταπολέμηση των εμποδίων ανάμεσα στα διαφορετικά τμήματα, στις διαφορετικές ομάδες και στους διάφορους τομείς, όπως επίσης και του φόβου. Πρέπει να δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης και μια διάθεση για καινοτομία. Επιπλέον, είναι καλύτερο να αποφεύγονται οι προτροπές προς το εργατικό δυναμικό, διότι έτσι προκαλούνται αντιθετικές σχέσεις. Ποσοτώσεις, αριθμητικοί στόχοι, ετήσιες αξιολογήσεις και διοίκηση δια στόχων πρέπει επίσης να αποφεύγονται. Συστήνεται η

ενθάρρυνση για εκπαίδευση και για αυτοβελτίωση προς όλα τα μέλη του οργανισμού της επιχείρησης. Τέλος, ενέργειες πρέπει να γίνονται για τη δέσμευση των ανώτερων διοικητικών στελεχών στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας. Τονίζεται πως ο ποιοτικός μετασχηματισμός αποτελεί μια υπόθεση όλων (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της φιλοσοφίας περί ποιότητας διαδραμάτισε και ο Joseph M. Juran, ο οποίος κατά τη δεκαετία του 1920 βρέθηκε στον ίδιο εργασιακό χώρο με τους Shewart και Deming (Kavanagh, Adams and Wang 2009). Ο Juran, μηχανικός και σύμβουλος επιχειρήσεων στο επάγγελμα, υποστήριξε ότι τα ζητήματα ποιότητας πρέπει να παρουσιάζονται με απλό τρόπο, ώστε να γίνονται κατανοητά όχι μόνο από τα μέλη της διοίκησης, αλλά και από τους εργαζομένους. Όσον αφορά το λειτουργικό επίπεδο, έδωσε έμφαση στην ανάγκη για συμμόρφωση στις προδιαγραφές, μέσα από τον περιορισμό των ελαττωμάτων των προϊόντων και την αξιοποίηση στατιστικών εργαλείων. Ερμήνευε την ποιότητα ως την καταλληλότητα για χρήση, η οποία αποτελεί έργο του συνόλου του εργατικού δυναμικού της επιχείρησης ή του οργανισμού. Δήλωσε ότι απαιτείται ομαδικότητα, κατάλληλη ηγεσία και εκπαίδευση όλων σε θέματα σχετικά με την ποιότητα. Ο Juran διατύπωσε τη γνωστή «τριλογία της ποιότητας», με στόχο την ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών, στοιχείο που αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό για την επίτευξη ανταγωνιστικότητας. Η τριλογία αυτή απαρτίζεται από τον σχεδιασμό, τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας. Κατά τον *σχεδιασμό* της ποιότητας εξετάζονται στοιχεία όπως το ποιοι αναμένεται να είναι οι πελάτες, ποιες υπολογίζονται να είναι οι απαιτήσεις τους και ποιες οι αντίστοιχες προδιαγραφές των προϊόντων. Ο *έλεγχος* ποιότητας αναφέρεται στο αντικείμενο και στα πρότυπα ελέγχου, αλλά και στον τρόπο ερμηνείας και αξιοποίησης των αποτελεσμάτων που προκύπτουν. Κατά τη *βελτίωση* της ποιότητας εξετάζονται οι ανάγκες στις οποίες στηρίζεται αυτή, τα αίτια που οδηγούν στην ανάγκη για βελτίωση, αλλά και ο τρόπος επίτευξής της (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Το έργο του Juran άσκησε σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της έννοιας της ποιότητας και οδήγησε σε αυτό που είναι σήμερα ευρέως γνωστό ως «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας» (Kavanagh, Adams and Wang 2009).

Ο όρος *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (Total Quality Management - TQM) ενσωματώνει τις έννοιες της ποιότητας του προϊόντος, του ελέγχου της διαδικασίας, της διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της ποιότητας. Μέσω αυτού περιγράφεται ο έλεγχος όλων των διαδικασιών μετασχηματισμού ενός οργανισμού για την καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών των πελατών με τον πιο οικονομικό τρόπο (Dodwad 2013). Αποτελεί μια χρήσιμη προσέγγιση για τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ευελιξίας των οργανισμών, καθώς είναι ουσιαστικά ένας τρόπος σχεδιασμού, οργάνωσης και κατανόησης κάθε δραστηριότητας που πραγματοποιείται εντός της (Hoe and Mansori 2018).

Η *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* στηρίζεται σε ορισμένες θεμελιώδεις αρχές. Κρίσιμο είναι να δίνεται έμφαση στην ποιότητα και στη διαρκή βελτίωσή της. Οι απαιτήσεις των πελατών πρέπει να αποτελούν βασικό σημείο εστίασης. Ακόμα, χρειάζεται να γίνεται προσπάθεια για την πρόληψη της κακής ποιότητας. Η διοίκηση πρέπει να στηρίζεται σε αντικειμενικά στοιχεία, να αξιοποιεί τις διαλειτουργικές ομάδες, και να προωθεί τη συνολική και συστηματική συμμετοχή όλων των εργαζομένων (Χυτήρης και Άννινος 2015).

2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στη μελέτη της έννοιας της ποιότητας, ως προς τη σχέση της με τον χώρο της υγείας. Πρόκειται, λοιπόν, να μελετηθεί ο τρόπος εισαγωγής και εξέλιξης της ποιότητας στον χώρο της υγείας, από τα χρόνια της αρχαιότητας μέχρι και τη σημερινή εποχή. Επιπλέον, θα γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον τρόπο με τον οποίο αυτή έχει ερμηνευτεί κατά καιρούς, εντός του συγκεκριμένου πλαισίου.

2.1 Ιστορική αναδρομή

Η έννοια της ποιότητας δεν προέκυψε ξαφνικά στον χώρο της υγείας. Σε πρώτη φάση, έμφαση σε αυτή δόθηκε στον χώρο της μεταποίησης και της βιομηχανίας. Ακολούθησε η εισαγωγή της στη βιομηχανία των υπηρεσιών, και, έπειτα, σε τρίτη φάση, αυτή κατάφερε να ενταχθεί και στον χώρο της ιατρικής επιστήμης (Rohrbasser et al 2018).

Οι ρίζες της ποιότητας στον χώρο της υγείας είναι δυνατό να εντοπιστούν ήδη από τα χρόνια της αρχαιότητας (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010), ακόμη και από τα πρώτα έτη της δημιουργίας της ιατρικής επιστήμης (Θανασάς 2019).

Πιο συγκεκριμένα, ορισμένοι γενικοί κανόνες για τον έλεγχο της ποιότητας κατά την παροχή φροντίδας στους ασθενείς, παρουσιάζονται από την εποχή του βασιλιά της Βαβυλώνας, του Χαμουραμί (Bachir 2015), όπου, περί το 2000 π.Χ., έγινε αναφορά σε κάποιους συγκεκριμένους κανόνες αναφορικά με την κατάλληλη φροντίδα της υγείας των ανθρώπων. Αναλυτικότερα, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ της ποιότητας φροντίδας και της κακής ιατρικής πρακτικής, έγινε λόγος για το ποια πρόσωπα είναι κατάλληλα για την παροχή ιατρικής περίθαλψης, ενώ, επίσης, υπήρξε αναφορά στο δικαίωμα ορισμένων μόνο ατόμων να έχουν πρόσβαση σε φροντίδα υψηλής ποιότητας (Πέππας και Κοράκη 2013).

Επιπλέον, κάποια από τα πρώτα κριτήρια που παρουσιάστηκαν, για την αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης που προσφέρεται στους ασθενείς, εντοπίζονται στην περιοχή της Αιγύπτου. Τα κριτήρια αυτά αποτυπώθηκαν πάνω σε λίθινες πλάκες (Θανασάς 2019) και ήταν γραμμένα στην ιερογλυφική γραφή (Πάτσιος και συν 2014). Αυτά αναφερόταν στις κατάλληλες μεθόδους για την περίθαλψη διαφόρων τραυμάτων και για τη διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων (Thanasas et al 2018). Πρόκειται για ένα

έργο που είναι ευρέως γνωστό ως ο «πάπυρος Smith» (Πάτσιος και συν 2014). Επιπρόσθετα, κατά τον 5^ο αιώνα π.Χ., οι αρχαίοι Αιγύπτιοι υποστήριζαν πως απόκλιση από τους κανόνες σχετικά με την ορθή εξάσκηση της ιατρικής πρακτικής αποτελούσε ένα σοβαρό και αξιόποιο αδίκημα (Bachir 2015).

Ιδιαίτερα σημαντικός υπήρξε και ο ρόλος του Ιπποκράτη, ο οποίος θεωρείται ο «πατέρας» της Ιατρικής επιστήμης στον Δυτικό κόσμο (Nabialczyk-Chalupowski 2016). Αυτός, λοιπόν, περί τον 5^ο αιώνα π.Χ., διατύπωσε τους λεγόμενους «Κώδικες Ηθικής του Ιπποκράτη», οι οποίοι αποτελούσαν έναν κώδικα αναφορικά με την ορθή πρακτική εξάσκηση της ηθικής και της δεοντολογίας στο πεδίο της υγείας (Thanasas et al 2018). Παρουσίασε ένα σύνολο κανόνων, οδηγιών, κατευθυντήριων γραμμών και ηθικών επαγγελματικών προτύπων, που έπρεπε να τηρούνται από όλους τους γιατρούς και όλους τους επαγγελματίες υγείας (Nabialczyk-Chalupowski 2016). Χάρης σε αυτόν, τονίστηκε ότι η ύπαρξη ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαίο να αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Κάτι τέτοιο έχει αποτυπωθεί χαρακτηριστικά με την έκφραση ««ωφελείν ή μη βλάπτειν» (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

Χρήσιμο είναι, ακόμη, να γίνει αναφορά και στη συνεισφορά του Αριστοτέλη, ο οποίος, περίπου κατά τον 4^ο αιώνα π.Χ., διατύπωσε έναν νόμο, ο οποίος επιβεβαίωνε ότι οι γιατροί είναι ικανοί να αλλάζουν την πορεία της θεραπείας ενός ασθενή, άμα περάσουν τέσσερις ημέρες από το διάστημα όπου πρωτοπαρουσιάστηκε η αρρώστια σε αυτό το άτομο (Bachir 2015).

Αρκετά χρόνια αργότερα, και συγκεκριμένα κυρίως κατά τον 19^ο αιώνα μ.Χ. και κατά τις αρχές του 20^{ου} αιώνα μ.Χ., πραγματοποιήθηκαν, επίσης, σημαντικές εξελίξεις σχετικά με την πορεία της ποιότητας στον χώρο της ιατρικής και της υγείας, όπου αρκετοί άνθρωποι, ακολουθώντας τις αρχές του Ιπποκρατικού Όρκου, έθεσαν τις βάσεις για τη σύγχρονη διαχείριση της ποιότητας στο πεδίο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Nabialczyk-Chalupowski 2016).

Για παράδειγμα, κατά το 1848, ο Elisha Barlett (1804-1855), ένας γιατρός, πολιτικός και συγγραφέας από τη Μασαχουσέτη των ΗΠΑ, δημοσίευσε ένα βιβλίο, με τίτλο «An

Inquiry into the Degree of Certainty in Medicine», απεικονίζοντας τις πρώτες προσπάθειες για τη διασφάλιση συγκεκριμένων προτύπων για το ιατρικό επάγγελμα (Nabialczyk-Chalupowski 2016).

Στη σύγχρονη εποχή, ειδικά στην περιοχή της Ευρώπης, πολύ σημαντική υπήρξε η επίδραση του έργου της Florence Nightingale (1820-1910), μια Βρετανίδα γυναίκα, με αριστοκρατική καταγωγή (Nabialczyk-Chalupowski 2016), η οποία εργάστηκε στον τομέα της νοσηλευτικής (Kralik 2010). Η Nightingale, μέσα από τις εμπειρίες που έλαβε από την εργασία της στην περίθαλψη των τραυματιών του Κριμαϊκού πολέμου (1853-1856) (Nabialczyk-Chalupowski 2016), ξεκίνησε, ήδη από το 1854, να μελετά την υπόθεση της επίδρασης των νοσοκομειακών προβλημάτων στην πορεία της υγείας των ατόμων αυτών (Bachir 2015). Συγκεκριμένα, απέδειξε ότι μέσα από την εφαρμογή βασικών προτύπων υγιεινής και καθαριότητας, κατά την περίθαλψη των στρατιωτών που τραυματίστηκαν στον πόλεμο της Κριμαίας, είναι δυνατή η μείωση της θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών (Chun and Bafford 2014). Πιο αναλυτικά, η Nightingale συνέλεξε και παρουσίασε δεδομένα, τα οποία αποδείκνυαν ότι πολλοί θάνατοι ασθενών οφειλόταν στις ανθυγιεινές συνθήκες περίθαλψής τους. Υπολόγισε, ότι μέσα από βελτίωση των υγειονομικών μεθόδων που τηρούνταν, θα ήταν εφικτή η μείωση των θανάτων. Πράγματι, όταν η υγειονομική μεταρρύθμιση που πρότεινε, τέθηκε σε εφαρμογή, το ποσοστό των θανάτων μειώθηκε σημαντικά (Kralik 2010). Η Nightingale εισήγαγε την έννοια της ποιότητας στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, με σκοπό τη βελτίωσή της (Thanasas et al 2018). Αξιοποίησε στατιστικές μεθόδους και αναλύσεις, αποδεικνύοντας ότι κοινωνικά φαινόμενα είναι δυνατό να μετρηθούν και να υποβληθούν σε αντικειμενική μαθηματική ανάλυση (Kralik 2010). Εισήγαγε τους δείκτες αποτελεσμάτων για να μετρήσει τα ποσοστά θνησιμότητας, για να ελέγξει την ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών, και για να αναδείξει την ανάγκη για περιορισμό της εξάπλωσης των λοιμώξεων. Απέδειξε ότι η επαρκής νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατό να μειώσει τα ποσοστά θνησιμότητας από το 32% στο 2% (Bachir 2015). Το έργο που πραγματοποίησε μετέπειτα, σε συνεργασία και με τον Henry Currey (1820-1900), έφερε επανάσταση στον τρόπο σχεδιασμού των νοσοκομείων, συμβάλλοντας σημαντικά στην περαιτέρω μείωση της θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών (O'Connor and Neumann 2006).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, υπήρξε βελτίωση στα νοσοκομεία ως προς την καθαριότητα, και οι νοσοκομειακές επιτροπές άρχισαν να αναφέρουν την απόδοση των ιδρυμάτων τους. Ωστόσο, στα σχετικά στατιστικά στοιχεία των νοσοκομείων δε δινόταν η απαραίτητη προσοχή, και δεν υπήρχε συστηματική καταγραφή των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που παρέχονταν στους ασθενείς (O'Connor and Neumann 2006).

Κατά το 1908, ένας γιατρός στη Μ. Βρετανία, ο Emory Grove, διερεύνησε όλα τα νοσοκομεία που διέθεταν πάνω από 200 κλίνες, σχετικά με τη θνησιμότητα ως μετεγχειρητική επιπλοκή. Εντόπισε, λοιπόν, σημαντικές διαφορές στη θνησιμότητα ανάλογα με την ασθένεια που αντιμετώπιζαν, και βάσει αυτής της έρευνας, συνέστησε την ανάπτυξη μιας τυποποιημένης ταξινόμησης των ασθενειών και τη δημιουργία ενός συστήματος παρακολούθησης για μετεγχειρητικές καταστάσεις, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι επιπλοκές και να περιοριστεί η θνησιμότητα των ανθρώπων (Bachir 2015).

Προσπάθεια για καταγραφή και βελτίωση των αποτελεσμάτων της παροχής φροντίδας έγινε και από τον Harvey Cushing (1869-1939), του «πατέρα της σύγχρονης νευροεπιστήμης», αλλά και από τον συμφοιτητή του στην Ιατρική σχολή του Harvard, τον Ernest Armony Godman (1869-1940), ενός ορθοπεδικού χειρουργού από τη Βοστώνη (Nabialczyk-Chalupowski 2016), που εργαζόταν στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης (Chun and Bafford 2014), και ο οποίος θεωρείται ιδρυτής των μελετών βάσει αποτελεσμάτων και της ιατρικής βάσει στοιχείων (Chun and Bafford 2014). Ο Godman ήταν το πρώτο άτομο που συστηματικά ασχολήθηκε με τον έλεγχο και την παρακολούθηση των ασθενών, έπειτα από τη νοσοκομειακή τους περίθαλψη (O'Connor and Neumann 2006). Συγκεκριμένα, κατά το διάστημα μεταξύ 1910-1913, πρότεινε την εφαρμογή ενός συστήματος αξιολόγησης των τελικών αποτελεσμάτων της νοσοκομειακής περίθαλψης (Bachir 2015). Χρησιμοποίησε τις «κάρτες τελικών αποτελεσμάτων», δηλαδή κάποιες κάρτες που περιείχαν δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, διαγνώσεις, θεραπείες και σχετικά αποτελέσματα (Chun and Bafford 2014). Παρακολουθούσε για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα την πορεία της υγείας των ατόμων που είχαν δεχθεί χειρουργική περίθαλψη (O'Connor and Neumann 2006), διαδικασία που έγινε γνωστή με τον όρο «follow-up» (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), προκειμένου να διαπιστώσει εάν αυτή ήταν αποτελεσματική (Bachir 2015),

προκειμένου να καταγράψει σφάλματα στη διάγνωση ή στη θεραπευτική προσέγγιση που υιοθετήθηκε, και για να διαπιστώσει πιθανές σχέσεις τους με το τελικό αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενούς (O'Connor and Neumann 2006), με τελικό στόχο τη βελτίωση της φροντίδας που επρόκειτο να παρέχει το νοσοκομείο στους μελλοντικούς ασθενείς (O'Connor and Neumann 2006· Chun and Bafford 2014· Bachir 2015). Το 1913, ο Codman μαζί με τον Edward Martin, ενός γυναικολόγου στο επάγγελμα, ίδρυσαν μαζί το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών (American College of Surgeons - ACS), και οργάνωσαν διάφορες επιτροπές, συμπεριλαμβανομένης μιας επιτροπής για την τυποποίηση των νοσοκομείων, η οποία έδωσε έμφαση στο σύστημα της παρακολούθησης έπειτα από την θεραπευτική παρέμβαση, προκειμένου, στο μέτρο του δυνατού, το αποτέλεσμα κάθε περίπτωσης ασθενούς να είναι διαθέσιμο ανά πάσα στιγμή για διερεύνηση από τα μέλη του προσωπικού, τους διαχειριστές, από τη διοίκηση ή από άλλους εξουσιοδοτημένους ερευνητές ή στατιστικούς. Κατά το 1917, το σύστημα της μελέτης των τελικών αποτελεσμάτων υιοθετήθηκε από το πρόγραμμα για την τυποποίηση των νοσοκομείων (Hospital Standardization Program) (Chun and Bafford 2014). Σε αυτό τέθηκαν ορισμένα βασικά πρότυπα που κρίθηκε απαραίτητο να τηρούνται από τα νοσοκομεία (Bachir 2015). Συγκεκριμένα, απαραίτητη θεωρούταν η οργάνωση του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου, ο περιορισμός των μελών του προσωπικού μόνο σε επαγγελματίες υγείας και χειρουργούς με άδεια, που ήταν καλά εκπαιδευμένα και ικανά άτομα, η διατύπωση κανόνων και κανονισμών για τη διασφάλιση της διεξαγωγής τακτικών συναντήσεων των μελών του προσωπικού και της πραγματοποίησης κλινικών ανασκοπήσεων, η διατήρηση ιατρικών αρχείων σχετικά με το ιστορικό, τις εργαστηριακές δραστηριότητες και τις σωματικές εξετάσεις των ασθενών, και, τέλος, η δημιουργία εποπτευόμενων διαγνωστικών και θεραπευτικών εγκαταστάσεων, π.χ. κλινικών εργαστηρίων και τμημάτων ακτινολογίας (Chun and Bafford 2014).

Αξιοσημείωτη ήταν, κατά την περίοδο αυτή, και η συνεισφορά του Abraham Flexner (1866-1959), ο οποίος υποστήριξε πως η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που προσφέρεται προς τους ασθενείς είναι άμεσα συνυφασμένη με την εκπαίδευση που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Ως εκ τούτου, δήλωσε πως είναι αναγκαίο να τίθενται συγκεκριμένα πρότυπα, για τη βελτίωση της

ποιότητας και των αποτελεσμάτων της ιατρικής εκπαίδευσης στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη (Nabialczyk-Chalupowski 2016).

Μέχρι το 1952, το Αμερικάνικο Κολλέγιο Παθολόγων (American College of Physicians - ACP), η Αμερικανική Ένωση Υγειονομικής Περίθαλψης (American Hospital Association - AHA), η Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association - AMA) και η Καναδική Ιατρική Ένωση (Canadian Medical Association - CMA) ένωσαν τις δυνάμεις τους με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών, για τη δημιουργία της Επιτροπής Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγειονομικής Περίθαλψης (Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations - JCAHO) (Chun and Bafford 2014), ενός μη κερδοσκοπικού προγράμματος που δημιουργήθηκε για την αξιολόγηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), και για την παρότρυνση προς αυτούς να λάβουν κατάλληλα μέτρα για την παροχή μιας πιο ασφαλούς και πιο αποτελεσματικής φροντίδας, η οποία όφειλε να διακρίνεται από τη μέγιστη δυνατή ποιότητα και αξία (Bachir 2015).

Ωστόσο, είναι φανερό, πως μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970, οι δράσεις για τη διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είχε κυρίως ακαδημαϊκό χαρακτήρα, σε αντίθεση με τον βιομηχανικό τομέα, όπου πρακτικές εφαρμογές είχαν ήδη αρχίσει να λαμβάνουν χώρα από το 1930 (Thanasas et al 2018).

Ένα άτομο, όμως, που, από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα και έπειτα, παρουσίασε καινοτόμες ιδέες ήταν ο Avedis Donabedian (1919-2000) (Bachir 2015), ο οποίος θεωρήθηκε ως ο «πατέρας» της διαχείρισης της ποιότητας στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Nabialczyk-Chalupowski 2016). Δουλεύοντας, από το 1961 έως και τον θάνατό του, ως καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν, με ειδίκευση στο ζήτημα της Δημόσιας Υγείας, αφιέρωσε την καριέρα του στη μελέτη των σχέσεων ανάμεσα στην ποιότητα και στα συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (O'Connor and Neumann 2006), καλύπτοντας ολόκληρο το πεδίο της μέτρησης της ποιότητας, όπως ήταν κατανοητό εκείνη την εποχή (Berwick and Fox 2016). Πιστεύοντας ότι οι πολιτικοί παράγοντες παίρνουν αποφάσεις σχετικά με τις πολιτικές που ακολουθούνται στις υπηρεσίες υγείας, δίχως να λαμβάνουν υπόψιν τους τα σχετικά και απαραίτητα δεδομένα που υπάρχουν (O'Connor and Neumann 2006), μελέτησε ενδελεχώς τις σχετικές με την

ποιότητα στην υγεία προσεγγίσεις που παρουσιάστηκαν κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 1954-1984 (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012· Θανασάς 2019). Κατέληξε, λοιπόν, στη διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου πλάνου, στην επιλογή ορισμένων προτύπων ποιότητας, για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Berwick and Fox 2016). Το πλάνο αυτό στηρίχτηκε σε τρεις βασικούς παράγοντες: τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα, στοιχεία που θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα σε παρακάτω ενότητα (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012· Θανασάς 2019).

Είναι φανερό, λοιπόν, ότι, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό από τους ερευνητές και από τους διεθνείς οργανισμούς, καθώς η υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη ζωή των ανθρώπινων όντων, είναι το πιο πολύτιμο «αγαθό», και η διατήρησή της αποτελεί βασικό καθήκον των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Bachir 2015).

2.2 Η ποιότητα στον χώρο της υγείας

Η διατύπωση ενός πλήρους ορισμού για την έννοια της ποιότητας, όταν αυτή αναφέρεται στον χώρο της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αποτελεί ένα ιδιαίτερα δύσκολο έργο. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας (Thanasas et al 2018) και η ιδιαίτερα φύση του τομέα αυτού, σε συνδυασμό με τον υψηλό βαθμό αϊλότητας (Bachir 2015) και με το μεγάλο πλήθος των εμπλεκόμενων ατόμων (σε επίπεδο παραγωγής, διαχείρισης και χρήσης των υπηρεσιών τους), δημιουργούν μια ιδιαίτερα περίπλοκη κατάσταση (Thanasas et al 2018) και δυσχεραίνουν την αξιολόγηση και τη μέτρηση της ποιότητας στο πεδίο αυτό (Bachir 2015).

Ωστόσο, κατά καιρούς, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές προσπάθειες για την ερμηνεία του όρου της *ποιότητας στον χώρο της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης* (healthcare quality) (Bachir 2015).

Παραδείγματος χάριν, ο Maxwell, το 1984, υποστήριξε πως το επίπεδο της ποιότητας στον χώρο της υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την προσβασιμότητα που προσφέρεται στους χρήστες της, τόσο ως προς τον χρόνο, όσο και ως προς τον τόπο. Επιπλέον, στο πλαίσιο της ίσης και δίκαιης μεταχείρισης, η ποιότητα εξαρτάται και από

την ετοιμότητα του εκάστοτε πάροχου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες των πελατών-χρηστών του (Ρίκος 2015).

Ο Donabedian, διατύπωσε την άποψη του και ως προς το θέμα αυτό. Όρισε, λοιπόν, κατά το 1988, την ποιότητα υγείας, ως το είδος της φροντίδας που αναμένεται να προσφέρει τα μέγιστα δυνατά οφέλη στους ασθενείς, μέσα σε μια προσπάθεια όπου υπάρχει ειδική μέριμνα για την ολόπλευρη ευημερία τους, αφού, όμως, ληφθούν υπόψιν και υπάρξει μια ισορροπία μεταξύ των οφελών και των απωλειών που μπορεί να προκύψουν σε οποιοδήποτε στάδιο της παροχής φροντίδας (Bachir 2015).

Ένα έτος αργότερα, το 1989, η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγειονομικής Περίθαλψης (JCAHO), δήλωσε πως η ποιότητα στον χώρο της υγείας περιγράφει τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς αυξάνουν την πιθανότητα να επέλθουν τα επιθυμητά για τον ασθενή αποτελέσματα και περιορίζουν την πιθανότητα να προκύψουν δυσάρεστες συνέπειες για αυτούς, με βάση, βέβαια, το υπάρχον επίπεδο γνώσης που παρουσιάζεται (Bachir 2015).

Έπειτα, κατά το 1990, η Αμερικανική Ιατρική Ένωση, έκανε λόγο για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι είναι εκείνο το είδος της περίθαλψης, στο οποίο υπάρχει προληπτική δράση απέναντι σε ποικίλες αρρώστιες και ασθένειες, άμεση παρέμβαση σε περίπτωση που υπάρξει ανάγκη για περίθαλψη, πλήρης και σαφής ενημέρωση προς τους ασθενείς, όπως, επίσης, και ορθή χρήση των διαθέσιμων πόρων (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Είναι εκείνο το είδος φροντίδας που συμβάλλει στη διατήρηση της ποιότητας ή/και στη διάρκεια της ζωής (Bachir 2015).

Ο Palmer και οι συνεργάτες του, κατά το 1991, υποστήριξαν ότι η ποιότητα υγείας αναφέρεται στην προσφορά βελτιωμένης κατάστασης σε επίπεδο υγείας και στην ικανοποίηση του εκάστοτε πληθυσμού, μέσα στο πλαίσιο των εκάστοτε τεχνολογικών δυνατοτήτων και πόρων που είναι διαθέσιμοι, αλλά και των περιστάσεων που σχετίζονται με τους ίδιους τους χρήστες (Bachir 2015).

Ένας ευρέως διαδεδομένος ορισμός σχετικά με την ποιότητα στον χώρο της υγείας, παρουσιάστηκε το 1993, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Θανασάς 2019). Ο ΠΟΥ υποστήριξε ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιγράφει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης υγειονομικής περίθαλψης, ως προς το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, οι οποίες πρέπει να πραγματοποιούνται σε κατάλληλο χρόνο, με τον σωστό τρόπο, και στα άτομα που τις έχουν ανάγκη. Τότε μόνο, και με την κατάλληλη αξιοποίηση όλων των εργαλείων που προσφέρει η σύγχρονη ιατρική, εξασφαλίζεται το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα, και η μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή, σε επίπεδο διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Thanasas et al 2018).

Επιπρόσθετα, το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, κατά το 1996, υποστήριξε ότι η ποιότητα στον χώρο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ερμηνεύεται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και στο σύνολο του πληθυσμού γενικότερα, αυξάνουν την πιθανότητα να προκύψει το επιθυμητό αποτέλεσμα για την υγεία τους. Επιπλέον, αυτές πρέπει να βρίσκονται σε συνάφεια με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση (Kavanagh, Adams and Wang 2009).

Ακόμα, ας γίνει λόγος για τον ορισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης, το οποίο, το 1998, δήλωσε ότι η ποιότητα στον χώρο της φροντίδας της υγείας αναφέρεται στον βαθμό που η θεραπευτική παρέμβαση που προσφέρεται αυξάνει τις πιθανότητες του ασθενή να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, και, αντίθετα, μειώνει τις πιθανότητές του να έρθει αντιμέτωπο με δυσάρεστα αποτελέσματα, λαμβάνοντας υπόψιν το τρέχον επίπεδο γνώσης που υπάρχει (Bachir 2015).

Σε ένα πιο πρόσφατο χρονικό διάστημα, κατά το 2010, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναφέρθηκε στην καλή ποιότητα υγείας. Υποστήριξε, λοιπόν, ότι καλή ποιότητα υγείας είναι αυτή που είναι αποτελεσματική, διακρίνεται από ασφάλεια και ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προτιμήσεις των ασθενών (Busse et al 2019).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 2018, αναφέρθηκε για άλλη μια φορά στον όρο της ποιότητας υγείας, κινούμενος σε παρόμοιο πνεύμα με τα στοιχεία που αναφέρθηκαν από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Συγκεκριμένα, δήλωσε πως οι υπηρεσίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης διεθνώς οφείλουν να είναι αποτελεσματικές, δηλαδή να

προσφέρουν υπηρεσίες σε αυτούς που τις χρειάζονται βασιζόμενοι σε τεκμηριωμένα στοιχεία, να είναι ασφαλείς, δηλαδή να αποφεύγουν να προκαλέσουν βλάβες στα άτομα που επιδιώκουν να φροντίσουν, και να στηρίζονται στην ανθρωπο-κεντρική προσέγγιση, δηλαδή να παρέχουν φροντίδα που να ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες των ανθρώπων (Busse et al 2019).

Σε μια άλλη προσπάθεια ερμηνείας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, στο πλαίσιο μιας λίγο διαφορετικής προσέγγισης, έχει γίνει διάκριση με βάση την οπτική σκοπιά και με βάση την πλευρά των ασθενών. Στο πρώτο επίπεδο, η ποιότητα αναφέρεται στην *«παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων»*, ενώ, στο δεύτερο επίπεδο, περιγράφει τη *«δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο»* (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012: 482), κάτι που καθορίζεται και από τον τύπο των ενδιαφερομένων χρηστών των υπηρεσιών υγείας, π.χ. εσωτερικοί ή εξωτερικοί πελάτες-χρήστες (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

3 Η ΑΓΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στη μελέτη της αγοράς των υπηρεσιών υγείας. Αρχικά, θα γίνει αναφορά στην ιδιαιτερότητα που παρουσιάζεται στον χώρο αυτό. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν ορισμένα βασικά στοιχεία σχετικά με την πορεία της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα, στο πέρασμα των χρόνων. Έπειτα, θα γίνει σύντομη αναφορά στη βασική διαφορά μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Θα ακολουθήσουν ορισμένες πληροφορίες σχετικά με τη μετάβαση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας από το πατερναλιστικό πρότυπο στην άμεση εμπλοκή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τέλος, θα γίνει λόγος για ορισμένες βασικές αρχές διοίκησης των υπηρεσιών υγείας.

3.1 Ιδιαιτερότητα της ποιότητας στον χώρο της υγείας

Στον χώρο της βιομηχανίας, η έννοια της ποιότητας είναι σχετικά εύκολο να προσδιοριστεί και να διασφαλιστεί, καθώς βασική απαίτηση αποτελεί η τήρηση των προκαθορισμένων προδιαγραφών που έχουν οριστεί για το εκάστοτε προϊόν (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών, όμως, η ποιότητα αποτελεί μια πολυσύνθετη έννοια, η οποία σχετίζεται με ποικίλες διαστάσεις της οικονομικής και επιχειρηματικής δραστηριότητας. Αφορά τον σχεδιασμό των αγαθών, την παραγωγή τους, τις παρεχόμενες υπηρεσίες (είτε σε δημόσιο, είτε σε ιδιωτικό επίπεδο). Γενικότερα, καλύπτει όλο το εύρος της λειτουργίας των επιχειρήσεων και των οργανισμών (Πάτσιος και συν 2014).

Η πολυπλοκότητα αυτή αυξάνεται ακόμη περισσότερο όταν αναφερόμαστε στον χώρο της υγείας (Πάτσιος και συν 2014), όπου εντοπίζεται μια ιδιομορφία, κυρίως λόγω της ιδιαιτερότητας της φύσης του πολύτιμου αγαθού της υγείας, αλλά και λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της οργάνωσής του συστήματος αυτού (Θανασάς 2016).

3.2 Διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα - Σύντομη ιστορική αναδρομή

Από τα πρώτα έτη σύστασης του Ελληνικού κράτους έως και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, και συγκεκριμένα μέχρι το 1909, δήμοι και διάφορες φιλανθρωπικές οργανώσεις είχαν την ευθύνη για την οργάνωση και τη φροντίδα των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας. Έπειτα, έως και το 1952, δημιουργήθηκαν ορισμένα στρατιωτικά και προσφυγικά νοσοκομεία, τη διαχείριση των οποίων ανέλαβε το ίδιο το κράτος. Κατά το διάστημα μεταξύ του 1953 και του 1982, άρχισαν να πραγματοποιούνται οι πρώτες προσπάθειες για συστηματική οργάνωση των μονάδων υπηρεσιών παροχής υγείας (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016). Τα πιο σημαντικά βήματα, όμως, πραγματοποιήθηκαν από το 1983 και έπειτα, καθώς κατά το έτος αυτό ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Αντωνοπούλου, 2016).

Κατά το διάστημα εκείνο, τα δημόσια νοσοκομεία βρισκόταν σε μια τραγική κατάσταση. Η λεγόμενη «ιδιωτική πρωτοβουλία» είχε διαδοθεί σε μεγάλο βαθμό, μεταθέτοντας το οικονομικό βάρος στους πολίτες, δημιουργώντας ένα κλίμα παροχής χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, και δημιουργώντας κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των πολιτών (Αντωνοπούλου, 2016). Η σύσταση, λοιπόν, του ΕΣΥ, αποτέλεσε μια πολύ σημαντική μεταρρύθμιση της μεταπολίτευσης (Τούντας και συν 2020), καθώς επιδιώχθηκε για πρώτη φορά η εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος για την προστασία της υγείας των πολιτών (Αντωνοπούλου, 2016).

Μέσα από τη δημιουργία του ΕΣΥ επιδιώχθηκε η αναβάθμιση των υλικοτεχνικών υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού των δημόσιων νοσοκομείων, η αναβάθμιση της διοίκησης, και η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στην υγεία για όλους τους ανθρώπους (Αντωνοπούλου, 2016). Στους βασικούς σκοπούς της δημιουργίας του ΕΣΥ συγκαταλέχθηκαν *«η διοικητική αποκέντρωση, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η παροχή κινήτρων στο ανθρώπινο δυναμικό»* (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016: 160).

Θετικά προς το όλο εγχείρημα λειτούργησαν στοιχεία όπως η έντονη απαίτηση από την πλευρά της κοινωνίας για την οργάνωση ενός δημόσιου συστήματος υγείας, η παρουσία πολιτικής βούλησης, η ύπαρξη αξιοσημείωτης χρηματοδότησης και σημαντικών

κινήτρων, καθώς και η υποστήριξη από ένα αξιόλογο τμήμα του ιατρικού σώματος. Ωστόσο, σημαντική αμέλεια αποτέλεσε το γεγονός ότι ο όλος σχεδιασμός στηρίχθηκε στο στοιχείο της προσφοράς, και δεν υπήρξε μέριμνα για την ενδεχόμενη επίδραση σε επίπεδο ζήτησης (Τούντας και συν 2020).

Έτσι, δεν κατέστη εφικτή η ολοκλήρωση των αρχικών στόχων, ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας δεν υπήρξε επαρκής, και παρατηρήθηκε αδυναμία προσαρμογής του στις ανάγκες της κοινωνίας (Τούντας και συν 2020). Υπήρξε, λοιπόν, μια αδυναμία του συστήματος να υλοποιήσει τους σκοπούς για τους οποίους δημιουργήθηκε (Αντωνοπούλου, 2016).

3.3 Δημόσια και Ιδιωτικά νοσοκομεία

Βασικός σκοπός των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε αυτά ανήκουν στον δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό τομέα, είναι η παροχή του πολύτιμου κοινωνικού αγαθού της υγείας (Παπαγεωργίου και συν 2014).

Ωστόσο, παρατηρούνται ορισμένες βασικές διαφορές ανάμεσα στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα, κυρίως στο επίπεδο της διαχείρισης (management) αυτών των συστημάτων υγείας. Συγκεκριμένα, η βασική διαφοροποίησή τους εντοπίζεται σε επίπεδο στόχων. Από τη μία πλευρά, τα ιδιωτικά νοσοκομεία αποσκοπούν στη μεγιστοποίηση του κέρδους τους. Το στοιχείο αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των προσπαθειών για μείωση της σπατάλης των πόρων, προκειμένου να περιορίζονται, όσο περισσότερο γίνεται, τα έξοδα, και να αυξάνονται στο μέγιστο δυνατό τα κέρδη. Από την άλλη πλευρά, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν ως βασικό ρόλο την προαγωγή της υγείας και την παροχή περίθαλψης και φροντίδας σε όλους του πολίτες που βιώνουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Έτσι, αρκετά συχνά, προκειμένου να υπάρξει βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παρατηρείται κατασπατάληση των διαθέσιμων κονδυλίων. Δηλαδή, καθώς τα σύγχρονα δημόσια νοσοκομεία δεν έχουν ως βασικό μέλημα τη μεγιστοποίηση του κέρδους τους, αλλά τη βελτίωση της υγείας των ασθενών, οδηγούνται αρκετές φορές σε σημαντικά οικονομικά ελλείμματα (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

Στην Ελλάδα, η αξιοποίηση του δημόσιου συστήματος υγείας είναι αρκετά διαδεδομένη, καθώς εκεί μπορούν να απευθυνθούν όλοι οι πολίτες, όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα

υγείας (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016). Ειδικά, μάλιστα, υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών, όπου η ανεργία, η υποαπασχόληση, η εργασιακή επισφάλεια και η φτώχεια λειτούργησαν ιδιαίτερα επιβαρυντικά, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και τις ανισότητες σε επίπεδο υγείας, η ζήτηση στις δημόσιες, δωρεάν υπηρεσίες υγείας αυξήθηκε ακόμη περισσότερο (Μπένος και Κονδύλης 2012).

Τα τελευταία χρόνια, λοιπόν, η πίεση που δέχονται τα δημόσια συστήματα υγείας, φανερώνει την ανάγκη για λήψη μέτρων για την επιβίωσή τους σε επίπεδο οργανισμού. Είναι έκδηλο πως απαιτείται ο εντοπισμός νέων και καινοτόμων μεθόδων για τη διαχείριση των οικονομικών πόρων και των δυνατοτήτων που υπάρχουν, ώστε να επέλθει αύξηση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσης των δημόσιων νοσοκομείων (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

Στο πλαίσιο αυτό, πρέπει να δοθεί έμφαση στον εκσυγχρονισμό του διοικητικού συστήματος που υιοθετείται από τις μονάδες προσφοράς υπηρεσιών υγείας, ο οποίος, μάλιστα, πρέπει να είναι απαλλαγμένος από την επίδραση της φιλοσοφίας που διακρίνει την εκάστοτε πολιτική κυβέρνηση (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

Για παράδειγμα, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι κατά την περίοδο της έντονης οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, αντί να δοθεί έμφαση και βοήθεια στο σύστημα που προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες, σε ένα διάστημα που αυτοί τις είχαν μεγαλύτερη ανάγκη, υπό την επίδραση των πιέσεων του Δ.Ν.Τ. για διαχείριση της κρίσης, εφαρμόστηκαν περικοπές, συρρικνώσεις και περιορισμοί στα δημόσια και κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα υγείας της χώρας, ενώ, ακόμα, παρατηρήθηκε ιδιωτικοποίηση και εμπορευματοποίηση της λειτουργίας τους (Μπένος και Κονδύλης 2012).

Κατά την προσπάθεια, λοιπόν, του εκσυγχρονισμού του διοικητικού συστήματος των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, πρέπει να αποφευχθούν τέτοιου είδους ενέργειες. Χρειάζεται να εφαρμοστεί στα νοσοκομεία ένα σύγχρονο μοντέλο διοίκησης, που θα καταπολεμήσει τις προκαταλήψεις και τις αδυναμίες που παρατηρήθηκαν κατά το παρελθόν (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

3.4 Εθνικό Σύστημα Υγείας - Η μετάβαση από την πατερναλιστική προσέγγιση στην εμπλοκή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων

Παρά τις αδυναμίες που παρουσιάστηκαν έπειτα από την ίδρυση του ΕΣΥ, και παρά τα ελλείμματα που παρουσιάζονται ακόμη και στη σημερινή εποχή, δεν πρέπει να παραβλεφθούν ορισμένες βασικές εξελίξεις που έλαβαν χώρα (Θανασιάς και Χαραλάμπους 2016).

Κατά το παρελθόν, οι επαγγελματίες υγείας, βασιζόμενοι στο παραδοσιακό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης, υιοθετούσαν ένα ιατρο-κεντρικό πρότυπο δράσης, βασισμένο στις κλινικές εκτιμήσεις και στις εργαστηριακές αξιολογήσεις. Δηλαδή, έδιναν κυρίως έμφαση σε στοιχεία όπως είναι το ιατρικό ιστορικό και οι εξετάσεις των ασθενών, προκειμένου να αποφασίσουν ποιες παρεμβάσεις πρέπει να εφαρμόσουν (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2010).

Η πρακτική αυτή άρχισε σταδιακά να κατακρίνεται, καθώς φάνηκε πως κυριαρχούσε μια πατερναλιστική σχέση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2010). Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, ο ασθενής δεν ενημερωνόταν πλήρως για την κατάσταση της υγείας του, καθώς ο γιατρός ήταν εκείνος που διάλεγε το είδος της πληροφόρησης που θα παρείχε στον ασθενή, παραβλέποντας το δικαίωμά του για αυτονομία και για σαφή επίγνωση της κατάστασης της υγείας του. Περί τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του 1970, λοιπόν, τονίστηκε η ανάγκη για κατάλληλη ενημέρωση και πληροφόρηση των ασθενών (Πολυκανδριώτη 2011), ενώ, από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και έπειτα, στο προσκήνιο ήρθε η αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Λαμβάνοντας υπόψιν της άμεση συσχέτιση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, το ΕΣΥ αναγνώρισε την ανάγκη μελέτης των αναγκών των ασθενών, με στόχο την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την καταπολέμηση του αυξανόμενου κόστους (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Υπό το βάρος, λοιπόν, της πίεσης της πολιτικής της αυτοσυντήρησης, η σύγχρονη ιατρική αναγνώρισε σταδιακά την ανάγκη για ενεργή εμπλοκή των ασθενών στον τομέα

της υγειονομικής περίθαλψης (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2010). Το πατερναλιστικό πρότυπο σιγά σιγά εγκαταλείφθηκε, και τονίστηκε το δικαίωμα των ασθενών να λαμβάνουν μέρος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο ρόλος των ασθενών και οι ολόπλευρες ανάγκες τους άρχισαν να περνούν στο προσκήνιο (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

3.5 Διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας

Πέρα, από την έμφαση στις ανάγκες των ασθενών, στις οποίες θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στο ακόλουθο κεφάλαιο, κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, σημαντικά βήματα έγιναν και σε επίπεδο διοίκησης των συστημάτων υγείας (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

Ας πούμε, για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, κατά το διάστημα 1983-2001, πραγματοποιήθηκαν αξιοσημείωτες απόπειρες για την ανασυγκρότηση και εξέλιξη του ΕΣΥ, προκειμένου να περιοριστούν τα ελλείμματα σε επίπεδο διαχείρισης των νοσοκομείων. Για παράδειγμα, κατά το 2001, με τον νόμο 2889/2001, αλλά και κατά το 2005, παρατηρήθηκε προσπάθεια ένταξης του επαγγελματικού management στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Χαρακτηριστικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι εισήχθη ο θεσμός των managers, η επιλογή των οποίων είναι ευθύνη της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

Επιπρόσθετα, έμφαση δόθηκε και στην έννοια της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστικά, μπορούμε να αναφερθούμε στον νόμο 3868/2010, σχετικά με την «Αναβάθμιση του Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις», στο οποίο ορίστηκε η σύσταση άμισθης επιτροπής ποιότητας σε όλα τα νοσοκομεία που διαθέτουν χωρητικότητα άνω των 400 κλινών, υπό την προεδρία του Διοικητή του εκάστοτε νοσοκομείου (Πάτσιος και συν 2014).

Στην αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και για τη διασφάλιση της ποιότητας σε αυτές, η σωστή διοίκηση (management) διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο. Για το λόγο αυτό, έχουν διατυπωθεί ορισμένες βασικές αρχές αναφορικά με την ορθή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες πρέπει να τηρούνται για την ενίσχυση της

αποτελεσματικότητάς τους. Πρώτο και κυριότερο στοιχείο είναι ο προγραμματισμός. Στο πλαίσιο αυτού, πρέπει να τίθενται στρατηγικοί και αντικειμενικοί στόχοι. Στη συνέχεια, πρέπει να επιλέγεται ο καλύτερος τρόπος οργάνωσης για την επίτευξη των στόχων αυτών. Σημαντικά στοιχεία είναι, επίσης, η κατάλληλη στελέχωση, ο σωστός συντονισμός, η υποκίνηση και η καθοδήγηση, η πραγματοποίηση επιχειρησιακών ελέγχων, η ανάθεση αρμοδιοτήτων και η σωστή κατανομή των πόρων. Αναφορικά με τα επίπεδα στα οποία πρέπει να στηρίζεται ο προγραμματισμός των υπηρεσιών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, σε πρώτη φάση πρέπει να γίνεται αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης. Έπειτα, πρέπει να συλλέγονται χρήσιμα στοιχεία και να γίνεται επεξεργασία τους, ενώ απαραίτητη θεωρείται, στη συνέχεια, η διεξαγωγή μελέτης σε τεχνικό και οικονομικό επίπεδο. Μόνο τότε είναι σωστό γίνει εφαρμογή του προγράμματος, η οποία, βέβαια, πρέπει να συνοδεύεται και από αξιολόγησή του (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

4 ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μια έννοια που έχει συνδεθεί στενά, τόσο με τη διαμόρφωση, όσο και με την αξιολόγηση της ποιότητας στο επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης είναι η έννοια της «ανάγκης» (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010). Αυτή, λοιπόν, αποτελεί το βασικό αντικείμενο μελέτης του παρόντος κεφαλαίου.

4.1 Ορισμός της έννοιας της ανάγκης

Οι άνθρωποι αποτελούν σύνθετους οργανισμούς που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση με το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον τους. Παράλληλα, παρουσιάζουν ποικίλες ανάγκες, π.χ. σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, που είναι ικανές να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τις αξίες, τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τις προτεραιότητές τους (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Η έννοια της ανάγκης, ειδικά στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, είναι ένα περίπλοκο στοιχείο, που με το πέρασμα των ετών τροποποιείται, αναθεωρείται και εξελίσσεται διαρκώς (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2010). Χαρακτηριστικά όπως είναι οι πολιτισμικές αξίες, η πνευματική καλλιέργεια των ανθρώπων και η εξέλιξη των ασθενειών που αντιμετωπίζουν, είναι πολύ πιθανό να ασκούν επίδραση και να μεταβάλλουν τις ανάγκες τους (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Κάπως έτσι, η έννοια της *ανάγκης* έχει ερμηνευτεί ποικιλοτρόπως κατά καιρούς, τόσο υπό την επίδραση διαφόρων προσεγγίσεων, όσο ακόμη και στο ίδιο το πεδίο της υγείας, όπου γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και κοινωνικοί λειτουργοί συχνά εκλαμβάνονται διαφορετικά τη συγκεκριμένη έννοια (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

Σε πρώτη φάση, κατά τη δεκαετία του 1960, η έννοια της ανάγκης προσεγγίστηκε βάσει του κοινωνιολογικού μοντέλου. Σύμφωνα με τον Bradshaw, υπάρχουν τέσσερις βασικές λέξεις που δύνανται να προσδιορίσουν την έννοια αυτή: α) κανονιστική, β) συναισθηματική, γ) εκφραστική, και δ) συγκριτική. Ως κανονιστική περιγράφεται στο πλαίσιο του προσανατολισμού της στη βασική ιατρική. Ως συναισθηματική νοείται λόγω των διαστάσεων της θέλησης, της ευχής και της επιθυμίας. Εκφραστική χαρακτηρίζεται ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα άρρωστα άτομα εκφράζονται ή αξιοποιούν τις υπηρεσίες. Τέλος, είναι συγκριτική λόγω της ποικιλομορφίας των αναγκών που

παρουσιάζονται για τους ανθρώπους, π.χ. λόγω των κοινωνικών χαρακτηριστικών τους, λόγω δημογραφικών παραγόντων ή εξαιτίας του τρόπου διαβίωσής τους (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

Η έννοια της ανάγκης ερμηνεύτηκε αργότερα και μέσω της φιλοσοφικής προσέγγισης. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση αυτή, θεωρήθηκε πως μέσα από τον όρο αυτό ουσιαστικά περιγράφεται η διαφορά που προκύπτει ανάμεσα στην πραγματική και στην επιθυμητή κατάσταση (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013). Με τον τρόπο αυτό, φανερώνεται ότι είναι απαραίτητο οι υγειονομικές υπηρεσίες να ανταποκρίνονται θετικά στις ανάγκες των ανθρώπων (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

Ακόμα, μια ερμηνεία του όρου αυτού προήλθε και από το χώρο των οικονομολόγων. Αυτοί υποστήριξαν ότι η ανάγκη αποτελεί τη δυνατότητα των ατόμων να επωφελούνται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπου απαραίτητο χαρακτηριστικό θεωρείται η επίτευξη ενός θεραπευτικού αποτελέσματος (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013). Βέβαια, η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι, παραδείγματος χάριν, οι επιπτώσεις της εκάστοτε ασθένειας, ο επιπολασμός της, αλλά και η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων που εφαρμόζονται (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

Όπως είναι φυσιολογικό, καθ' ότι αποτελεί άμεσα εμπλεκόμενο μέρος, η έννοια της ανάγκης ερμηνεύτηκε και μέσω της προσέγγισης των υγειονομικών υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίστηκε ως η κατάσταση κατά την οποία παρατηρείται εξασθένιση του επιπέδου της σωματικής και της ψυχικής λειτουργικότητας των ατόμων, αλλά υπάρχει και θεραπεύσιμη αιτία. Λαμβάνεται, λοιπόν, υπόψιν η αποτελεσματικότητα της διαδικασίας φροντίδας (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Σε σύγχρονο επίπεδο, η έννοια της ανάγκης έχει οριστεί ως η ικανότητα να λαμβάνει κάποιος αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη εκ των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ο ασθενής τίθεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, και η κάλυψη των αναγκών του αποτελεί βασικό στόχο (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

4.2 Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow

Καθοριστικό ρόλο στην περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των αναγκών διαδραμάτισε ο Abraham H. Maslow, με τη θεωρία του περί ιεράρχησης των αναγκών (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Ο Maslow, στο βιβλίο του με τίτλο «Motivation and Personality», υποστήριξε ότι οι ανάγκες μπορούν να διαχωριστούν σε πέντε διαφορετικά επίπεδα: α) το επίπεδο των βιολογικών αναγκών, β) το επίπεδο των αναγκών για ασφάλεια και για προστασία, γ) το επίπεδο των αναγκών για αγάπη και για την αίσθηση του «ανήκειν», δ) το επίπεδο της ανάγκης για αυτοεκτίμηση, και ε) το επίπεδο της ανάγκης για αυτοπραγμάτωση (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Για τον Maslow, οι βιολογικές ανάγκες και οι ανάγκες για ασφάλεια και για προστασία αντιμετωπίζονται ως *ανάγκες βασικού επιπέδου*. Από την άλλη πλευρά, οι ανάγκες για αγάπη και για την αίσθηση του «ανήκειν», η ανάγκη για αυτοεκτίμηση, καθώς και η ανάγκη ανάγκης για αυτοπραγμάτωση εντάσσονται στις *ανάγκες υψηλού επιπέδου* (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013). Επιπλέον, ο Maslow υποστήριξε πως οι ανάγκες των ατόμων οργανώνονται βάσει μιας ιεράρχησης των δυνατοτήτων, όπου οι ανώτερες ανάγκες προκύπτουν όταν ικανοποιηθούν οι κατώτερες (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011). Αρχικά δίνεται έμφαση στην ικανοποίηση των βασικών αναγκών, και έπειτα, όταν αυτές καλυφθούν, τότε ο άνθρωπος επιδιώκει την κάλυψη των αναγκών υψηλού επιπέδου (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013). Επίσης, ο Maslow δήλωσε πως μονάχα εκείνες οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί αποτελούν παράγοντες υποκίνησης (Κανελλόπουλος 2012· Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Οι *βιολογικές*, ή αλλιώς *βασικές*, ή *φυσιολογικές ανάγκες* (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011) (physiological needs) είναι αυτές που αφορούν την επιβίωση των ατόμων (Κανελλόπουλος 2012), την ικανοποίησή τους από το να διατηρούνται στη ζωή (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Αυτές βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας, της ιεράρχησης των αναγκών, και θεωρούνται ως οι πιο σημαντικές (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011). Μερικά παραδείγματα τέτοιου είδους είναι η ανάγκη για τροφή, για νερό, για οξυγόνο, για αποβολή άχρηστων ουσιών, για φυσική δραστηριότητα, για

ανάπαυση, κ.λπ., οι οποίες, στην περίπτωση των ασθενών, ενδέχεται να είναι οξείες ή/και χρόνιες (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Έπονται οι *ανάγκες της ασφάλειας και της προστασίας* (safety and security needs), οι οποίες αφορούν την αυτοσυντήρηση των ατόμων (Κανελλόπουλος 2012· Αντεριώτη και Αντωνίου 2014), την εξασφάλισή τους, την προστασία τους από πιθανούς κινδύνους (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011α). Σε αυτού του είδους τις ανάγκες συμπεριλαμβάνονται στοιχεία όπως η αποφυγή του πόνου και η προσδοκία για σιγουριά (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013). Βασικά στοιχεία είναι η φυσική ασφάλεια του ατόμου, καθώς και η προστασία του από πραγματικές ή δυνητικές βλάβες (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011). Στο επίπεδο της υγείας, τέτοιου είδους ανάγκες είναι, για παράδειγμα, η ασφαλής χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς, η ασφαλής κινητοποίησή τους, κ.λπ. (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013). Σε αυτό το επίπεδο εμπλέκονται και συναισθηματικά στοιχεία, καθώς είναι αναγκαίο να υπάρχει εμπιστοσύνη προς τους άλλους, και να μην κυριαρχούν ο φόβος, το άγχος και η ανησυχία (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011). Παραδείγματος χάριν, για τα άτομα που εισάγονται επευσμένα στο νοσοκομείο, όπου επικρατεί η αγωνία για το άγνωστο και όπου ενδέχεται να υπάρχει απειλή επικείμενου θανάτου (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013), αλλά και για τα άτομα που έρχονται για πρώτη φορά αντιμέτωπα με κάποια σοβαρή ασθένεια, απαιτούνται ιδιαίτερες ενέργειες για την αντιμετώπιση και διαχείριση του φόβου και των ανησυχιών τους. Για παράδειγμα, ωφέλιμα μπορεί να λειτουργήσει η κατάλληλη ενημέρωσή τους αναφορικά με την κατάσταση που καλούνται να αντιμετωπίσουν, η καθοδήγηση τους από εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό και η ένταξή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

Στη συνέχεια, ακολουθούν οι *κοινωνικές ανάγκες* (love and belonging) (Κανελλόπουλος 2012), δηλαδή, οι *ανάγκες για αγάπη και για την αίσθηση του «ανήκειν»* (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013), που σχετίζονται με την ένταξη των ανθρώπων στο κοινωνικό σύνολο, με την κοινωνικοποίησή τους (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011α). Η αγάπη, η φιλία, η σύνδεση με άλλα άτομα, η ένταξη σε κάποια ομάδα (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014), η κατανόηση και η αποδοχή είναι καίρια στοιχεία στο συγκεκριμένο επίπεδο (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011). Ο Maslow υποστήριξε ότι τα περισσότερα άτομα

παραμένουν στο στάδιο αυτό, και δεν προχωρούν παραπέρα (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Έπειτα, στο επόμενο επίπεδο συναντάται η *ανάγκη για αυτοεκτίμηση* (esteem) και για αναγνώριση από τους άλλους (Κανελλόπουλος 2012). Το άτομο χρειάζεται να αισθάνεται σημαντικό πρόσωπο, ότι οι άλλοι το σέβονται και το εκτιμούν (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011α), ότι διαθέτει κύρος και φήμη (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Πρέπει να έχει εμπιστοσύνη στις δυνάμεις του, να διαθέτει την αίσθηση της υπεροχής. Σημαντικά στοιχεία είναι η αίσθηση της αξιοπρέπειας και ο αυτοσεβασμός. Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, η ικανοποίηση των αναγκών του αναφορικά με αυτό το επίπεδο, είναι αρκετά πιθανό να κλονιστούν, π.χ. εξαιτίας αλλαγών στην εμφάνισή του, εξαιτίας κλονισμού της δυνατότητάς του για ικανοποίηση των ρόλων που είχε μέχρι πρότινος, εξαιτίας της απώλειας της ανεξαρτησίας του, κ.λπ. (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013). Επιπλέον, το κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες του ατόμου σχετικά με την αυτοεκτίμησή του, επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως είναι ο χαρακτήρας του ιδρύματος νοσηλείας (ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο), από τον τρόπο αντιμετώπισής του από τους επαγγελματίες υγείας, κ.λπ.. Επομένως, το υγειονομικό προσωπικό χρειάζεται να δείχνει σεβασμό και υποστήριξη στους ασθενείς, να τους παρέχει συνεχή ενημέρωση και να θέτει εφικτούς στόχους για αυτούς. Πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του τις απόψεις των ασθενών, και να τους βοηθάει να διατηρούν το αίσθημα της αυτο-αποδοχής, του αυτο-σεβασμού και της αξιοπρέπειας (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας εντοπίζεται η *ανάγκη για αυτοπραγμάτωση* (self-actualization), που αφορά στοιχεία όπως η αυτό-ολοκλήρωση, η αυτενέργεια και η αυτό-ανάπτυξη (Κανελλόπουλος 2012). Σε αυτό το στάδιο, επιδιώκεται η ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων των ανθρώπων στο μέγιστο δυνατό επίπεδο (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011). Αυτή είναι η πιο δύσκολα επιτεύξιμη ανάγκη για τους ανθρώπους (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011α). Στον χώρο της υγείας, για την ικανοποίηση των αναγκών αυτού του επιπέδου, προτείνεται να δίνεται έμφαση στις δυνατότητες των ασθενών, και όχι στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, καθώς όσο πιο υψηλή είναι η αυτοπραγμάτωση στα άτομα, τόσο μεγαλύτερες είναι και οι επιτυχίες τους (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη 2011).

Ο Maslow πίστευε πως σε ένα μέσο άτομο οι βιολογικές του ανάγκες καλύπτονται κατά 85%, οι ανάγκες για ασφάλεια και προστασία ικανοποιούνται κατά 70%, οι κοινωνικές του ανάγκες καλύπτονται στο 50%, η ανάγκη για αυτοεκτίμηση ικανοποιείται κατά 40%, ενώ η ικανοποίηση της ανάγκης για αυτοπραγμάτωση αγγίζει μόλις το 10% (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013).

Πρέπει, βέβαια, να σημειωθεί, ότι το μοντέλο του Maslow δεν αποτελεί ένα στατικό στοιχείο, αλλά κάτι που εξελίσσεται και τροποποιείται διαρκώς, κάτι που επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι ο πολιτισμός, η κουλτούρα, οι κοινωνικές δομές, οι τεχνολογικές δυνατότητες, ο τόπος και ο χρόνος, η ανάπτυξη, κ.λπ. (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Το μοντέλο ιεράρχησης των αναγκών του Maslow προσφέρει ένα χρήσιμο πλαίσιο για την κατανόηση, εκτίμηση και αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών σε ποικίλα επίπεδα. Μπορεί, λοιπόν, να αξιοποιηθεί στον χώρο της υγείας τόσο για τον σχεδιασμό προγραμμάτων ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας των ασθενών (Πολυκανδριώτη και Κουτελέκος 2013), αλλά και για τη μέτρηση της ικανοποίησής τους (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

5 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μια άλλη έννοια που σχετίζεται άμεσα με τη διαμόρφωση και με την αξιολόγηση της ποιότητας στον χώρο της υγείας είναι η έννοια της «ικανοποίησης» (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010). Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, λοιπόν, θα εξεταστεί το τι περιγράφεται μέσω αυτής της έννοιας σε επίπεδο ορισμού της, θα γίνει λόγος για την ικανοποίηση του πελάτη, αλλά και για την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, θα εξεταστεί η ικανοποίηση των ασθενών υπό τη μορφή ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, θα εξεταστούν οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ατόμων αυτών από τις υπηρεσίες υγείας, θα παρουσιαστούν ορισμένες ενστάσεις που έχουν αναφερθεί κατά καιρούς ως προς την αξιοποίηση της αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, και θα γίνει αναφορά στη χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.

5.1 Ορισμός της έννοιας της ικανοποίησης

Μια ιδιαίτερα περίπλοκη έννοια (Χυτήρης και Άννινος 2015), που έχει συνδεθεί στενά με την ποιότητα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι αυτή της ικανοποίησης (Kwok, Jusoh and Khalifah 2016· Olise and Ojiaku 2018).

Με τον όρο *ικανοποίηση* περιγράφεται μια θετική ανθρώπινη συναισθηματική αντίδραση, που λαμβάνει χώρα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, και αφορά μια συγκεκριμένη κατάσταση (Hamdan et al 2019).

Ένας αρκετά διαδεδομένος ορισμός σχετικά με την έννοια της ικανοποίησης παρουσιάστηκε κατά το 1981 από τον Oliver (Olise and Ojiaku 2018), ο οποίος την περιέγραψε ως τη διαφορά που παρουσιάζεται ανάμεσα στις αντιληπτές προσδοκίες και στην αντιληπτή απόδοση των ατόμων (Kwok, Jusoh and Khalifah 2016).

5.2 Ικανοποίηση του πελάτη

Η *ικανοποίηση των πελατών* έχει οριστεί με διάφορους τρόπους, αλλά η αντίληψη που έχει γίνει ευρέως αποδεκτή αναφέρει πως η ικανοποίηση αυτού τους είδους είναι ουσιαστικά μια αξιολόγηση ενός στοιχείου που έχει επιλεγθεί μέσα από κάποια

συγκεκριμένη συναλλαγή (Olise and Ojiaku 2018). Σχετίζεται με το κατά πόσο αρέσει ή δεν αρέσει σε ένα άτομο κάποιο προϊόν ή κάποια υπηρεσία, έπειτα από την κατανάλωσή τους, ή αποτελεί μια απάντηση στην αντιληπτή διαφορά μεταξύ προσδοκίας και αντιληπτής απόδοσης (Kwok, Jusoh and Khalifah 2016). Είναι το συναίσθημα που προκύπτει για τον πελάτη βάσει του χάσματος που δημιουργείται ανάμεσα στις προσδοκίες του απέναντι σε μια εταιρία, κάποιο προϊόν ή κάποια υπηρεσία, και στην αντιληπτή απόδοση της εταιρίας, του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Περιγράφει το κατά πόσο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία καταφέρνει να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες του πελάτη (Olise and Ojiaku 2018). Η ικανοποίηση του πελάτη, δηλαδή, είναι *«η αίσθηση του βαθμού πλήρωσης των «κενών» που του δημιουργούν οι ανάγκες του»* (Χυτήρης και Άννινος 2015: 68)

Παραδοσιακά, η ικανοποίηση συνδέθηκε με τη διατύπωση κρίσης σχετικά με κάποιο προϊόν, έπειτα από την αγορά του ή/και την εμπειρία της κατανάλωσής του. Η πρώτη έρευνα για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών πραγματοποιήθηκε το 1965 από τον Cardozo. Αυτή ανέδειξε ότι η ποιότητα του προϊόντος, οι συνολικές προσδοκίες για την αγορά, καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες των πελατών, αποτελούν τα βασικά στοιχεία που επηρεάζουν την ικανοποίηση των πελατών (Olise and Ojiaku 2018). Αργότερα, η έννοια της ικανοποίησης εισήλθε και στο επίπεδο της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, το κατά πόσο, δηλαδή, η απόδοση των υπηρεσιών καλύπτει τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών τους (Kwok, Jusoh and Khalifah 2016). Η ικανοποίηση σε αυτόν τον χώρο αξιολογείται με βάση την αντίληψη του πελάτη σχετικά με την αξία μιας συναλλαγής ή σχέσης που λαμβάνει, όπου η αξία ισούται με την αντιληπτή ποιότητα της υπηρεσίας που του προσφέρεται σε σχέση με την τιμή και τα έξοδα απόκτησής της. Πρέπει να σημειώσουμε, βέβαια, ότι οι προσδοκίες σχετικά με τα προϊόντα και σχετικά με τις υπηρεσίες διαφέρουν μεταξύ τους. Όσον αφορά τα προϊόντα, η σύνδεση της ικανοποίησης με τις προσδοκίες των πελατών-καταναλωτών εντοπίζεται στο τι αυτοί προβλέπουν ότι θα συμβεί κατά τη διάρκεια μιας επικείμενης συναλλαγής ή ανταλλαγής. Όσον αφορά την ποιότητα στις υπηρεσίες, εκεί οι προσδοκίες εκλαμβάνονται ως επιθυμίες των πελατών-χρηστών, δηλαδή, εξετάζεται το τι αισθάνονται ότι κάποιος πάροχος υπηρεσιών οφείλει να προσφέρει (Olise and Ojiaku 2018).

Αν και κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί αναφορικά με την έννοια της ικανοποίησης, αυτοί συνήθως παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Τα τρία βασικότερα εξ αυτών είναι τα εξής: α) η ικανοποίηση των πελατών είναι μια (συναισθηματική ή γνωστική) αντίδραση, β) η αντίδραση αυτή έχει μια συγκεκριμένη εστίαση, π.χ. επικεντρώνεται στις προσδοκίες, στο εκάστοτε προϊόν, στις προηγούμενες καταναλωτικές εμπειρίες, κ.λπ., και γ) η αντίδραση εμφανίζεται κάποια συγκεκριμένη στιγμή, π.χ. μετά από την κατανάλωση (Olise and Ojiaku 2018).

Στη σημερινή εποχή, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των πελατών για τη μέτρηση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και θεωρείται αναγκαία (Pakurár et al 2019). Η αξιολόγηση αυτή λειτουργεί ως ένα εργαλείο ανατροφοδότησης, ως ένα μέσο για τον εντοπισμό ελλείψεων και για την οργάνωση κατάλληλων προγραμμάτων βελτίωσης (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Έτσι, «*οι έρευνες για την ικανοποίηση του καταναλωτή εξελίσσονται από απλά όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητάς τους*» (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014: 63).

Βέβαια, κατά τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί πως οι απαιτήσεις των καταναλωτών αυξάνονται ολοένα και περισσότερο (Pakurár et al 2019). Αυτοί αναζητούν προϊόντα και υπηρεσίες όλο και υψηλότερης ποιότητας (Hoe and Mansori 2018). Εάν οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις αποτύχουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις και προσδοκίες των πελατών, τότε «χάνουν» πελάτες, οι οποίοι απευθύνονται σε «ανταγωνιστές» (Pakurár et al 2019). Η γνώση και εφαρμογή, όμως, των στοιχείων που οδηγούν στην ικανοποίηση των πελατών, σχετικά με την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών που λαμβάνουν, δεν είναι πια μόνο ένα ανταγωνιστικό όπλο, αλλά το βασικό στοιχείο οργάνωσης των σημερινών επιχειρήσεων και οργανισμών (Hoe and Mansori 2018), καθώς βασικός σκοπός τους είναι η προσφορά αξίας στους πελάτες (Drucker 2005).

Οι οργανισμοί, λοιπόν, που παρέχουν υπηρεσίες, πρέπει να είναι πελατο-κεντρικοί. Πρέπει να προσφέρουν προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής αξίας, να διαμορφώνουν καλές σχέσεις με τους πελάτες, και να αξιοποιούν τις στρατηγικές marketing, οι οποίες θα πρέπει να μεριμνούν για την απόκτηση πληροφοριών σχετικά με τις προσδοκίες των πελατών, την απόδοση του ίδιου του οργανισμού, αλλά και σχετικά με την ικανοποίηση

των πελατών, τόσο από τον ίδιο τον οργανισμό, αλλά και από «ανταγωνιστές» (Pakurár et al 2019).

5.3 Ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Η ικανοποίηση των πελατών έχει εξεταστεί και στο επίπεδο των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου 2011).

Σε άμεση συνάρτηση με τα προηγούμενα στοιχεία, πιστεύεται ότι οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο ικανοποίησής τους (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Η ικανοποίηση διαμορφώνεται με βάση τη διαφορά που προκύπτει ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, αναφορικά με την περίθαλψή τους, και στην απόδοση των υπηρεσιών υγείας, ως προς την περίθαλψη που στην πράξη προσφέρουν σε αυτούς (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Επομένως, για να υπάρξει ικανοποίηση για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι προσδοκίες τους σχετικά με την απαιτούμενη ποιότητα της περίθαλψης που πρέπει να παρέχεται, πρέπει να είναι ανάλογες με την ποιότητα των υπηρεσιών που πράγματι τους προσφέρονται. Διαφορετικά, άμα οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι κατώτερες των προσδοκιών των χρηστών, τότε αυτοί δεν ικανοποιούνται και θεωρούν ότι υπάρχουν σοβαρά ελλείμματα σε επίπεδο ποιότητας (Akbar et al 2018).

Η διαφορά που παρουσιάζεται ανάμεσα στην πραγματική αντίληψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και στις προσδοκίες των ασθενών οφείλεται συνήθως σε κάποιων εκ των παρακάτω τεσσάρων παραγόντων. Πρώτον, μια πιθανή αιτία μπορεί να είναι η απόκλιση που υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και στις υπηρεσίες που παρέχει το εκάστοτε νοσοκομείο, όταν υπάρχει αδυναμία του να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, επειδή αγνοεί τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών. Δεύτερον, μια άλλη αιτία μπορεί να είναι η διαφορά που προκύπτει μεταξύ προσδοκιών των ασθενών και προδιαγραφών του εκάστοτε νοσοκομείου. Τρίτον, ένας άλλος πιθανός παράγοντας που μπορεί να συνδέεται με τη διαφορά ανάμεσα στην πραγματική αντίληψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και στις προσδοκίες των ασθενών, είναι η απόκλιση που υπάρχει ανάμεσα στις υπηρεσίες που παρέχονται από το εκάστοτε νοσοκομείο και στα προκαθορισμένα πρότυπα για την ορθή παροχή υπηρεσιών υγείας και εξυπηρέτησης των ασθενών. Τέταρτον, ένας τελευταίος πιθανός παράγοντας, στον οποίο μπορεί να οφείλεται

η διαφορά αυτή, είναι η απόκλιση ανάμεσα σε αυτά που υπόσχεται και σε αυτά που εν τέλει προσφέρει το εκάστοτε νοσοκομείο. Δίνει, δηλαδή, υπερβολικές υποσχέσεις, θέτοντας υψηλά τον πήχη, αλλά αδυνατώντας εν τέλει να τις ικανοποιήσει, οδηγώντας σε ακόμη μεγαλύτερη απογοήτευση τους ασθενείς (Καλογεροπούλου 2011).

Προκειμένου να αποφευχθούν ή/και να αντιμετωπιστούν τέτοιου είδους ζητήματα, απαιτείται η συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων αναφορικά με τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ασθενών (π.χ. μέσα από διεξαγωγή έρευνας στην αγορά, μέσω ποιοτικών μελετών, μέσα από την ανάλυση των παραπόνων που καταθέτονται). Επιπλέον, μπορεί να εφαρμοστεί τμηματοποίηση της αγοράς, μπορούν να αξιοποιηθούν πρακτικές σχέσεων marketing, να δοθεί έμφαση στην οργάνωση και στον σχεδιασμό του επικοινωνιακού δικτύου του εκάστοτε νοσοκομείου, να υπάρχει ενεργή συμμετοχή, συνεχείς επιμορφώσεις και ενδιαφέρον από την πλευρά των ανώτερων στελεχών του, να τονίζεται η επίδραση των εργαζομένων στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, να γίνεται έλεγχος κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, και να υπάρχει στενή συνεργασία ανάμεσα στο τμήμα marketing και στο τμήμα εξυπηρέτησης πελατών των νοσοκομείων (Καλογεροπούλου 2011).

Είναι φανερό, λοιπόν, ότι, πλέον, η αξιολόγηση και ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών θεωρείται ότι αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες για την παροχή υψηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και φροντίδας (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

5.4 Η ικανοποίηση των ασθενών ως ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα, όπου το μορφωτικό επίπεδο και η πληροφόρηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είχε αρχίσει να αυξάνεται, αυτοί ξεκίνησαν να υιοθετούν μια πιο κριτική στάση, και να διεκδικούν ολοένα και περισσότερο την ενεργή συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικών με την υγεία τους (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Έτσι, μέσα από τις διαρκείς και σημαντικές εξελίξεις που σημειώθηκαν στο επίπεδο αυτό, φανερώθηκε, σύμφωνα και με τον Donabedian, ότι οι ασθενείς είναι δυνατό να

λειτουργήσουν ως μια εξαιρετικά πολύτιμη και αναγκαία πηγή πληροφόρησης στο πλαίσιο της απόπειρας για αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Παρομοίως, ο French ανέφερε πως υπάρχει μια άρρηκτα συνδεδεμένη σχέση και μια άμεση αλληλεπίδραση ανάμεσα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, και πως κάθε μορφή αξιολόγησης που δε λαμβάνει υπόψιν της τις κρίσεις των ασθενών θεωρείται ελλιπής (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

Στο ίδιο πνεύμα κινήθηκε και ο Vuoti,, ο οποίος περιέγραψε την ικανοποίηση των ασθενών δίνοντας έμφαση σε τρία βασικά χαρακτηριστικά της: α) στο ότι αποτελεί μια ιδιότητα της ποιότητας της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ένα αναγνωρισμένο και προσδοκώμενο αποτέλεσμα, β) στο ότι αποτελεί έναν δείκτη της ποιότητας της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εκφράζοντας τις σχετικές κρίσεις των ασθενών, και γ) στο ότι είναι μια αναγκαία προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

Στη σημερινή εποχή, λοιπόν, η έννοια της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί ένα καίριο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται σε αυτούς (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010), έναν αξιόπιστο δείκτη μέτρησης των αποτελεσμάτων που επέρχονται από την παροχή υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου 2011· Αντεριώτη και Αντωνίου 2014· Θανασάς 2019).

5.5 Παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι πολυπαραγοντικό, καθώς επηρεάζεται και καθορίζεται από ποικίλους παράγοντες (Θανασάς 2019).

Σε γενικές γραμμές, μπορούμε να διακρίνουμε αυτούς τους παράγοντες σε τρεις κατηγορίες: α) στις προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, β) στα

χαρακτηριστικά των ασθενών σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και γ) στα χαρακτηριστικά των ασθενών σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο (Καλογεροπούλου 2011· Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Πιο αναλυτικά, ένα βασικό χαρακτηριστικό που επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών είναι το φύλο τους (Kwok, Jusoh and Khalifah 2016). Σημαντική είναι, ακόμα, η επίδραση του επιπέδου βασικής εκπαίδευσης των ατόμων, το διανοητικό τους επίπεδο, αλλά και οι δεξιότητες τους για συνεννόηση με τους άλλους (Θανασάς 2019). Η ηλικία τους, οι πολιτισμικές τους αξίες και το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο ασκούν, επίσης, σημαντική επιρροή (Thanasas 2018). Μεγάλο ρόλο διαδραματίζει και η ίδια η ασθένεια που αντιμετωπίζουν τα άτομα (Θανασάς 2019), αλλά και η εξέλιξή της (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Για παράδειγμα, τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, συνήθως βρίσκονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση, κάτι που τους οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Θανασάς 2019). Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας (π.χ. ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό), από τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουν μαζί τους, από τις πληροφορίες που λαμβάνουν, από το κατά πόσο τους επιτρέπουν να εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010· Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Για παράδειγμα, όταν οι πάροχοι υπηρεσιών επιδεικνύουν φιλική διάθεση, ευγένεια, και προθυμία, τότε ενισχύεται η ικανοποίηση των χρηστών τους (Χυτήρης και Άννινος 2015). Ακόμα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι προηγούμενες σχετικές εμπειρίες των ασθενών, π.χ. η αντιμετώπιση στο παρελθόν της ίδιας ασθένειας από τους ίδιους ή από κάποια μέλη του στενού οικογενειακού/φιλικού περιβάλλοντός τους (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Τέλος, η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και από τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους (Θανασάς 2019). Για παράδειγμα, ο τρόπος εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο, η ποιότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων (Thanasas 2018), αλλά και οι συνθήκες σίτισης και υγιεινής, είναι ορισμένα από τα βασικά στοιχεία που επιδρούν στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

5.6 Ενστάσεις ως προς την αξιοποίηση της αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Αν και, κατά τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην αξιοποίηση των κρίσεων των ασθενών, ως εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας που παρέχεται από τις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, από αρκετούς έχουν διατυπωθεί αμφιβολίες σχετικά με τα πραγματικά οφέλη της κίνησης αυτής (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Ένα μειονέκτημα, που έχει αναφερθεί από ορισμένους μελετητές, εντοπίζεται στο γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη συστηματικής αξιολόγησης του επιπέδου ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και έλλειψη αρκετά μεγάλου αριθμού συγκριτικών μελετών, ως προς το θέμα αυτό (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

Ένα βασικό επιχείρημα που έχει παρουσιαστεί ενάντια στη χρήση των κρίσεων των ασθενών ως εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, εντοπίζεται στο ότι οι ασθενείς δεν έχουν την εξειδικευμένη κλινική εμπειρία, τις απαραίτητες γνώσεις, για να αξιολογήσουν την παρεχόμενη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψη (Shaikh and Rabbani 2005· Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Επιπλέον, θεωρείται ότι είναι αρκετά εύκολο οι ασθενείς να επηρεαστούν από μη ιατρικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η ικανοποίησή τους μπορεί να περιοριστεί, λόγω συναισθηματικών και συμπεριφορικών παραγόντων κατά την επιδιωκόμενη μεταβολή του τρόπου ζωής τους. Ακόμα, επιφυλάξεις έχουν διατυπωθεί, ως προς το κατά πόσο είναι ικανοί οι ασθενείς να κρίνουν την παρεχόμενη σε αυτούς περίθαλψη όσον αφορά την τεχνική άποψη. Είναι δυνατό να αξιολογήσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις αποτελεσματικά, αλλά για την εκτίμηση του τεχνικού τμήματος της φροντίδας, χρειάζεται να έχουν αναγκαίες συμπληρωματικές πληροφορίες από διαφορετικές πηγές πληροφόρησης (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Στα βασικά αίτια της αμφισβήτησης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των αξιολογήσεων ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας έχει αναφερθεί και ο Vuori. Αυτός τα έχει συνοψίσει, υποστηρίζοντας τα εξής: α) οι ασθενείς δε διαθέτουν τις αναγκαίες γνώσεις, σε επιστημονικό και τεχνικό επίπεδο, που απαιτούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας που δέχονται, β) η σωματική και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών είναι πιθανό να κλονίζει τη διατύπωση αντικειμενικών κρίσεων,

γ) η μεγάλη ταχύτητα στην εναλλαγή των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των διαγνωστικών εξετάσεων δεν επιτρέπει στους ασθενείς να αποκτήσουν μια πλήρη και αντικειμενική εικόνα της κατάστασης που υπάρχει, δ) οι στόχοι των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ενδέχεται να διαφέρουν μεταξύ τους, ε) η έννοια της ποιότητας δεν είναι κάτι το σταθερό για όλους τους ασθενείς, καθώς επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό τους επίπεδο, την κοινωνική τους τάξη, τον τόπο διαβίωσής τους, τις πολιτισμικές τους συνήθειες, το επίπεδο της υγείας τους, και άλλα διάφορα χαρακτηριστικά τους (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

5.7 Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Ωστόσο, παρά τις οποίες ενστάσεις, δεν πρέπει να παραβλεφθεί η μεγάλη χρησιμότητα της μέτρησης του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, καθώς προκύπτουν αρκετά πλεονεκτήματα μέσω αυτής (Shaikh and Rabbani 2005).

Ένας από τους βασικούς λόγους που καθιστούν καταλυτική την ανάγκη για μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σχετίζεται με το ηθικό επίπεδο. Με βάση τα λόγια του Ιπποκράτη και καθώς η ευεξία του ασθενή αποτελεί καίριο σημείο, η ενσωμάτωση της αξιολόγησης του ασθενή για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαία (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014), υπό το πνεύμα του εκδημοκρατισμού, της «κυριαρχίας των καταναλωτών» (Shaikh and Rabbani 2005).

Επίσης, με τον τρόπο αυτό, μπορούν να επέλθουν θετικά αποτελέσματα και για την ίδια την υγεία του ασθενή, στο επίπεδο της εξέλιξης της νόσου και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Αυτό μπορεί να συμβεί, διότι, έχοντας ενεργό λόγο, ενισχύεται η εμπιστοσύνη των ασθενών προς τις υπηρεσίες υγείας, και αυξάνονται οι πιθανότητες για συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας και για αποδοχή της ιατρικής περίθαλψης (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010). Ως εκ τούτου, μπορεί να αυξηθεί το επίπεδο συμμόρφωσης των ασθενών, να επιτευχθεί γρηγορότερη ανάρρωση, και να περιοριστεί το χρονικό διάστημα νοσηλείας των ασθενών (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Ακόμα, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να λάβουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς, να εντοπίσουν ευκολότερα τις ανάγκες τους και να τους παρέχουν καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010). Σε έναν βαθμό,

μάλιστα, οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν ευκολότερα και την αντίληψη των ασθενών, προκειμένου να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα που βιώνουν. Παράλληλα, καθώς η ικανοποίηση των ασθενών συσχετίζεται με ποικίλες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας, μέσα από την αξιολόγησή της, μπορούν να μελετηθούν διάφορα μοντέλα συμπεριφοράς των ασθενών και να προσφερθούν κατάλληλες υπηρεσίες συμβουλευτικής (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

Επιπροσθέτως, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στον δημόσιο τομέα, η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών δύναται να αξιοποιηθεί από τη διοίκηση και από τους υπεύθυνους marketing των νοσοκομείων. Η διοίκηση, μέσα από τις πληροφορίες που λαμβάνει από τους ασθενείς, έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει και να επιβραβεύσει, όταν αξίζει, το προσωπικό του νοσοκομείου. Οφέλη μπορούν να επέλθουν, ακόμη, ως προς την ορθότερη διαχείριση των δαπανών, ως προς τον εντοπισμό απαραίτητων αλλαγών σε επίπεδο οργάνωσης, και ως προς τη βελτίωση του τρόπου προώθησης των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο επικεντρώνεται σε βασικά στοιχεία που αφορούν την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Αρχικά, θα διερευνηθεί η έννοια της αξιολόγησης. Στη συνέχεια, θα γίνει λόγος για τα επίπεδα αξιολόγησης της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας. Ακόμα, θα εξεταστούν ορισμένοι βασικοί δείκτες ποιότητας, αλλά και κάποια στοιχεία σχετικά με τον τρόπο επιλογής τους. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι διαστάσεις και τα γενικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ποιότητα στον χώρο της υγείας. Τέλος, θα γίνει λόγος για την κλίμακα SERVQUAL, που αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

6.1 Η έννοια της αξιολόγησης

Για τη διασφάλιση της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, είναι αναγκαία η αξιολόγηση των οποιωνδήποτε παρεμβάσεων πραγματοποιούνται με αυτόν τον σκοπό. Απαραίτητη κρίνεται, λοιπόν, η διεξαγωγή σχετικής αξιολόγησης των συστημάτων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Kavanagh, Adams and Wang 2009).

Με την έννοια *αξιολόγηση* γίνεται λόγος για την *«εκτίμηση με συστηματικό τρόπο του βαθμού επίτευξης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο»* (Ρίκος 2015: 149).

6.2 Επίπεδα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τον Donabedian, η αξιολόγηση του βαθμού διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μπορεί να εξεταστεί με βάση ένα συγκεκριμένο τρίπτυχο, σε τρία διαφορετικά επίπεδα. Αυτά είναι τα εξής: α) η δομή, β) η διαδικασία, και γ) τα αποτελέσματα (Hung and Jerng 2014· Hanefeld, Powell-Jackson and Balabanova 2017· Rohrbasser et al 2018· Thanasas et al 2018).

Όταν αναφερόμαστε στη *δομή*, τότε κάνουμε λόγο για καταστάσεις και στοιχεία σχετικά με την προετοιμασία την παροχή υπηρεσιών. Όταν γίνεται λόγος για τη *διαδικασία*, τότε πρόκειται για στοιχεία που εντοπίζονται κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών.

Τέλος, όταν αναφερόμαστε στα *αποτελέσματα*, τότε κάνουμε αναφορά σε συνθήκες που παρατηρούνται έπειτα από την παροχή υπηρεσιών (Hung and Jerng 2014).

6.3 Δείκτες ποιότητας

Με βάση τα τρία επίπεδα αξιολόγησης, έχουν διατυπωθεί ορισμένοι αντίστοιχοι δείκτες ποιότητας (Hung and Jerng 2014).

Με τον όρο *δείκτες ποιότητας* (Quality Indicators - QI) αναφερόμαστε σε καθορισμένα και μετρήσιμα στοιχεία, τα οποία σχετίζονται με τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Kavanagh, Adams and Wang 2009), τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση, τη σύγκριση και τη βελτίωση της ποιότητάς τους (Blozik et al 2018· Rezapour et al 2019), αλλά και για τον εντοπισμό των εκάστοτε τάσεων που επικρατούν στην αγορά των υπηρεσιών υγείας (Rezapour et al 2019).

Μέσω των δεικτών αυτών, είναι δυνατή η ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων των δράσεων ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος, η οποία δύναται να συμβάλλει θετικά στην προσπάθεια για συνεχή βελτίωση, μέσω του εντοπισμού των αδυναμιών και των πλεονεκτημάτων που υπάρχουν (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Σημειώνεται, ότι για τη σωστή αξιοποίηση αυτών των δεικτών ποιότητας, πρέπει να υπάρχουν σαφείς περιγραφές και ορισμοί των μεταβλητών προς μέτρηση, σαφής ορισμός του πληθυσμού και του περιβάλλοντος μελέτης, αλλά και εντοπισμός των σχέσεων ανάμεσα στα μέτρα της διαδικασίας και στα αποτελέσματα ως προς την υγεία κατά την αξιολόγηση της φροντίδας που παρέχεται (Kavanagh, Adams and Wang 2009).

Οι στόχοι που τίθενται αργότερα, με βάση τα στοιχεία που αξιολογούνται μέσω αυτών των δεικτών, πρέπει να είναι σαφείς, μετρήσιμοι, εφικτοί, σχετικοί και συγκεκριμένοι ως προς τον χρόνο (Kavanagh, Adams and Wang 2009).

6.3.1 Δείκτες ποιότητας ως προς τη δομή

Όσον αφορά τη *δομή* (structure), αυτή αναφέρεται κυρίως σε στοιχεία που σχετίζονται με τις εγκαταστάσεις, τη στελέχωση, τον εξοπλισμό, τους οικονομικούς πόρους, την οργάνωση (Thanasas 2018) και τις πολιτικές των νοσοκομείων (Hung and Jerng 2014).

Πιο αναλυτικά, για να θεωρηθεί ότι υπάρχει καλή ποιότητα, πρέπει να υπάρχουν κατάλληλες εγκαταστάσεις, ως προς την έκταση, ως προς την ασφάλεια και τη θωράκισή τους, ως προς τη λειτουργικότητα και την προσβασιμότητα, ως προς το επίπεδο υγιεινής και ως προς την αισθητική τους. Σημαντική είναι, ακόμη, η επάρκεια σε ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό, αλλά και τα χαρακτηριστικά και οι προδιαγραφές του. Εξετάζοντας την ποιότητα, σε επίπεδο δομής, πρέπει να λαμβάνεται, επίσης, υπόψιν το πλήθος των έκτακτων περιστατικών που πιθανώς έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας, ανά έτος. Επιπλέον, η ύπαρξη συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού θεωρείται απαραίτητη. Ακόμα, εξετάζεται το είδος της τμηματοποίησης, η διεύθυνση του προσωπικού, αλλά και τα συστήματα αμοιβών που υπάρχουν. Τέλος, έναν ακόμη δείκτη ποιότητας αποτελεί η αναλογία που προκύπτει ανά έτος μεταξύ μελών του προσωπικού και ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Μερικά, ακόμη, παραδείγματα τέτοιου είδους δεικτών ποιότητας είναι ο αριθμός των πιστοποιημένων από το συμβούλιο ιατρών, η αναλογία νοσηλευτών/κλινών, το ποσοστό των ιατρών πλήρους απασχόλησης και ο μέσος όρος ετών εμπειρίας του προσωπικού (Hung and Jerng 2014).

Η αξιολόγηση των δεικτών ποιότητας σε επίπεδο δομής είναι αυτές που ερευνώνται στις περισσότερες περιπτώσεις, καθώς μπορούν να οριστούν με ακρίβεια, και καθώς είναι εύκολο να συλλεχθούν σχετικά στοιχεία (π.χ. μέσω ερωτηματολογίων με ερωτήσεις κλειστού τύπου) (Hung and Jerng 2014).

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι αν και όλα αυτά τα στοιχεία αποτελούν απαραίτητες συνθήκες για την προσφορά υπηρεσιών υγείας, δεν μπορούν από μόνα τους να διασφαλίσουν την ύπαρξη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

6.3.2 Δείκτες ποιότητας ως προς τη διαδικασία

Έπειτα, αναφορικά με τους δείκτες ποιότητας ως προς τη *διαδικασία* (process), αυτοί αφορούν τον τρόπο λειτουργίας της εκάστοτε μονάδας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Thanasas 2018).

Δηλαδή, πρόκειται για στοιχεία όπως είναι ενέργειες ως προς τη φροντίδα και τη θεραπεία, όπως ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών, αλλά και η διάρκεια της νοσηλείας (Thanasas 2018). Άλλα παραδείγματα τέτοιου είδους δεικτών είναι η διάρκεια κατά την οποία τίθεται εκτός λειτουργίας κάποιο μηχάνημα ανά έτος, η διάρκεια αναμονής για την πρόσβαση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις, το πλήθος των ασθενών που λαμβάνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις ανά ώρα, η πληρότητα του φακέλου του ιστορικού των ασθενών και η ορθότητα στην κάρτα θεραπείας τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται, ο ρυθμός αποδοχής επειγόντων περιστατικών, και ο ρυθμός στον οποίο ολοκληρώνεται η διαδικασία για την ολοκλήρωση της διαδικασίας που σχετίζεται με τα εξιτήρια των ασθενών (Hung and Jerng 2014).

Σε αντίθεση με τους δείκτες ποιότητας ως προς τη δομή, οι δείκτες των διαδικασιών παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που έχουν προσφερθεί στα άτομα. Παρέχονται, λοιπόν, πολύ σημαντικά στοιχεία, τα οποία προσφέρουν κρίσιμες πληροφορίες για τη βελτίωση της ποιότητας των νοσοκομείων. Ωστόσο, μια σημαντική δυσκολία εντοπίζεται στο γεγονός ότι δεν είναι καταγεγραμμένες όλες οι σχετικές πληροφορίες (Hung and Jerng 2014), ενώ άλλες είναι δύσκολα μετρήσιμες (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Αυτό οδηγεί σε μεγάλη σπατάλη χρόνου (Hung and Jerng 2014), και σε διεξαγωγή αμφίβολων συμπερασμάτων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

6.3.3 Δείκτες ποιότητας ως προς τα αποτελέσματα

Τέλος, σχετικά με τους δείκτες ποιότητας ως προς τα *αποτελέσματα* (outcomes), αυτοί αφορούν τα αποτελέσματα ως προς την ικανοποίηση από τη φροντίδα που έχει

προσφερθεί, ως προς την ικανοποίηση των ασθενών, των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας (Thanasas 2018).

Η σημασία αυτού του είδους των δεικτών είναι καθοριστική, καθώς αντικατοπτρίζουν την επίδραση της υγειονομικής περίθαλψης ή θεραπείας. Επιπλέον, φανερώσουν την εγκυρότητα της διαδικασίας που τηρήθηκε ή την επάρκεια του σχεδιασμού της δομής. Για να θεωρηθεί έγκυρος ένας δείκτης διαδικασίας, πρέπει να συνδέεται με την επίδραση του αποτελέσματος. Για να είναι επαρκής ένας δείκτης στη δομή πρέπει να συνδέεται με ένα καλύτερο αποτέλεσμα (Hung and Jerng 2014).

Οι δείκτες ποιότητας ως προς τα αποτελέσματα που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι ο βαθμός θνησιμότητας και ο βαθμός νοσηρότητας (Hung and Jerng 2014). Μερικά άλλα παραδείγματα τέτοιου είδους δεικτών είναι τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών ανά κατηγορία ασθένειας, το διάστημα ελεύθερο από νόσο ή από υποτροπές, η τοξικότητα (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), η θνησιμότητα ως προς τους ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), η θνησιμότητα των ασθενών στα χειρουργεία, το ποσοστό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, το ποσοστό της εκδήλωσης παρενεργειών σε φάρμακα (Hung and Jerng 2014), στοιχεία σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών (Quality of Life - QOL), αλλά και η ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή παρουσιάζεται κατά τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι, σε αρκετές περιπτώσεις, κάποιοι δείκτες αποτελέσματος ενδέχεται να επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες, που δε σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης και με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, η επιβίωση των ατόμων εξαρτάται και από χαρακτηριστικά όπως είναι η ηλικία τους, η συννοσηρότητα ή το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Για τον λόγο αυτό, πριν από τη σύγκριση δεικτών ποιότητας ως προς τα αποτελέσματα μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων ή κέντρων υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να ελέγχονται τέτοιου είδους παράγοντες, μέσα από χρήση κατάλληλων στατιστικών μεθόδων (Hung and Jerng 2014).

6.3.4 Κριτήρια επιλογής δεικτών ποιότητας

Η επιλογή των δεικτών, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στηρίζεται σε ορισμένα κριτήρια. Ένα από αυτά είναι η *χρησιμότητα* (usefulness), δηλαδή ο δείκτης πρέπει να εξετάζει κάποια σημαντική παράμετρο, να συμβάλλει σημαντικά στην εξαγωγή συμπερασμάτων, να σχετίζεται με την ανάλογη δυνατότητα παρέμβασης, όπως, επίσης, και με τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Ένα άλλο κριτήριο είναι η *εγκυρότητα* (validity), δηλαδή, το κατά πόσο ο δείκτης αξιολογεί πραγματικά αυτό που ισχυρίζεται ότι εξετάζει. Η *αξιοπιστία* (reliability) είναι ένα άλλο στοιχείο που υπολογίζεται. Αυτή αναφέρεται στο επίπεδο συνέπειας ανάμεσα στα αποτελέσματα, άμα η μέτρηση επαναληφθεί σε παρόμοιες συνθήκες, σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Η δυνατότητα *σύγκρισης* (comparability) είναι, επίσης, σημαντική. Αυτή εξασφαλίζεται μέσω πρότυπων δεικτών, με μεγάλη έκταση εφαρμογής και με τη διαθεσιμότητα σχετικών στοιχείων σε άλλα κράτη. Ένα άλλο κριτήριο είναι η *ανταποκρισιμότητα* (responsiveness), μέσω της οποίας αποδίδεται το επίπεδο ευαισθησίας κάποιου δείκτη να εντοπίζει μεταβολές. Επιπλέον, σημαντική είναι η ύπαρξη *ειδικότητας* (specificity), η οποία σχετίζεται με την ικανότητα εντοπισμού διαφορών ανάμεσα στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών. Τέλος, ένα κριτήριο για την επιλογή δεικτών ποιότητας είναι η *ευαισθησία* (sensitivity), η οποία μελετά την ακρίβεια του εκάστοτε δείκτη και το κατά πόσο εντοπίζονται διαφοροποιήσεις κατά την επαναλαμβανόμενη χρήση του (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Πρέπει να σημειωθεί, βέβαια, ότι η αξιοποίηση δεικτών ποιότητας για τον συστηματικό έλεγχο της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, δεν αποτελεί μια στατική διαδικασία. Τα πρότυπα και οι δείκτες που επιλέγονται τροποποιούνται συνεχώς και υπόκεινται σε τακτικές επαναξιολογήσεις (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

6.4 Διαστάσεις και χαρακτηριστικά

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας διακρίνεται επιπλέον από ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά. Αυτά έχουν μελετηθεί από διάφορους επιστήμονες, και ποικίλες απόψεις έχουν προκύψει σχετικά με το ποια είναι αυτά, σχετικά με το ποιες είναι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Oecd et al

2018). Προτού, όμως, αναφερθούμε σε αυτά τα στοιχεία, ας γίνει πρώτα λόγος για κάποιες γενικές κατηγορίες στις οποίες μπορούν να διακριθούν.

Ένας τρόπος κατηγοριοποίησης των διαστάσεων της ποιότητας στον χώρο της υγείας, παρουσιάστηκε από τον Donabedian. Αυτός, έκανε τη διάκριση σε τρεις γενικές κατηγορίες: α) στο διαπροσωπικό μέρος, β) στο τεχνικό μέρος, και γ) στις υποδομές (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Το *διαπροσωπικό μέρος* (interpersonal, art of medicine) αφορά τον ψυχολογικό τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ασθενής από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτός επηρεάζεται από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία τους, από τα ήθη της κοινωνίας μέσα στην οποία ζούνε, αλλά και από τις προσδοκίες των ασθενών. Το *τεχνικό μέρος* (technical, science of medicine) περιγράφει τον τρόπο αξιοποίησης της επιστήμης και της τεχνολογίας για την όσο το δυνατόν πιο καλή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Τέλος, οι *υποδομές* (amenities) αναφέρονται στον χώρο, στο περιβάλλον. Δηλαδή, στις ξενοδοχειακές υποδομές και στις ανέσεις των νοσοκομείων, στις συνθήκες μέσα στις οποίες προσφέρεται η φροντίδα και η περίθαλψη προς στους ασθενείς (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

Σε ένα άλλο είδος διάκρισης, μπορούμε να αναφερθούμε στην ύπαρξη δύο μεγάλων γενικών κατηγοριών: α) στην κατηγορία της τεχνικής ποιότητας, και β) στην κατηγορία της λειτουργικής ποιότητας. Η *τεχνική ποιότητα* αναφέρεται σε χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την παραγωγή της υπηρεσίας, ενώ στη *λειτουργική ποιότητα*, ή αλλιώς την *ποιότητα παροχής*, εντάσσονται τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την προσφορά, την παροχή της υπηρεσίας (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ποιότητα και με την ικανοποίηση των ασθενών, έχουν διατυπωθεί ποικίλες απόψεις για την περιγραφή τους και για τον εντοπισμό των ιδιαίτερων ιδιοτήτων του καθενός. Στο σημείο αυτό, θα γίνει αναφορά στα βασικότερα εξ αυτών, που άλλοτε αναφέρονται ως παράγοντες ή ως διαστάσεις που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, άλλοτε ως διαστάσεις που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, άλλοτε ως γενικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας, και άλλοτε ως διαστάσεις αξιολόγησης των συστημάτων και των υπηρεσιών υγείας.

Ένα βασικό στοιχείο, στο πλαίσιο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, είναι η *αξιοπιστία* (reliability), η οποία αναφέρεται στην προθυμία και στη δυνατότητα προσφοράς της κατάλληλης υπηρεσίας (Πέππας και Κοράκη 2013). Δηλαδή, στο να καταφέρει ο οργανισμός να προσφέρει αυτά που έχει υποσχεθεί, με ακρίβεια και ορθότητα (Χυτήρης και Άννινος 2015). Πρέπει οι υπηρεσίες που προσφέρονται να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των ασθενών, να τους προσφέρεται η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, και να υπάρχει επίλυση του προβλήματος που αντιμετωπίζουν στο μέγιστο δυνατό επίπεδο (Shaikh and Rabbani 2005).

Αναγκαίο στοιχείο, λοιπόν, είναι να υπάρχει και *δραστηκότητα*, δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν τη βέλτιστη φροντίδα προς τους ασθενείς, μέσω βέλτιστων πρακτικών (Ρίκος 2015). Επίσης, πρέπει να υπάρχει *καταλληλότητα* (suitability), δηλαδή να υπάρχει μεγάλο ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας (Καλογεροπούλου 2011), και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις προς τους ασθενείς να συμβαδίζουν με τις κλινικές τους ανάγκες, φυσικά στο πλαίσιο της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης (Ρίκος 2015). Ακόμα, πρέπει να υπάρχει *συνέπεια*, δηλαδή οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά (Πέππας και Κοράκη 2013).

Επιπλέον, στοιχείο ύπαρξης καλής ποιότητας είναι και η *ακρίβεια*, δηλαδή η ορθή εκτέλεση της υπηρεσίας από την πρώτη προσπάθεια επίλυσης του εκάστοτε προβλήματος (Πέππας και Κοράκη 2013). Ωστόσο, σε περίπτωση που υπάρξει κάποιο σφάλμα ή κάποια επιπλοκή, πρέπει να υπάρχει δυνατότητα για *αποκατάσταση* ή *διόρθωση* (service recovery). Δηλαδή, πρέπει να υπάρχει δυνατότητα και επιθυμία από την πλευρά των υπηρεσιών υγείας για να διορθώσει, όσο είναι εφικτό, την κατάσταση (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Ένα άλλο πολύ σημαντικό στοιχείο για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι η άμεση εξυπηρέτηση, η γρήγορη και σωστή *ανταπόκριση* (responsiveness) των υπηρεσιών υγείας (Χυτήρης και Άννινος 2015). Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να επιδεικνύουν την απαραίτητη προσοχή προς τους ασθενείς, να μην τους αφήνουν να περιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να τους εξυπηρετήσουν, και να τους βοηθήνε ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους (Shaikh and Rabbani 2005). Για παράδειγμα, οι ασθενείς πρέπει

να έχουν τη δυνατότητα να κλείσουν άμεσα ραντεβού με τον γιατρό από τον οποίο χρειάζονται βοήθεια, ο χρόνος αναμονής είτε για ραντεβού, είτε για εξετάσεις, δεν πρέπει να είναι μεγάλος, και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να εφαρμόζονται άμεσα (Hanefeld, Powell-Jackson and Balabanova 2017). Σε διαφορετική περίπτωση, η καθυστέρηση μπορεί να επιφέρει σοβαρές και δυσάρεστες συνέπειες τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας (Bachir 2015· Dhalla and Tepper 2018).

Αυτό σημαίνει, λοιπόν, ότι πρέπει να υπάρχει και *διαθεσιμότητα* (availability) (Shaikh and Rabbani 2005· Καλογεροπούλου 2011), δηλαδή, να μπορεί να προσφερθεί, επί εικοσιτετράωρης βάσης, η κατάλληλη φροντίδα προς τους ασθενείς, ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες τους (Ρίκος 2015· Θανασάς 2019). Και επιπλέον, δε θα πρέπει να υπάρχει βιασύνη ως προς την ολοκλήρωση των εξετάσεων ή των απαιτούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αυτές πρέπει να διαρκούν για όσο κρίνεται απαραίτητο από τους επαγγελματίες υγείας (Πέππας και Κοράκη 2013).

Βέβαια, η προσοχή αυτή δεν πρέπει να αφορά μόνο την αρχική επαφή με τους ασθενείς. Είναι, ακόμη, απαραίτητο να υπάρχει *συνέχεια* (continuity) στην παροχή φροντίδας. Δηλαδή, είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται μια διαρκής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και ελέγχου, διαχρονικά, ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής παρέμβασης προς τον ασθενή. Επιπρόσθετα, πρέπει να υπάρχει συντονισμός και συνεννόηση μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών υγείας και των διαφορετικών οργανισμών (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), π.χ. κατά τη μετάβαση από ένα τμήμα του νοσοκομείου σε κάποιο άλλο (Ρίκος 2015). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι μια διαδικασία, όχι ένα πρόγραμμα. Το πρόγραμμα έχει αρχή και τέλος, αλλά στη διαδικασία δεν υπάρχει τερματισμός. Είναι κάτι το συνεχές. Έτσι, η φροντίδα πρέπει να παρέχεται συνεχώς. Πρέπει να ξεκινά, να προσφέρεται, να αξιολογείται, να βελτιώνεται και να παρακολουθείται διαρκώς, ακόμη και μετά τη θεραπεία του ασθενή. Μάλιστα, κατά τα τελευταία χρόνια, η φροντίδα έχει αρχίσει να συνδέεται περισσότερο και με την ευεξία, με την προαγωγή της υγείας και με την πρόληψη ασθενειών (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004).

Σε ένα πιο ευρύ πλαίσιο, η έννοια της ανταποκρισιμότητας, που αναφέρθηκε παραπάνω, συνδέεται και με ένα άλλο χαρακτηριστικό, την *ισότητα* (equity) (Hanefeld, Powell-Jackson and Balabanova 2017). Αυτό σημαίνει ότι όλοι οι ασθενείς πρέπει να τυγχάνουν ίσης αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες υγείας, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, π.χ. το φύλο, την εθνικότητά τους, το μέρος όπου ζούνε ή το κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο (Dhalla and Tepper 2018). Οι ανισότητες στον χώρο της υγείας πρέπει να εξαλειφθούν. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται ισότιμα σε όλα τα άτομα που τις έχουν ανάγκη (Bachir 2015).

Μια τρίτη έννοια που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ανταποκρισιμότητα είναι αυτή της *προσβασιμότητας* (accessibility), που αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο κατά την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Ζέρβας 2020). Αυτή αναφέρεται στο βαθμό ευκολίας με τον οποίο οι ασθενείς μπορούν να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Πέππας και Κοράκη 2013· Thanasas 2018). Η πρόσβαση, αρχικά, μπορεί να αφορά την ευκολία ως προς τη μετάβαση σε φυσική παρουσία στον χώρο του νοσοκομείου (Shaikh and Rabbani 2005). Επιπλέον, μπορεί να αναφέρεται στην ευκολία απόκτησης των υπηρεσιών ως προς τον οικονομικό τομέα (Ρίκος 2015). Είναι, δηλαδή, σημαντικό να υπάρχουν *προσιτές τιμές* (affordability) (Shaikh and Rabbani 2005). Ακόμα, έμφαση δίνεται στην πρόσβαση με βάση την πνευματική, κοινωνική και πολιτισμική διάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγείας οφείλονται να παρέχουν βοήθεια στους ασθενείς, δίχως διακρίσεις (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), ανεξάρτητα από στοιχεία όπως είναι τα πολιτισμικά τους χαρακτηριστικά, οι προσωπικές τους αντιλήψεις ή το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο. Σε αυτό το σημείο, λοιπόν, φαίνεται πως η προσβασιμότητα συσχετίζεται και με την έννοια της *ισοτιμίας* (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το στοιχείο της *ασφάλειας* (security) (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010), δηλαδή να μην υπάρχει κίνδυνος σωματικής ή ψυχικής βλάβης (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012) για τους ασθενείς τόσο κατά την εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης (Dhalla and Tepper 2018), αλλά και όσον αφορά τις εγκαταστάσεις του εκάστοτε νοσοκομείου (Bachir 2015). Άμα δεν υπάρξει μέριμνα ως προς αυτόν τον τομέα, δηλαδή να δημιουργηθεί ένα ασφαλές περιβάλλον για τους ασθενείς, υπάρχει κίνδυνος ατυχημάτων, τα οποία μπορεί να επιφέρουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες.

Αυτές μπορεί να αφορούν σωματικές ή συναισθηματικές βλάβες των ασθενών, στοιχεία που μπορεί να οδηγήσουν επιπλέον και σε νομικές διαμάχες (λόγω νομικής ευθύνης του εκάστοτε νοσοκομείου), σε κλονισμό της εμπιστοσύνης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και σε δημιουργία αρνητικής φήμης (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004).

Γενικότερα, τα *απτά χαρακτηριστικά* (tangibles) των υπηρεσιών υγείας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο (Shaikh and Rabbani 2005). Πιο αναλυτικά, ο φυσικός χώρος και οι εγκαταστάσεις πρέπει να διακρίνονται από σωστό σχεδιασμό, από τήρηση των κανόνων υγιεινής (Thanasas 2018), από καθαριότητα και από ασφάλεια (Καλογεροπούλου 2011). Για παράδειγμα, η αποφυγή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων είναι ένα θετικό στοιχείο ως προς την ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας (Thanasas 2018). Επιπλέον, η αισθητική του χώρου επιδρά σημαντικά στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004). Ακόμα, λαμβάνεται υπόψιν ο τεχνολογικός εξοπλισμός (Χυτήρης και Άννινος 2015) και οι ξενοδοχειακές υποδομές που παρέχονται, όπως, επίσης, οι συνθήκες νοσηλείας, για παράδειγμα ως προς τον αερισμό, την θερμοκρασία, την ησυχία και την άνεση, αλλά και η ποιότητα του φαγητού που προσφέρεται στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Καλογεροπούλου 2011). Επιπρόσθετα, λαμβάνεται υπόψιν και η εξωτερική εμφάνιση του προσωπικού του εκάστοτε νοσοκομείου (Πέππας και Κοράκη 2013).

Δύο άλλα σημαντικά στοιχεία είναι η *αποτελεσματικότητα* (effectiveness) και η *αποδοτικότητα* (efficiency) (Dhalla and Terpper 2018). Η αποτελεσματικότητα σχετίζεται περισσότερο με τη θετική έκβαση ως προς την υγεία των ασθενών, ενώ η αποδοτικότητα συνδέεται αρκετά με τη σχέση κόστους-αποτελέσματος (Thanasas 2018). Πιο αναλυτικά, με τον όρο της αποτελεσματικότητας περιγράφεται η ανάγκη παροχής φροντίδας με τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο, με την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης, προκειμένου να επέλθει το βέλτιστο και προσδοκώμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή (Ρίκος 2015), είτε ως προς την κατάσταση της υγείας του, είτε ως προς την ποιότητα της ζωής του (Bachir 2015). Με τον όρο της αποδοτικότητας, αξιολογούνται οι επιτυχημένες παρεμβάσεις που προσφέρθηκαν σε έναν ασθενή, σε σχέση με τους πόρους που αξιοποιήθηκαν κατά την παροχή της φροντίδας (Ρίκος 2015).

Επιδιώκεται η αποφυγή σπατάλης των διαθέσιμων πόρων, σε επίπεδο εξοπλισμού, φαρμάκων, ιδεών και ενέργειας (Dhalla and Tepper 2018). Η σημασία της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας είναι μεγάλη για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι σχετικές διαδικασίες πρέπει να εκτελούνται κατάλληλα και σε ένα περιβάλλον όπου λαμβάνεται υπόψιν το κόστος. Πρέπει να προσφέρεται μόνο κατάλληλη και αναγκαία φροντίδα. Περιττές παρεμβάσεις και επαναλαμβανόμενες διαδικασίες, π.χ. λόγω προηγούμενης ανεπάρκειας ή σφαλμάτων, πρέπει να αποφεύγονται. Σε ένα σύστημα υψηλότερων απαιτήσεων για ποιοτική φροντίδα, σε συνδυασμό με την ύπαρξη περιορισμένων πόρων, απαιτείται και αναμένεται η λήψη συνετών αποφάσεων σχετικά με τον καλύτερο συνδυασμό αποτελεσματικής και αποδοτικής φροντίδας (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004).

Για να υπάρξει, όμως, παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με αποδοτικό τρόπο, χρειάζεται οι επαγγελματίες υγείας να κατέχουν υψηλή *τεχνική ικανότητα* (technical competence), ώστε από την πρώτη φορά να πράττουν σωστά, και τις επόμενες φορές να βελτιώνουν ακόμη περισσότερο αντίστοιχες ενέργειές τους (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004).

Το στοιχείο αυτό συνδέεται στενά με ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό, τη *διασφάλιση* (assurance), η οποία σχετίζεται με τα προσόντα των επαγγελματιών υγείας (Shaikh and Rabhani 2005), με την ευγένειά τους και με την εμπιστοσύνη που εμπνέουν στους ασθενείς τους (Πέππας και Κοράκη 2013).

Γενικότερα, τα μέλη του ιατρικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού των υπηρεσιών υγείας οφείλουν να επιδεικνύουν *επαγγελματισμό* (competence). Να διαθέτουν μεγάλο εύρος γνώσεων και ικανοτήτων (Χυτήρης και Άννινος 2015). Ωφέλιμο είναι, ακόμη, να αξιοποιούν τις νέες τεχνολογίες (Thanasas 2018). Πρέπει να αντιμετωπίζουν με *σεβασμό* (respect) τους ασθενείς και να επιδεικνύουν *ευαισθησία* (sensitivity) απέναντι τους (Ρίκος 2015). Οφείλουν να διασφαλίζουν τις *απόρρητες πληροφορίες* των ασθενών (Kavanagh, Adams and Wang 2009· Καλογεροπούλου 2011). Ακόμα, πρέπει να διαθέτουν *ευγένεια* (courtesy) και να είναι νιάθουν για αυτά οι ασθενείς ότι πρόκειται για άτομα *εμπιστοσύνης* (credibility) (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Πολύ σημαντικό είναι, επιπρόσθετα, να επιδεικνύουν *ενσυναίσθηση* (empathy) (Shaikh and Rabbani 2005). Δηλαδή, να προσφέρεται φροντίδα και εξειδικευμένη προσοχή σε κάθε ασθενή (Πέππας και Κοράκη 2013). Να αντιμετωπίζεται ο καθένας από αυτούς με ενδιαφέρον, με κατανόηση (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β) και με ιδιαίτερη προσοχή (Shaikh and Rabbani 2005).

Η προσέγγιση πάνω στην οποία στηρίζονται οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι *πελατο-κεντρική* (patient-centered healthcare) (Bachir 2015), ή πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση αυτή, *επικεντρωμένη στον ασθενή* (patient-centered healthcare) (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Πρέπει να υπάρχει *σεβασμός* προς την προσωπικότητα και τις προτιμήσεις των ασθενών (Dhalla and Terper 2018), προς τις ανάγκες και τα ιδανικά τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Πρέπει, λοιπόν, να δίνεται στους ίδιους το *δικαίωμα της επιλογής* (right of choice) (Shaikh and Rabbani 2005), να εμπλέκονται ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα τους (Ρίκος 2015).

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναπτύσσουν *καλές διαπροσωπικές σχέσεις* (interpersonal relations) με τους ασθενείς (Shaikh and Rabbani 2005). Χρειάζεται να ενημερώνουν τους ασθενείς για την πορεία της υγείας τους (Καλογεροπούλου 2011), να τους παρέχουν αναγκαίες διευκρινίσεις (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004). Βέβαια, καλές σχέσεις πρέπει να αναπτύσσονται και ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας, καθώς κάτι τέτοιο μπορεί να συμβάλλει θετικά στον καλύτερο *συντονισμό* (constellation) των ενεργειών τους (Shaikh and Rabbani 2005· Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Σημαντικό χαρακτηριστικό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι, επίσης, ο βαθμός *εκπαίδευσης* του προσωπικού, αλλά και η σχετική *εμπειρία* του (Πέππας και Κοράκη 2013). Η ανάγκη για συνεχείς *επιμορφώσεις* του προσωπικού των νοσοκομείων είναι επιτακτική (Thanasas 2018).

Τέλος, ένα ακόμη αναγκαίο στοιχείο είναι η *επάρκεια* (adequacy) (Ρίκος 2015), π.χ. ως προς τον αριθμό των μελών του προσωπικού ή ως προς τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό (Thanasas 2018).

6.5 Η κλίμακα SERVQUAL ως εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία μέτρησης. Ένα από τα πιο διαδεδομένα εξ αυτών είναι η κλίμακα *SERVQUAL*, η οποία επιδιώκει την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσα από την οπτική των ίδιων των ασθενών (Bachir 2015).

Αναλυτικότερα, το συγκεκριμένο εργαλείο βασίζεται σε ένα προγενέστερό του, το οποίο είναι γνωστό ως το *υπόδειγμα των Χασμάτων* (gap model), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Parasuraman και τους συνεργάτες του. Το μοντέλο αυτό, το οποίο στηριζόταν σε δέκα χαρακτηριστικά ποιότητας των επιχειρήσεων, υποστηρίζει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών προκύπτει με βάση τη σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες του πελάτη πριν από τη χρήση κάποιας υπηρεσίας και στις αντιλήψεις του σχετικά με την ποιότητα της διαδικασίας που πραγματοποιήθηκε έπειτα από τη χρήση της υπηρεσίας και έπειτα από τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Άμα οι αντιλήψεις αυτές είναι κατώτερες των προσδοκιών, τότε δημιουργείται ένα χάσμα (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Το 1985, λοιπόν, έπειτα από μελέτες, οι Αμερικάνοι καθηγητές Parasuraman, Zeithaml και Berry (Ζέρβας 2020), βασιζόμενοι στο προηγούμενο μοντέλο, προχώρησαν στη δημιουργία της κλίμακας *SERVQUAL*, ενός εργαλείου για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών (Bachir 2015). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώνουν τις απαντήσεις τους σε μια κλίμακα Likert (Kalaja et al 2016).

Συγκεκριμένα, η μέτρηση προκύπτει από τη διαφορά που παρουσιάζεται μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη πριν από τη χρήση της υπηρεσίας και της αντίληψής του από τη χρήση του, με βάση ορισμένα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ποιότητας. Με έμπνευση από το υπόδειγμα των Χασμάτων, στην κλίμακα αυτή τα δέκα χαρακτηριστικά ποιότητας που υπήρχαν, συνοψίστηκαν σε πέντε διαστάσεις (Χυτήρης και Άννινος 2015). Αυτές

είναι οι εξής: 1. απτά χαρακτηριστικά, 2. αξιοπιστία, 3. διασφάλιση, 4. ανταποκρισιμότητα, και 5. ενσυναίσθηση (Χυτήρης και Άννινος 2015· Olise and Ojiaku 2018), στις οποίες αναφερθήκαμε αναλυτικότερα στην προηγούμενη ενότητα.

Συνοπτικά, όμως, μπορούμε να υπενθυμίσουμε ότι τα απτά χαρακτηριστικά αναφέρονται κυρίως στην εσωτερική και εξωτερική εμφάνιση του χώρου των υπηρεσιών, στην αισθητική και στην καθαριότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων, στα χαρακτηριστικά του υλικοτεχνικού εξοπλισμού, και στην εξωτερική εμφάνιση του προσωπικού (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β). Η αξιοπιστία περιγράφει την ικανότητας παροχής των υπηρεσιών με ακρίβεια και με εγκυρότητα (Πέππας και Κοράκη 2013). Η διασφάλιση αναφέρεται στις γνώσεις και στις τεχνικές ικανότητες των μελών του προσωπικού των υπηρεσιών, αλλά και στη δυνατότητά τους να εμπνέουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια στους ασθενείς. Η ανταποκρισιμότητα εξετάζει τη διάθεση των επαγγελματιών υγείας να βοηθήσουν άμεσα και αποτελεσματικά τους ασθενείς, ενώ η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην παροχή φροντίδας με κατανόηση, εξατομικευμένη μεταχείριση και ιδιαίτερο ενδιαφέρον προς τον κάθε ασθενή ξεχωριστά (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

Στην κλίμακα SERVQUAL, λοιπόν, όταν υπάρχει θετική διαφορά (αντιλήψεις > προσδοκίες), δηλαδή όταν οι αντιλήψεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι μεγαλύτερες των αρχικών προσδοκιών, τότε θεωρείται ότι υπάρχει καλή, ανώτερη ποιότητα. Όταν, υπάρχει αρνητική διαφορά (αντιλήψεις < προσδοκίες), δηλαδή όταν οι αντιλήψεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι υποδεέστερες των αρχικών προσδοκιών, τότε θεωρείται ότι υπάρχει κακή ποιότητα. Τέλος, όταν αντιλήψεις και προσδοκίες ισούνται (αντιλήψεις = προσδοκίες), τότε είναι η περίπτωση όπου ο πελάτης έχει λάβει αυτό ακριβώς που περίμενε (Bachir 2015).

Αν και η κλίμακα αυτή έχει δεχθεί αρκετή κριτική, π.χ. ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της, ως προς τις διαστάσεις που εξετάζει, και αν και έχουν παρουσιαστεί αρκετές τροποποιήσεις κατά καιρούς, δεν παύει να αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με βάση την ικανοποίηση των ασθενών (Yeşilada and Direktör 2010· Kalaja et al 2016).

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί, πως υπάρχουν και άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, τα οποία διαφέρουν ως προς λίγα ή πολλά χαρακτηριστικά τους. Μερικά παραδείγματα αποτελούν η κλίμακα *SERVPERF* (Bachir 2015), γνωστή και ως *υπόδειγμα απόδοσης της υπηρεσίας*, το *υπόδειγμα του Grönroos*, το *υπόδειγμα της ποιότητας υπηρεσιών με βάση τα χαρακτηριστικά*, το *σύνθετο υπόδειγμα της ποιότητας υπηρεσιών*, το *υπόδειγμα της ιδανικής ποιότητας υπηρεσιών*, το *υπόδειγμα απόδοσης και πρότυπης ποιότητας*, το *υπόδειγμα servuction*, τα *υποδείγματα των επιμέρους χαρακτηριστικών και της συνολικής τους επίδρασης*, το *υπόδειγμα της αντιληπτής ποιότητας υπηρεσιών και ικανοποίησης*, το *υπόδειγμα PCP*, το *υπόδειγμα ποιότητας υπηρεσιών λιανικής και αντιληπτής αξίας*, το *υπόδειγμα ποιότητας υπηρεσιών, αξίας και ικανοποίησης για τον πελάτη*, το *υπόδειγμα των προαπαιτούμενων και των ενδιάμεσων παραγόντων*, κ.λπ. (Χυτήρης και Άννινος 2015).

7 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κεφάλαιο αυτό επικεντρώνεται στο ζήτημα της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Εξετάζεται η έννοια της βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, γίνεται λόγος για τον κύκλο της ποιότητας, παρουσιάζονται ορισμένες προϋποθέσεις και κάποια βασικά στοιχεία που μπορούν να συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ γίνεται λόγος και για ορισμένες μεθόδους με τις οποίες αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί.

7.1 Η έννοια της βελτίωσης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Με τον όρο *βελτίωση ποιότητας* (quality improvement) γίνεται λόγος για τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται με στόχο τον περιορισμό των διακυμάνσεων στην απόδοση ή την απόκλιση από τα καθορισμένα πρότυπα ποιότητας, προκειμένου να επιτευχθεί ένα καλύτερο αποτέλεσμα για τους χρήστες της υπηρεσίας (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004).

Πρέπει, λοιπόν, να γίνουν ενέργειες για τη βελτίωση των διαδικασιών, ώστε να υπάρξει έλεγχος και των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, στο επίκεντρο όλων των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται πρέπει να βρίσκεται ο πελάτης, καθώς αυτός αποτελεί την κινητήρια δύναμη για κάθε προσπάθεια βελτίωσης (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004).

Αυτή η προσπάθεια είναι ευρέως γνωστή ως *διαρκής βελτίωση ποιότητας*, καθώς απαιτούνται συνεχώς βελτιώσεις στη διαδικασία λειτουργίας των υπηρεσιών, για να δημιουργείται ένα όλο και πιο «τέλειο προϊόν» (Πέππας και Κοράκη 2013).

7.2 Ο κύκλος της ποιότητας

Ένα μοντέλο που έχει δημιουργηθεί για την επίτευξη διαρκούς βελτίωσης ποιότητας στις υπηρεσίες είναι αυτό που είναι γνωστό ως ο «κύκλος της ποιότητας» (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Το μοντέλο αυτό απαρτίζεται από δέκα συγκεκριμένα βήματα. Τα τρία πρώτα βήματα του κύκλου αφορούν όλα τη διασφάλιση της ποιότητας (Sheikh, Al-Assaf and World

Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004). Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει τον σχεδιασμό, το δεύτερο αφορά τον καθορισμό συγκεκριμένων προτύπων και το τρίτο αφορά την ενημέρωση του προσωπικού της εκάστοτε υπηρεσίας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Στο τέταρτο βήμα πραγματοποιείται ο ποιοτικός έλεγχος. Στη συνέχεια, τα επόμενα έξι βήματα αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας, η οποία, όπως είπαμε, είναι η διαδικασία μείωσης της απόκλισης από τα καθορισμένα πρότυπα, μέσω της οποίας επιτυγχάνεται μια σταθερότητα και μέσω της οποίας η υπηρεσία καταφέρνει να ελέγξει καλύτερα το αποτέλεσμα που θα προκύψει (Sheikh, Al-Assaf and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2004). Συγκεκριμένα, στο πέμπτο βήμα πραγματοποιείται εντοπισμός των ευκαιριών για βελτίωση, ενώ στο έκτο γίνεται επιλογή μεταξύ αυτών κατά προτεραιότητα. Στο έβδομο βήμα, δημιουργείται μια ομάδα ατόμων που αναλαμβάνει την ευθύνη της υλοποίησης. Αυτή καθορίζει τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν και ποιο είναι το επιθυμητό αποτέλεσμα. Έπειτα, στο πλαίσιο του όγδοου βήματος, πραγματοποιείται μελέτη της εκάστοτε περίπτωσης. Στο ένατο βήμα, γίνεται επιλογή μιας πιθανής λύσης. Στο δέκατο βήμα, η λύση αυτή εφαρμόζεται. Ωστόσο, η διαδικασία δεν τελειώνει εκεί. Η λύση αυτή επαναξιολογείται και ενσωματώνεται στη διαδικασία, άμα έχει επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, ενώ, παράλληλα, ο μηχανισμός της διαρκούς βελτίωσης ποιότητας συνεχίζει να βρίσκεται σε λειτουργία (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

7.3 Προϋποθέσεις - Σημαντικά στοιχεία για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αφορά κατά κύριο λόγο τη διερεύνηση των διαδικασιών παραγωγής, τον έλεγχο για την ύπαρξη πιθανών αποκλίσεων από τα καθορισμένα πρότυπα, αλλά και τον εντοπισμό καλύτερων δυνατοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών, αλλά και του προσωπικού που εργάζεται στο εκάστοτε νοσοκομείο (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Για να καταστεί κάτι τέτοιο εφικτό, πρέπει αρχικά να γίνει κατανοητό ότι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων προσώπων και φορέων (Πέππας και Κοράκη 2013). Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται προσπάθεια τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Πιο συγκεκριμένα, κατ' αρχήν, είναι σημαντική η ηγεσία που υπάρχει σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ύπαρξη ενός χαρισματικού ηγέτη είναι απαραίτητη, καθώς αυτό είναι το πρόσωπο που συντονίζει τις διαδικασίες και παρέχει υποστήριξη στο πλαίσιο της συνεχής βελτίωσης της ποιότητας. Πρέπει να είναι ένα άτομο με όραμα, με καλές επικοινωνιακές δεξιότητες, το οποίο προωθεί ένα σύστημα διοίκησης συμμετοχικού τύπου. Επιπλέον, πρέπει να είναι δεσμευμένο στο στόχο, να έχει ενεργό ρόλο, να μεριμνά για τη σύσταση ομάδων δράσης, να εκχωρεί αρμοδιότητες, να επιβλέπει και να υποστηρίζει τις ενέργειες του προσωπικού (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Αναγκαία είναι, επίσης, η παρουσία εξειδικευμένου εργατικού προσωπικού (Oecd et al 2018). Οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κατέχουν την απαραίτητη εκπαίδευση, καθώς αποτελούν τα θεμέλια του συστήματος. Είναι οι «εσωτερικοί πελάτες», που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους «εξωτερικούς πελάτες», δηλαδή στους ασθενείς. Σημαντικό στοιχείο, λοιπόν, είναι η ενδυνάμωση των εργαζομένων. Απαιτείται η παροχή των κατάλληλων εργαλείων, τεχνικών και υποστήριξης προς αυτούς, ώστε να δύνανται να συμμετέχουν και να παίρνουν σημαντικές αποφάσεις κατά τη διεξαγωγή των διαδικασιών για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Πρέπει να εντοπίζονται οι ανάγκες, οι αδυναμίες, αλλά και οι δυνατότητες του εκάστοτε μέλους του εργατικού δυναμικού των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι ωφέλιμο να αξιοποιούνται στο μέγιστο δυνατό επίπεδο. Επιπλέον, η παροχή επιπλέον κινήτρων και επιβράβευσης μπορεί να λειτουργήσει ιδιαίτερα ευεργετικά (Oecd et al 2018). Ακόμα, αναγκαίο στοιχείο θεωρείται η συνεχιζόμενη επιμόρφωση του έμψυχου δυναμικού των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υπηρεσιών (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Πολύ σημαντικό στοιχείο είναι και η ύπαρξη καλής συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας, π.χ. των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, του διοικητικού προσωπικού, κ.λπ. (Oecd et al 2018), καθώς μέσα από τη συνέργεια των ανθρώπων, το τελικό αποτέλεσμα που προκύπτει μπορεί να είναι ανώτερο σε σχέση από αυτό που θα προέκυπτε μέσα από την απλή άθροιση των επιμέρους στοιχείων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Βέβαια, απαραίτητο χαρακτηριστικό είναι και η συνεργασία με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, και με την κοινότητα γενικότερα (Oecd et al 2018). Στο πλαίσιο της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, πέρα από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις ανάγκες και στις προσδοκίες των ασθενών (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), είναι απαραίτητο να προωθούν την εμπλοκή αυτών, αλλά και των υπόλοιπων μελών της κοινότητας, στην προσπάθεια διασφάλισης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, μέσα από την παροχή ανατροφοδότησης από τα άτομα αυτά, είναι δυνατό να τεθούν προτεραιότητες και να εφαρμοστούν πιο κατάλληλες πολιτικές για την καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών τους (Oecd et al 2018· Θανασάς 2019).

Όσον αφορά τις διαδικασίες, τις λειτουργίες και τις δράσεις, σε πρώτη φάση, απαιτείται η διαρκής αναγνώριση της ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας. Το στοιχείο αυτό πρέπει να αποτελεί βασικό στόχο κάθε οργανισμού παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Oecd et al 2018). Πρέπει πάντα να δίνεται έμφαση στην τήρηση των προτύπων που τίθενται και που ανανεώνονται διαρκώς σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Έπειτα, πρέπει να γίνεται προσεκτικός σχεδιασμός (Oecd et al 2018), να τίθενται στόχοι και να διαμορφώνεται ένα πλάνο δράσης (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Αναγκαίο είναι, επιπλέον, να υπάρχει διαφάνεια σε κάθε φάση της προσπάθειας για βελτίωση. Δηλαδή, να υπάρχει ειλικρίνεια, και να καταγράφονται πραγματικά και όχι πλασματικά στοιχεία σχετικά με την απόδοση της υπηρεσίας και την ποιότητά της. Τα θετικά στοιχεία πρέπει να σημειώνονται και να διαδίδονται, ώστε να λειτουργούν σαν ένα παράδειγμα μίμησης (Oecd et al 2018), ενώ τα λάθη που εντοπίζονται, πρέπει να εξετάζονται, και να επιδιώκεται η μελλοντική αποφυγή τους. Για να καταστεί, βέβαια, αυτό εφικτό, απαιτείται η συστηματική και διεξοδική καταγραφή των διαδικασιών που εφαρμόζονται και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν, η δέσμευση του ανθρώπινου δυναμικού της υπηρεσίας, αλλά και η υποστήριξη από την πλευρά της διοίκησης (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Επίσης, οι πληροφορίες πρέπει να χρησιμοποιούνται σωστά, πρέπει να αξιοποιούνται επιστημονικά εργαλεία, και να υπάρχει τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Με βάση τα στοιχεία αυτά, μπορούν να πραγματοποιούνται οι απαραίτητες τροποποιήσεις σε επίπεδο δομών, διαδικασιών ή αποτελεσμάτων (Oecd et al 2018).

Είναι φανερό, πάντως, ότι η παρακολούθηση των δράσεων, η αξιολόγηση και οι ανατροφοδοτήσεις είναι απαραίτητα συστατικά στοιχεία της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα, τα δεδομένα που προκύπτουν είναι καλό να κοινοποιούνται σε όλα τα εμπλεκόμενα πρόσωπα (π.χ. σε ασθενείς, στους επαγγελματίες υγείας, στην κοινότητα, στην πολιτική διοίκηση του κράτους, κ.λπ.), προκειμένου να αξιοποιούνται από τον καθένα, ανάλογα με την ιδιότητά του (Oecd et al 2018).

Τέλος, να σημειωθεί ότι ωφέλιμα μπορούν να λειτουργήσουν και διάφορες προληπτικές βελτιώσεις. Δηλαδή, αντί για τη διαχείριση των κρίσεων που προκύπτουν, όπου οι ενέργειες πραγματοποιούνται έπειτα από σφάλματα, είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται προκαταβολικά η προσπάθεια για βελτίωση, η εφαρμογή καινοτόμων δράσεων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

7.4 Μέθοδοι για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Πολλές μέθοδοι και στρατηγικές έχουν παρουσιαστεί κατά το παρελθόν, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες (Busse et al 2019). Στο σημείο αυτό, θα παρουσιαστούν περιληπτικά κάποιες από τις πιο διαδεδομένες.

7.4.1 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (Total Quality Management), για την οποία έγινε συνοπτικά λόγος και σε προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελεί μια ολοκληρωμένη φιλοσοφία σχετικά με την ποιότητα (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016), που έχει εξελιχθεί με το πέρασμα των χρόνων (Abdallah 2014). Στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης άρχισε να αξιοποιείται ευρέως από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα (Langabeer et al 2009).

Η μέθοδος αυτή επιδιώκει τον πλήρη μετασχηματισμό του παραδοσιακού τρόπου διοίκησης, καταργώντας τη γραφειοκρατία, και υιοθετώντας καινοτόμες μεθόδους αξιοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων του εκάστοτε οργανισμού, προκειμένου να υπάρξει καλύτερη οργάνωση και μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Επιδιώκει την ορθολογικότερη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται προς τους πολίτες,

δίνοντας έμφαση όχι μόνο στο κόστος, αλλά και στην ποιότητα. Παράλληλα, προωθεί την ενεργή συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού στη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων, ενώ δίνει μεγάλη σημασία και στη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωσή του (Θανασάς και Χαραλάμπους 2016).

Η μέθοδος αυτή αποσκοπεί στην ενίσχυση της ικανοποίησης των ασθενών, και έχει ως βασικό γνώμονα την προσπάθεια για συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε αυτούς. Ακόμα, μεριμνά για την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας της υπηρεσίας, σε σχέση με το κόστος λειτουργίας της. Δίνει έμφαση στις καινοτόμες δράσεις, στην ευελιξία, στην άμεση παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς, στη βέλτιστη δυνατή αξιοποίηση του έμψυχου δυναμικού της υπηρεσίας, και στην αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, τόσο όσον αφορά τα λογισμικά, όσο και τον εξοπλισμό (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

7.4.2 Η μεθοδολογία Six Sigma

Μια άλλη μέθοδος, που μπορεί να εφαρμοστεί και στο πλαίσιο εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, είναι και η μεθοδολογία *Six Sigma* (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β), ή αλλιώς *ποιότητα 6σ* (όπου το «σ» αναφέρεται στην τυπική απόκλιση σε μία κανονική κατανομή δεδομένων (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Η μέθοδος αυτή παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στον κατασκευαστικό τομέα (Abdallah 2014). Συγκεκριμένα, αναπτύχθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1980 από την επιχείρηση της Motorola, ως μια μέθοδος για βελτίωση που στοχεύει στη σημαντική μείωση των ελαττωμάτων σε επίπεδο διαδικασίας, μέσα από την υιοθέτηση επιθετικών στόχων αναφορικά με την ποιότητα. Ουσιαστικά, είναι μια μέθοδος που δίνει έμφαση στη μείωση των αποκλίσεων, της μεταβλητότητας, τονίζοντας ότι το αποτέλεσμα κάθε διαδικασίας πρέπει να μην αποκλίνει από κάποια συγκεκριμένα όρια (Langabeer et al 2009).

Το συγκεκριμένο μοντέλο επιδιώκει την ποιοτική βελτίωση, τόσο κατά τη φάση της παραγωγικής διαδικασίας, όσο και κατά την προσφορά υπηρεσιών. Επιδιώκεται ο μέγιστος δυνατός περιορισμός των ελαττωματικών στοιχείων ή προϊόντων που δημιουργούνται κατά την παραγωγική διαδικασία, των οποίων η στατιστική απόκλιση

δεν πρέπει να ξεπερνά τις έξι τυπικές αποκλίσεις από τη μέση τιμή των ελαττωματικών του δείγματος που αξιολογείται (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

Ουσιαστικά, είναι μια μέθοδος για τη βελτίωση της κερδοφορίας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, με στόχο την κάλυψη ή υπέρβαση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Το μοντέλο αυτό αξιοποιήθηκε και στο πλαίσιο λειτουργίας διαφόρων υπηρεσιών (Abdallah 2014), συμπεριλαμβανομένου και του τομέα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όπου με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων της στατιστικής επιστήμης, πραγματοποιούνται μετρήσεις στις υπηρεσίες που προσφέρονται, δημιουργώντας αντικειμενικά κριτήρια, μέσω των οποίων επιδιώκεται η εύρεση κατάλληλων λύσεων για τη βελτίωση της ποιότητας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

Η μεθοδολογία Six Sigma θέτει ως βασικά κριτήρια επιτυχίας τη δέσμευση και την ενεργή δράση του διοικητικού προσωπικού, το να τίθενται οι πελάτες στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, την υιοθέτηση ενός προσανατολισμού για συνεχή προσπάθεια βελτίωσης, τη διατύπωση στόχων στο πλαίσιο των 6σ, την επιλογή κατάλληλων προτεραιοτήτων, τη συνεργασία και την ομαδική δράση, την επικοινωνία, τη διαρκή αξιολόγηση, τη λογοδοσία και την επιμόρφωση πάνω στον τρόπο λειτουργίας των 6σ (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Βέβαια, η εφαρμογή του μοντέλου αυτού στον χώρο των υπηρεσιών υγείας συναντά και κάποια εμπόδια, όπως είναι, για παράδειγμα, το γεγονός ότι είναι δύσκολη η ποσοτικοποίηση και συλλογή δεδομένων από τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών, ή το ότι, αν και στον κατασκευαστικό τομέα η συλλογή δεδομένων είναι αυτόματη και αποτελεί μια διαδικασία ρουτίνας, δεν ισχύει το ίδιο και την περίπτωση των υπηρεσιών (Abdallah 2014).

7.4.3 Η λιτή υπηρεσία

Η *λιτή υπηρεσία* (lean service), προερχόμενη και αυτή από τον κατασκευαστικό τομέα (Abdallah 2014), παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από την επιχείρηση της Toyota, και

βασίστηκε στην κατάργηση των μη απαραίτητων βημάτων από τις διαδικασίες που υλοποιούνται (Langabeer et al 2009).

Η μέθοδος αυτή δίνει έμφαση στον προϊόν ή στην υπηρεσία που προσφέρεται, στην αξία, όπως αυτή ορίζεται από τον ίδιο τον πελάτη, και στη ροή αξίας. Εντοπίζονται, λοιπόν, τα στάδια όπου προστίθεται αξία, και βασικό στόχο αποτελεί η εξάλειψη των απωλειών από κάθε φάση της διαδικασίας που εφαρμόζεται. Έτσι, οι διαδικασίες μπορούν να ολοκληρωθούν γρηγορότερα, η παραγωγικότητα αυξάνεται, περιορίζεται το κόστος ανά πελάτη, και ενισχύεται η ικανοποίησή του (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Η μέθοδος της λιτής υπηρεσίας έχει εφαρμοστεί αποτελεσματικά στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε αρκετές περιπτώσεις. Βοηθάει στην ανάλυση και τυποποίηση των διαδικασιών, στον περιορισμό των απωλειών και στη δημιουργία αξίας. Συμβάλλει θετικά στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών από όλες τις απόψεις, στη μείωση του κόστους, στον περιορισμό των σφαλμάτων, καθώς, επίσης, και στην αύξηση του κέρδους (Abdallah 2014).

7.4.4 Η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας

Μια άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι η *τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας* (evidence-based care) (Ρίκος 2015).

Η μέθοδος αυτή ενσωματώνει την ατομική κλινική εμπειρογνωμοσύνη με τα καλύτερα διαθέσιμα κλινικά στοιχεία που έχουν προκύψει από τη συστηματική έρευνα. Οι πληροφορίες μπορεί να προέρχονται από διάφορες πηγές, π.χ. από έρευνες, από πειράματα, κριτικές αναλύσεις, ιατρικές αρχές, κ.λπ. (Abdallah 2014).

Ωστόσο, αν και πρόκειται για μια στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευεργετικά στην κλινική πρακτική, παρουσιάζει και ορισμένους περιορισμούς. Παραδείγματος χάριν, οι πληροφορίες που αξιοποιούνται μπορεί να ερμηνεύονται διαφορετικά, όταν αξιοποιούνται από διαφορετικά άτομα. Επιπλέον, πολλές φορές στηρίζονται σε έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων πιθανώς να διέφεραν άμα εφαρμοζόταν σε πληθυσμούς διαφορετικής φυλής. Ακόμα, η αποτελεσματικότητα που αναφέρεται από την εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων μπορεί να είναι υψηλότερη από αυτή που θα

παρουσιάζοταν στην καθημερινή κλινική πρακτική, διότι, στο πλαίσιο των ερευνών, υπάρχει συνήθως στενότερη παρακολούθηση των ασθενών, στοιχείο που μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσής τους. Τέλος, οι δημοσιευμένες μελέτες ίσως να μην αντιπροσωπεύουν όλη την έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί για κάποιο θέμα, ή ενδέχεται να είναι αναξιόπιστες λόγω σύγκρουσης συμφερόντων (Abdallah 2014).

7.4.5 Το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας

Το *μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας* (business excellence), το οποίο στον χώρο των υπηρεσιών αναφέρεται ως *αριστεία στις υπηρεσίες* (service excellence), περιγράφει ορισμένα υποδείγματα αριστείας και βραβεία για επιχειρήσεις με υψηλή απόδοση (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Αυτά στηρίχτηκαν στην άποψη του Deming, που υποστήριξε ότι η ποιότητα, που συνδέεται άμεσα με μια συστημική θεώρηση της εκάστοτε επιχείρησης, αποτελεί ένα σύνολο αξιών που απαιτούν την ενεργή συμμετοχή του εργατικού δυναμικού της, αλλά και τη διάθεση για συνεχή βελτίωση και μάθηση. Επιπλέον, η αριστεία σχετίζεται και με τις επιπτώσεις που επέρχονται στην κοινωνία από τη λειτουργία της επιχείρησης, η οποία πρέπει πάντα να δρα με γνώμονα την ηθική (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Το μοντέλο αυτό άρχισε να εφαρμόζεται το 1950 στην Ιαπωνία, και αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από το 1980 και έπειτα. Στη σημερινή εποχή, έπειτα από διάφορες τροποποιήσεις και παραλλαγές, το μοντέλο αυτό χρησιμοποιείται από αρκετά νοσοκομεία στην Ευρώπη, ως εργαλείο για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (Abdallah 2014).

7.4.6 Οι διαδικασίες διαπίστευσης - Τα πρότυπα ISO

Για τη βελτίωση της ποιότητας, αξιοποιούνται, ακόμη, οι *διαδικασίες διαπίστευσης* (accreditation) (Ρίκος 2015), μέσω των οποίων πραγματοποιείται μια εξωτερική εκτίμηση της ποιότητας (Abdallah 2014).

Οι διαδικασίες αυτές βασίζονται σε γραπτά και δημοσιευμένα πρότυπα. Οι κριτικές πραγματοποιούνται από επαγγελματίες συνεργάτες. Η διοίκηση ανατίθεται σε κάποιον ανεξάρτητο φορέα, ο οποίος ενθαρρύνει την οργανωτική ανάπτυξη της αξιοπιστίας του επιχειρηματικού σχεδίου, το οποίο πρέπει να δοκιμάζεται μέσω ερευνών. Πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής αποτελεί το γεγονός ότι έχει τη δυνατότητα να επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες ανάγκες (Abdallah 2014).

Ο γνωστότερος φορέας που αναλαμβάνει τη δημιουργία προτύπων με αυτόν τον σκοπό είναι ο *Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης* (International Organization for Standardization - ISO), που δραστηριοποιείται παγκοσμίως, και μέχρι σήμερα έχει εκδώσει πάνω από 19.000 διεθνή πρότυπα (Πάτσιος και συν 2014).

Η λέξη *ISO*, που προέρχεται από την ελληνική λέξη «ίσος», υποδηλώνει ότι οι επιχειρήσεις που διαθέτουν πιστοποίηση με βάση κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο, κρίνονται ως ισότιμες σε επίπεδο ποιότητας. Ως *πρότυπο* ορίζεται κάποιο έγγραφο που καθορίζει συγκεκριμένες προδιαγραφές, απαιτήσεις, οδηγίες και χαρακτηριστικά. Όταν αυτό εφαρμόζεται με συνέπεια, τότε διασφαλίζεται η διαδικασία, τα προϊόντα και οι υπηρεσίες που προσφέρονται, εκπληρώνοντας πράγματι τους σκοπούς για τους οποίους δημιουργήθηκαν. Επιπλέον, επιχειρήσεις που διαθέτουν πιστοποίηση ISO αποκτούν πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών τους (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Τα πρότυπα ISO διαμορφώνονται με βάση πέντε κύριους στόχους. Πρώτον, επιδιώκουν να εξασφαλίσουν, να διατηρήσουν και να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων ή/και υπηρεσιών, λαμβάνοντας υπόψιν τις καθορισμένες απαιτήσεις. Δεύτερον, αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας των λειτουργιών, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των πελατών/χρηστών, αλλά και άλλων ομάδων που έχουν ειδικά συμφέροντα. Τρίτον, βασικό στόχο αποτελεί η δημιουργία εμπιστοσύνης στο εργατικό δυναμικό και στο διοικητικό προσωπικό σχετικά με το ότι οι προκαθορισμένοι στόχοι επιτυγχάνονται και ότι πραγματοποιούνται οι αναγκαίες βελτιώσεις. Τέταρτον, τα πρότυπα ISO επιδιώκουν να δημιουργήσουν εμπιστοσύνη και προς τους πελάτες/χρήστες, αλλά και προς τις ομάδες με ειδικά συμφέροντα, σχετικά με το ότι τα παρεχόμενα προϊόντα ή/και οι παρεχόμενες υπηρεσίες τηρούν τις απαιτήσεις ποιότητας.

Τέλος, βασικός στόχος είναι και η παροχή εμπιστοσύνης σχετικά με την τήρηση των απαιτήσεων του συστήματος ποιότητας (Χυτήρης και Άννινος 2015).

Τα πρότυπα ISO μπορούν να αξιοποιηθούν και στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, για τη διασφάλιση και για τη διαχείριση της ποιότητας μέσα από ένα σύνολο οργανωμένων και συστηματικών δράσεων και διαδικασιών, που αποσκοπούν στην τήρηση συγκεκριμένων προδιαγραφών από την εκάστοτε υπηρεσία παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, τα πρότυπα ISO υπαγορεύουν ότι οι ασθενείς πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο. Βασικός στόχος πρέπει να είναι η βελτίωση της υγείας τους, η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και περίθαλψης προς αυτούς. Αναφορικά με την ηγεσία, αυτή πρέπει να διαθέτει στρατηγική και όραμα. Ακόμα, το προσωπικό της εκάστοτε υπηρεσίας υγείας πρέπει να εμπλέκεται ενεργά και να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, με στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Αναγκαίο στοιχείο είναι και η συνεργασία ανάμεσα στα διάφορα λειτουργικά τμήματα του νοσοκομείου. Επιπλέον, πρέπει να υιοθετείται η συστημική προσέγγιση, βάσει της οποίας υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στα διάφορα υποσυστήματα, μέσω της οποίας διασφαλίζεται η αρμονική λειτουργία του συνολικού συστήματος. Επιπρόσθετα, πρέπει να πραγματοποιούνται διαρκώς αξιολογήσεις, προκειμένου να διορθώνονται τα σφάλματα και τα προβλήματα μέσα από την υλοποίηση ποιοτικών προγραμμάτων, προκειμένου να υπάρχει συνεχής βελτίωση. Ακόμα, οι αποφάσεις που λαμβάνονται πρέπει να βασίζονται σε συγκεκριμένα δεδομένα, τα οποία προκύπτουν μέσα από συστηματικές και ορθολογικές μετρήσεις. Τέλος, τα πρότυπα ISO δίνουν έμφαση στην δημιουργία σχέσεων αλληλωφέλειας μεταξύ νοσοκομείου και προμηθευτών, προκειμένου να υπάρχει όφελος για όλους, αλλά και ανταλλαγή πληροφοριών και τεχνογνωσίας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

Μέσα στο πέρασμα των χρόνων έχουν δημιουργηθεί ποικίλα πρότυπα ISO. Όσον αφορά τον χώρο της υγείας, ένα διαδεδομένο πρότυπο είναι το ISO 9001, το οποίο έχει μια γενική μορφή και καθορίζει τις απαιτήσεις για τα Συστήματα Διαχείρισης της Ποιότητας, δηλαδή τις παραμέτρους που αφορούν την ποιότητα της εξυπηρέτησης. Το πρότυπο αυτό έχει ανανεωθεί αρκετές φορές και έχει εξελιχθεί σημαντικά, δημιουργώντας νέα,

σημαντικά δεδομένα. Αυτή τη στιγμή, εφαρμόζεται το πρότυπο ISO 9001:2015 (Ζέρβας 2020).

Ένα ακόμη γνωστό πρότυπο, στο οποίο κρίνεται χρήσιμο να αναφερθούμε, είναι το πρότυπο EN 15224, το οποίο στηρίζεται στο ISO 9001, αλλά παρουσιάζεται μεγαλύτερη εξειδίκευση για τις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, δίνει έμφαση στην καταλληλότητα, στην αποτελεσματικότητα και στο επίπεδο ασφάλειάς τους (Ζέρβας 2020).

7.4.7 Η συγκριτική ανάλυση απόδοσης

Η μέθοδος της συγκριτικής ανάλυσης απόδοσης (benchmarking) αξιοποιείται, επίσης, για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας (Busse et al 2019).

Αυτή αξιοποιείται κυρίως στην περίπτωση που οι επιχειρήσεις παρουσιάζουν προβλήματα ποιότητας, με αποτέλεσμα τη μείωση της ανταγωνιστικότητάς τους. Η μέθοδος αυτή βοηθάει την εκάστοτε επιχείρηση να εντοπίσει τις δυνατότητες και τις αδυναμίες της, σε σχέση με τους ανταγωνιστές της. Έπειτα, με την υιοθέτηση κατάλληλων πρακτικών επιδιώκεται η αντιμετώπιση των αδυναμιών της και η βελτίωση της λειτουργίας της. Δηλαδή, μέσα από τη συγκριτική ανάλυση, η επιχείρηση έχει τη δυνατότητα να διαλέξει τομείς ή διαδικασίες που επιθυμεί να βελτιώσει, διερευνά καλές πρακτικές άλλων επιχειρήσεων, με στόχο την εκμάθησή τους, και όχι απλώς τη μίμησή τους, και έπειτα αναπτύσσει αναλόγως τις διαδικασίες της, προκειμένου να ενισχυθεί η ποιότητα και το επίπεδο ανταγωνιστικότητάς της (Χυτήρης και Αννινός 2015).

7.4.8 Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας

Τέλος, μια μέθοδος, για την οποία θα γίνει λόγος, είναι η *ανάλυση κόστους-χρησιμότητας* (cost-utility analysis), που αξιοποιείται για την αξιολόγηση προγραμμάτων που σχετίζονται με τη διασφάλιση και τη διαχείριση της ποιότητας. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την «αξιολόγηση εναλλακτικών διαδικασιών ή αποτελεσμάτων ως προς μια μοναδική βάση μέτρησης της «χρησιμότητας»» (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β: 53).

Μια μονάδα μέτρησης που χρησιμοποιείται ευρέως είναι τα *ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής* (Quality-Adjusted Life Years - QALYs). Διαφορετικά προγράμματα μπορούν να

αξιολογηθούν μέσα από την εκτίμηση του οριακού κόστους ανά QUALY που εξοικονομείται σε καθένα εξ αυτών. Βέβαια, η μέθοδος αυτή έχει δεχτεί αρκετή κριτική, με βασικό επιχείρημα την υποβάθμιση της ηθικής και την ενίσχυση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων σε βάρος ορισμένων ατόμων, π.χ. των ηλικιωμένων. Ωστόσο, άμα αξιοποιείται με ιδιαίτερη προσοχή και επιφυλάξεις, μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες κατά την αξιολόγηση των προγραμμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ως προς τον οικονομικό τομέα (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011β).

8 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στα οφέλη που προκύπτουν μέσα από τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

8.1 Επωφελούμενοι από τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Τα οφέλη που προκύπτουν μέσα από τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυάριθμα και ποικίλα. Από αυτά μπορούν να επωφεληθούν πρώτα από όλα οι ίδιοι οι ασθενείς, που είναι στην πραγματικότητα οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (Πέππας και Κοράκη 2013). Σημαντικά πλεονεκτήματα, όμως, μπορούν να προκύψουν και για τις μονάδες υγείας, αλλά και για του εργαζομένους σε αυτές. Επιπρόσθετα, οφέλη είναι δυνατό να προκύψουν και για τα ασφαλιστικά ταμεία, για το κράτος, αλλά και για το κοινωνικό σύνολο γενικότερα (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι τα οφέλη αυτά ενδέχεται να είναι αντικρουόμενα σε κάποιες περιπτώσεις. Δηλαδή, ορισμένες φορές δεν υπάρχει ταύτιση των προσδοκιών και των αναγκών μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων ατόμων και φορέων, οπότε το όφελος που προκύπτει για κάποιον, μπορεί να λειτουργεί αρνητικά για κάποιον άλλον. Στόχος είναι η επίτευξη μιας ισορροπίας ανάμεσά τους (Ρίκος 2015).

8.2 Οφέλη για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους

Όσον αφορά τους ασθενείς, τα οφέλη που προκύπτουν για αυτούς μέσα από τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, είναι πολλαπλά. Μπορεί να είναι υγειονομικού, οικονομικού και ψυχολογικού τύπου. Και φυσικά, αυτά επηρεάζουν κατ' επέκταση και τις οικογένειες τους (Πέππας και Κοράκη 2013).

Πιο αναλυτικά, σχετικά με τον υγειονομικό τομέα, υπάρχει έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που βιώνουν οι ασθενείς. Επιλέγονται γρήγορα κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις (Ρίκος 2015) και παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς (Παπαγεωργίου και συν 2014). Περιορίζονται, λοιπόν, οι πιθανότητες για παρουσίαση ιατρικών λαθών (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015) και επιπλοκών στην υγεία των ασθενών. Επιπλέον, η ανάρρωση τους ολοκληρώνεται γρηγορότερα (Thanasas 2018).

Με τον τρόπο αυτό, δηλαδή με την άμεση διάγνωση και την ταχύτερη θεραπευτική παρέμβαση, που οδηγεί σε γρηγορότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών, περιορίζεται και η οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει για αυτούς και τις οικογένειές τους κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο (Ρίκος 2015).

Σημαντικά οφέλη υπάρχουν και σε ψυχολογικό επίπεδο. Ένα ευχάριστο περιβάλλον στο νοσοκομείο, σε συνδυασμό με την ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής σε αυτό, λειτουργούν θετικά για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, στοιχείο που ασκεί θετική επίδραση και συμβάλλει στην αμεσότερη αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν (Θανασάς 2019).

8.3 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Σημαντικά οφέλη προκύπτουν, όμως, και για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Πέππας και Κοράκη 2013).

Αυτά είναι κατά κύριο λόγο οικονομικά. Η γρήγορη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών οδηγεί σε σημαντική μείωση του λειτουργικού τους κόστους. Εξοικονομούνται αρκετά χρήματα, τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν για να καλύψουν άλλου είδους ανάγκες (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Πλεονεκτήματα παρουσιάζονται, επιπλέον, και στο λειτουργικό επίπεδο. Υπάρχει καλύτερη οργάνωση (Παπαγεωργίου και συν 2014) και εξορθολογισμός της χρήσης των δομών της υγείας (Ρίκος 2015).

Επιπρόσθετα, μέσα από τη διασφάλιση και διαρκή βελτίωση της ποιότητας, αυξάνεται και το κύρος του οργανισμού (Ρίκος 2015). Υπάρχει ευρεία αναγνώριση της αξίας και της ποιότητας που προσφέρει. Αποκτάει καλή φήμη (Πέππας και Κοράκη 2013).

8.4 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Πολλαπλά είναι τα οφέλη που προκύπτουν και για τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή για το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (Thanasas 2018).

Η αποτελεσματικότητα του έργου που προσφέρουν αυξάνεται σημαντικά (Πέππας και Κοράκη 2013). Αισθάνονται την ευθύνη που τους αναλογεί και επιθυμούν να ανταποκριθούν σε αυτήν (Bachir 2015). Παράλληλα, νιώθουν και μια ηθική ικανοποίηση μέσα από το έργο που προσφέρουν (Πέππας και Κοράκη 2013· Bachir 2015).

Από την πλευρά των ασθενών και των οικογενειών τους υπάρχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας, και περισσότερος σεβασμός. Επιπλέον, ενισχύεται και η κοινωνική ανοχή σε πιθανά λάθη που μπορεί να υπάρξουν (Ρίκος 2015).

Επιπλέον, υπάρχει νομική κατοχύρωση για τους επαγγελματίες υγείας και ασφάλεια ως προς το έργο τους (Πέππας και Κοράκη 2013), ενώ περιορίζεται ο αδικαιολόγητος εκνευρισμός και το άγχος τους (Ρίκος 2015).

8.5 Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

Πλεονεκτήματα προκύπτουν και για τους ασφαλιστικούς φορείς, μέσα από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Παπαγεωργίου και συν 2014· Θανασάς 2019).

Πρώτα από όλα, υπάρχουν οικονομικά οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία (Thanasas 2018), καθώς αυτά επωμίζονται τα κέρδη που προκύπτουν μέσα από τη μείωση των

δαπανών υγείας, δηλαδή του χρηματικού ποσού που καταβάλλουν για την υγειονομική φροντίδα των ασφαλισμένων τους (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Ακόμα, αυξάνονται τα υγειονομικά και τα κοινωνικά οφέλη προς τους ασφαλισμένους. Τα προβλήματα υγείας τους επιλύονται αμεσότερα, και ενισχύεται η ικανοποίησή τους. Έτσι, τα ασφαλιστικά ταμεία καταφέρνουν να εκπληρώσουν και τον κοινωνικό τους ρόλο (Ρίκος 2015).

8.6 Οφέλη για το κράτος και για το κοινωνικό σύνολο

Επιπρόσθετα, μέσα από τη αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αρκετά θετικά στοιχεία προκύπτουν γενικότερα για το κράτος (Thanasas 2018) και για το κοινωνικό σύνολο (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Αυτά είναι οικονομικού, υγειονομικού και κοινωνικού είδους (Παπαγεωργίου και συν 2014). Ενισχύεται η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, περιορίζεται ο χρόνος παραμονής των ασθενών σε αυτά, και αυξάνεται η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, οι πολίτες αποκτούν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς αυτές (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Η κοινωνική συνοχή και το αίσθημα της ασφάλειας αυξάνονται. Επιπλέον, το κοινωνικό κρότος της χώρας αναδεικνύεται σε τοπικό και σε διεθνές επίπεδο (Ρίκος 2015).

9 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ- ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Πολλές φορές παρουσιάζεται η ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγείας σε βρέφη, παιδιά και εφήβους. Η μελέτη της ποιότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που προσφέρεται στα ανήλικα άτομα, ωστόσο, παρουσιάζει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και κάποιες διαφοροποιήσεις. Στο ζήτημα αυτό επικεντρώνεται η συγκεκριμένη ενότητα.

9.1 Ανάγκη νοσηλείας ή παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε παιδιά

Κατά τον τελευταίο αιώνα, ο τρόπος αντιμετώπισης ζητημάτων που αφορούν τα παιδιά έχει αλλάξει σημαντικά. Ο 20^{ος} αιώνας, ας πούμε, χαρακτηρίστηκε ως «ο αιώνας του παιδιού», διότι πολλές νομοθετικές ρυθμίσεις και κανονισμοί τέθηκαν για την προστασία των δικαιωμάτων και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών, όπως για παράδειγμα η «Διακήρυξη για τα Δικαιώματα του Παιδιού» ή η «Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού» του 1989 (Juric et al 2019).

Κάπως έτσι, λοιπόν, παρουσιάστηκε και η έννοια ενός «ανοιχτού νοσοκομείου». Κατά το 1986, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο παρουσίασε τον «Χάρτη Δικαιωμάτων του Παιδιού στο Νοσοκομείο», ο οποίος έδωσε έμφαση στον κατάλληλο τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας σε βρέφη, παιδιά και εφήβους (Juric et al 2019).

Η εισαγωγή ενός παιδιού σε κάποιο νοσοκομείο είναι μια τραυματική εμπειρία για το ίδιο το παιδί, αλλά και την οικογένειά του (Μάτζιου και συν 2006). Το διάστημα νοσηλείας του είναι μια ιδιαίτερα στρεσογόνα κατάσταση (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017· Esfandiari and Shabestari 2019). Η αβεβαιότητα σχετικά με την έκβαση του προβλήματος υγείας, η συχνή νοσηλεία των παιδιών, η εφαρμογή ειδικών θεραπειών, ο πόνος και ο φόβος των παιδιών, είναι ορισμένοι παράγοντες που αυξάνουν το άγχος της οικογένειας και επηρεάζει την απόδοση των μελών της (Esfandiari and Shabestari 2019). Είναι πιθανό να προκληθεί ακόμη και κάποια οικογενειακή κρίση (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017).

Επομένως, το νοσηλευτικό (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017), το ιατρικό προσωπικό και οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας οφείλουν να μεριμνούν για τις ανάγκες των μικρών ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους. Επιπλέον, πρέπει να

δίνουν έμφαση στην παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας προς αυτούς (Esfandiari and Shabestari 2019).

Για την εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς, προς τα παιδιά στη συγκεκριμένη περίπτωση, μια μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί, επιφέροντας σημαντικά οφέλη, είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Παπαγιαννοπούλου και συν 2008).

9.2 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε παιδιά-ασθενείς

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στον ιατρικό χώρο, ενώ έχει αρχίσει να εφαρμόζεται ακόμη και στην περίπτωση όπου οι «καταναλωτές», οι χρήστες, είναι παιδιά (Esfandiari and Shabestari 2019).

Ωστόσο, τα παιδιά αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα, δεδομένου ότι είναι δύσκολο να εκφράσουν τις απόψεις (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017), τις ανάγκες, τις εμπειρίες και τα συναισθήματά τους (Kaur, Charan and Selvi 2019). Έτσι, η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησής τους αποτελεί μια πρόκληση διεθνώς (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017). Για παράδειγμα, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που έχουν ηλικία κάτω των 12 ετών τείνουν να απαντούν θετικά στα ερωτήματα των ερευνών, ανεξάρτητα από το περιεχόμενό τους. Δυσκολεύονται αρκετά να κατανοήσουν όλες τις διαστάσεις των ερωτημάτων λόγω της περιορισμένης ή μεταβαλλόμενης γνωστικής τους ικανότητας. Ακόμη και στον εφηβικό πληθυσμό, όμως, παρουσιάζονται αρκετές προκλήσεις (Co et al 2011). Κάποιοι, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι παιδιά ηλικίας από 5 ετών και άνω, μπορούν τουλάχιστον να απαντήσουν ικανοποιητικά σε ερωτήσεις που αφορούν το επίπεδο του πόνου ή τους άγχους τους (Magaret et al 2002). Έπειτα, μια δυσκολία στην εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των παιδιών οφείλεται σε μεθοδολογικούς παράγοντες, όπως είναι η ανάγκη για εξασφάλιση συγκατάθεσης, η δυσκολία στην επικοινωνία με τα παιδιά ή η διεξαγωγή συνεντεύξεων μαζί τους (Co et al 2011).

Έτσι, ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχει έρθει στο προσκήνιο η αξιοποίηση των απόψεων των γονέων (Kaur, Charan and Selvi 2019) ή των κηδεμόνων των παιδιών

για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε αυτά (Kruszecka-Krówka et al 2019).

Κάποιοι, βέβαια, έχουν ισχυριστεί ότι οι γονείς δεν έχουν διαύγεια σκέψης, λόγω της ανησυχίας τους για τα παιδιά τους, και για αυτόν τον λόγο δεν μπορούν να αξιολογήσουν αποτελεσματικά κάθε πτυχή της παιδιατρικής φροντίδας. Ωστόσο, υπάρχει και το αντίθετο επιχείρημα, ότι οι γονείς υποτίθεται ότι είναι λογικοί και ικανοί να κάνουν έξυπνες επιλογές αναφορικά με την υγεία των παιδιών τους. Άρα, αφού είναι ικανοί για κάτι τέτοιο, μπορούν να θεωρηθούν επίσης ικανοί να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις ανάγκες της αξιολόγησης της παρεχόμενης στα παιδιά τους φροντίδας υγείας (Weissenstein et al 2011).

Έπειτα, έχει υποστηριχτεί ότι η άποψη των παιδιών που αφορά την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας διαφέρει από αυτήν των φροντιστών τους. Για παράδειγμα, αυτά παρουσιάζουν διαφορετικούς φόβους, διαφορετικές ανησυχίες για την υγεία τους, αντιλαμβάνονται αλλιώς τις διαπροσωπικές σχέσεις και εκδηλώνουν αρκετές φορές την επιθυμία να ευχαριστήσουν μη οικεία πρόσωπα εξουσίας (Magaret et al 2002).

Επιπλέον, έχει εντοπιστεί ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συχνά υπερεκτιμά ή υποεκτιμά τις ανάγκες και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά-ασθενείς και οι γονείς τους. Η άποψη τους για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας είναι διαφορετική (Μάτζιου και συν 2006).

Πλέον, λοιπόν, η μέτρηση της ικανοποίησης των γονέων (Μάτζιου και συν 2006· Μπουτοπούλου και συν 2010), ή των συνοδών γενικότερα (Παπαγιαννοπούλου και συν 2008· Hagen et al 2019), των νοσηλευόμενων παιδιών ή των παιδιών που χρειάστηκαν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, λειτουργεί ως ένας σημαντικός δείκτης για την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Μπουτοπούλου και συν 2010), τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα (Matziou et al 2011).

9.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των συνοδών παιδιών-ασθενών

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις ανάγκες, τις απαιτήσεις, τις εμπειρίες, τις απόψεις και το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων και των κηδεμόνων των παιδιών που χρειάζονται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι ποικίλοι (Kaur, Charan and Selvi 2019· Nguyen et al 2020).

Πρώτα απ' όλα, πολλοί μελετητές του φαινομένου έχουν αναφερθεί στην πιθανή επίδραση δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, αν και υπάρχουν γενικά αντιφατικά δεδομένα σε κάποιες περιπτώσεις (Nguyen et al 2020). Η ηλικία του παιδιού, το είδος του προβλήματος της υγείας του, π.χ. αν πρόκειται για κάποια χρόνια ή για κάποια παροδική ασθένεια (Co et al 2011), η διάρκεια της νοσηλείας του (Hagen et al 2019), η συναισθηματική κατάσταση του παιδιού και το κλινικό στάδιο της ασθένειάς του, επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο ικανοποίησης των ίδιων αλλά και των γονέων τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Kruszecka-Krówka et al 2019). Επιπλέον, σημαντική μπορεί να είναι η επίδραση της ηλικίας, του φύλου, του εκπαιδευτικού επιπέδου (Hagen et al 2019· Nguyen et al 2020), της εθνικότητας (Hagen et al 2019· Waldron et al 2021) και του οικονομικού εισοδήματος των γονέων (Nguyen et al 2020).

Όσον αφορά την ίδια την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τις υπηρεσίες υγείας, οι γονείς ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για το είδος της φροντίδας και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που παρέχονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προς τα παιδιά (Kaur, Charan and Selvi 2019· Nguyen et al 2020). Είναι σημαντικό, δηλαδή, να έχουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές επίγνωση και έλεγχο της κατάστασης που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, να έχουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, να μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αντιμετωπίσουν τον πόνο (Kaur, Charan and Selvi 2019).

Πολύ σημαντικό στοιχείο είναι και η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των γονέων (Magaret et al 2002· Matziou et al 2011· Kaur, Charan and Selvi 2019), αλλά και η στάση και συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Moumtzoglou et al 2000· Ygge and Arnetz 2001· Kaur, Charan and Selvi 2019). Η ικανοποίηση των γονέων συνδέεται με το εάν οι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν ενδιαφέρον, άμα μεριμνούν για τις ανησυχίες τους, άμα είναι άμεσα διαθέσιμοι για

παροχή βοήθειας (Moumtzoglou et al 2000). Ένα άλλο στοιχείο που εξετάζεται είναι το εάν προσφέρουν ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη στους γονείς των παιδιών (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017). Επιπρόσθετα, προτείνεται η εφαρμογή μιας οικογενειο-κεντρικής φιλοσοφίας (Waldron et al 2021), δηλαδή η μέριμνα για όλα τα μέλη της οικογένειας του παιδιού-ασθενή, η αντιμετώπισή τους σαν ένα ενιαίο σύνολο (Prasannan and Thomas 2018). Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το εάν οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν στους γονείς την απαραίτητη πληροφόρηση (Magaret et al 2002· Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017· Hagen et al 2019), είτε ιατρικού περιεχομένου (Jurić et al 2019), είτε για την κατάσταση της υγείας των παιδιών (Moumtzoglou et al 2000). Μάλιστα, είναι καλό οι σχετικές πληροφορίες να μεταφέρονται με απλά και κατανοητά λόγια, και όχι με περίπλοκους ιατρικούς όρους Kaur, Charan and Selvi 2019).

Το στοιχείο αυτό σχετίζεται και με τη δυνατότητα για συνέχιση της φροντίδας, ακόμη και μετά από τη λήψη εξιτηρίου από το νοσοκομείο, το οποίο είναι μείζονος σπουδαιότητας (Hagen et al 2019· Jurić et al 2019· Kruszecka-Krówka et al 2019).

Ένα άλλο στοιχείο που επιδρά στο επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι η εμπλοκή τους στη φροντίδα των παιδιών τους (Ygge and Arnetz 2001· Μάτζιου και συν 2006· Hagen et al 2019· Jurić et al 2019· Kaur, Charan and Selvi 2019), αλλά και η συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017).

Μερικά ακόμη στοιχεία που αποτελούν παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των γονέων είναι ο χρόνος που αφιερώνει στο παιδί τους το ιατρικό προσωπικό (Jurić et al 2019), το περιβάλλον του νοσοκομείου, η επάρκεια σε χώρο στο νοσοκομείο (Kaur, Charan and Selvi 2019), ο χρόνος αναμονής (Magaret et al 2002), και η παροχή δυνατοτήτων για αναψυχή και παιχνίδι των παιδιών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Jurić et al 2019).

9.4 Πιθανά οφέλη της ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα υγείας

Το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα υγείας είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο, καθώς μπορεί να επιφέρει διάφορες επιπτώσεις και αξιοσημείωτα οφέλη (Weissenstein et al 2011).

Πιο συγκεκριμένα, το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων μπορεί να επιδράσει σημαντικά στην έκβαση ως προς την κατάσταση της υγείας των παιδιών (Kaur, Charan and Selvi 2019), στη βελτίωσή της και στη μείωση των συμπτωμάτων (Matziou et al 2011), αλλά και στη γρηγορότερη ανάρρωση των παιδιών (Esfandiari and Shabestari 2019).

Από πολλούς ερευνητές έχει αναφερθεί ότι, όταν οι γονείς και οι κηδεμόνες των παιδιών είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τότε είναι πιθανότερο να τηρήσουν τις ιατρικές οδηγίες (Ygge and Arnetz 2001· Weissenstein et al 2011· Hagen et al 2019), να ακολουθήσουν την προτεινόμενη θεραπεία (Moumtzoglou et al 2000· Matziou et al 2011· Weissenstein et al 2011), αλλά και να παρουσιαστούν στους αναγκαίους ιατρικούς επανελέγχους (Kruszecka-Krówka et al 2019). Αυτό συμβαίνει διότι κατανοούν καλύτερα τους λόγους για συμμόρφωση, δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους ιατρούς, και έχουν μια θετικότερη στάση απέναντι στις οδηγίες που τους δίνονται από αυτούς (Ygge and Arnetz 2001· Weissenstein et al 2011).

Επιπροσθέτως, έχοντας περισσότερες γνώσεις, η γονείς έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις ακολουθούμενες διαδικασίες, στοιχείο που κάνει και τα παιδιά να αισθάνονται πιο ασφαλή. Σε διαφορετική περίπτωση, το άγχος των γονέων οδηγεί σε αύξηση του φόβου και τους άγχους των παιδιών (Ygge and Arnetz 2001).

Ακόμα, όπως προαναφέρθηκε, η ικανοποίηση των γονέων μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στα παιδιά (Weissenstein et al 2011). Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να αναλυθούν τα στοιχεία που αφορούν την τρέχουσα ιατροφαρμακευτική περίθαλψη προς τα παιδιά και να εντοπιστούν αναγκαίες αλλαγές που πρέπει να γίνουν, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητά της (Esfandiari and Shabestari 2019· Hagen et al 2019). Βέβαια, τα στοιχεία αυτά μπορούν να αξιοποιηθούν και από τον τομέα management των νοσοκομείων, για την αξιολόγηση της απόδοσης των

εργαζομένων, για την αξιολόγηση των πλάνων τους σχετικά με τις διαδικασίες και τις δομές των υπηρεσιών υγείας, για την εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης και για την πραγματοποίηση απαραίτητων αλλαγών μελλοντικά (Esfandiari and Shabestari 2019).

10 ΜΕΛΕΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, πρόκειται να παρουσιαστούν ορισμένες έρευνες που έχουν διεξαχθεί αναφορικά με τη μελέτη του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Συγκεκριμένα, έμφαση θα δοθεί στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα παιδιά-ασθενείς.

10.1 Μελέτες ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τα παιδιά-ασθενείς στον χώρο της Ελλάδας

Αν και στην Ελλάδα το ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα παιδιά-ασθενείς δεν έχει μελετηθεί ενδελεχώς σε ερευνητικό επίπεδο, έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες σχετικές προσπάθειες κατά τα τελευταία χρόνια. Αυτές θα παρουσιαστούν παρακάτω.

10.1.1 Η έρευνα των Moutzoglou et al (2000)

Μια από τις πρώτες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα για τη μελέτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται προς τα παιδιά-ασθενείς πραγματοποιήθηκε από τους Moutzoglou et al (2000).

Βασικός στόχος της έρευνας ήταν η ανάπτυξη ενός ερευνητικού εργαλείου, και συγκεκριμένα ενός ερωτηματολογίου, το οποίο θα μπορούσε εν τέλει να χρησιμοποιηθεί ως ένα εργαλείο της διοίκησης, του management, και ως ένα μέσο για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στο παιδιατρικό νοσοκομείο Π. & Α. Κυριακού, που βρίσκεται στην Αττική.

Το περιβάλλον, λοιπόν, όπου διεξήχθη η έρευνα, ήταν το συγκεκριμένο νοσοκομείο, το οποίο κατά το διάστημα εκείνο διέθετε 395 κλίνες, απασχολούσε επαγγελματίες υγείας σχεδόν όλων των ειδικοτήτων, τόσο για τους εσωτερικούς, όσο και για τους εξωτερικούς ασθενείς, δεχόταν περίπου 22.000 εισαγωγές τον χρόνο, και παρουσίαζε μέσο χρόνο νοσηλείας των ασθενών 3,6 ημέρες.

Συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν γονείς παιδιών που λάμβαναν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο νοσοκομείο αυτό. Συνολικά, στην έρευνα έλαβαν μέρος 240 γονείς από τους 384 γονείς που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα.

Αυτοί κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο, προκειμένου να καταγραφεί το επίπεδο της ικανοποίησής τους από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρασχέθηκαν στα παιδιά τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από ένα έντυπο που ενημέρωνε για τα βασικά στοιχεία που αφορούσαν την έρευνα και ζητούσε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν τα δημογραφικά τους στοιχεία, καθώς και από 22 βασικές ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες του προσωπικού των ασθενοφόρων, του γραφείου υποδοχής, και του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού των κλινικών. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 1 ήταν η ανώτερη βαθμολογία για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν χαμηλή ικανοποίηση των γονέων από τις παρεχόμενες προς τα παιδιά τους υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, η ικανοποίησή τους άγγιζε το 45%. Πολύ χαμηλό ήταν το επίπεδο ικανοποίησης από τις διαδικασίες του νοσοκομείου (14%), από τη φροντίδα που παρεχόταν στους εξωτερικούς ασθενείς (42%) και μέτριο ήταν το επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους εσωτερικούς ασθενείς (61%).

Το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων δε φάνηκε να διαφέρει στατιστικώς σημαντικά με βάση το τμήμα του νοσοκομείου από το οποίο χρειάστηκαν περίθαλψη τα παιδιά τους, ούτε με βάση το ιατρικό πρόβλημα των παιδιών ή τη διάρκεια της θεραπείας τους, ούτε με βάση την εκπαίδευση, το επάγγελμα ή τον τόπο κατοικίας των γονέων. Ωστόσο, σημαντική διαφοροποίηση παρουσιάστηκε ανάλογα με τον λόγο εισαγωγής του παιδιού στο νοσοκομείο.

10.1.2 Η έρευνα των Μάτζιου και συν (2006)

Μια άλλη έρευνα σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε παιδιά-ασθενείς πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τους Μάτζιου και συν (2006).

Βασικός σκοπός της έρευνας ήταν καταγραφή των απόψεων των γονέων αναφορικά με την ποιότητα της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα νοσηλευόμενα παιδιά τους.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 378 γονείς, των οποίων τα παιδιά χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας, και συγκεκριμένα σε παθολογικά, χειρουργικά και ορθοπεδικά τμήματα. Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε μια τροποποίηση του ερωτηματολογίου των Ball et al, το οποίο περιλάμβανε ορισμένες δημογραφικές ερωτήσεις και 24 ερωτήσεις σχετικά με τις απόψεις των γονέων για τη φροντίδα που προσφέρθηκε στα παιδιά τους από το νοσηλευτικό προσωπικό, όπου οι γονείς καλούταν να απαντήσουν άμα διαφωνούσαν, άμα διαφωνούσαν πολύ, άμα συμφωνούσαν ή άμα συμφωνούσαν πολύ. Η συλλογή των σχετικών στοιχείων έγινε μέσω συνέντευξης. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του SPSS 10.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 31,8 έτη. Το 55% εξ αυτών ήταν Έλληνες, το 38,6% ήταν Αλβανοί και το 6,4% είχε κάποια άλλη καταγωγή. Το 53,7% ζούσαν μόνιμα στην Αθήνα, το 19% στην υπόλοιπη Αττική, ενώ το 27,3% ζούσε μόνιμα στην επαρχία. Οι περισσότεροι (93,1%) ήταν έγγαμοι, ενώ από τα υπόλοιπα άτομα, οι μισοί ήταν άγαμοι και οι μισοί διαζευγμένοι ή χήροι. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το 35% ήταν αναλφάβητα άτομα ή απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 35,7% ήταν απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ το 29,3% ήταν απόφοιτοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας εντοπίστηκε ότι οι γονείς έκριναν ως εξαιρετικά ικανοποιητική την παρεχόμενη στα παιδιά τους νοσηλευτική φροντίδα από τα παιδιατρικά νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, το 93,9% των γονέων ανέφερε ότι υπήρξε άριστη νοσηλευτική φροντίδα προς τα παιδιά τους, και μόλις το 6,1% τη χαρακτήρισε ως ανεπαρκή. Οι Αλβανοί γονείς έκριναν ως καλύτερη την παρεχόμενη προς τα παιδιά τους νοσηλευτική φροντίδα, σε σχέση με τους Έλληνες γονείς. Οι μητέρες που ασχολούνται με τα οικιακά και οι πατέρες που δουλεύουν ως εργάτες πίστευαν πως η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ήταν καλύτερη, σε σχέση με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Η φροντίδα στο χειρουργικό και στο ορθοπεδικό τμήμα θεωρήθηκε καλύτερη από αυτήν του παθολογικού τμήματος. Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι όσο υψηλότερο ήταν το

μορφωτικό επίπεδο των γονέων, τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία για την ποιότητα της παρεχόμενης στα παιδιά τους νοσηλευτικής φροντίδας.

Το 98,1% των γονέων δήλωσε ότι παρέμεινε μαζί με το παιδί του στο νοσοκομείο, για όσο διάστημα χρειάστηκε αυτό να νοσηλευτεί. Έπειτα, περίπου οι μισοί γονείς δήλωσαν ότι δεν έλαβαν ενημέρωση για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου και του τμήματος όπου νοσηλεύτηκε το παιδί τους. Η συμμετοχή των γονέων στην φροντίδα της υγείας των παιδιών τους δε φάνηκε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κρίση τους αναφορικά με την παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

Το 83,6% των γονέων δήλωσε πως το νοσηλευτικό προσωπικό πρόθυμα απαντούσε στα ερωτήματά τους, το 88,4% δήλωσε εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες, και το 82,3% ανέφερε πως υπήρχε άνεση κατά την προσπάθεια να τεθούν ερωτήματα προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το γενικό συμπέρασμα που προέκυψε βάσει της συγκεκριμένης έρευνας ήταν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα από τα παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας που εξετάστηκαν ήταν αρκετά ικανοποιητική, αλλά υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί και κάποιες δυσκολίες, στους οποίους πρέπει να δοθεί προσοχή, για να βελτιωθεί περαιτέρω η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προς τα παιδιά.

10.1.3 Η έρευνα των Παπαγιαννοπούλου και συν (2008)

Έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των συνοδών-γονέων από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε παιδιά-ασθενείς πραγματοποιήθηκε και από τους Παπαγιαννοπούλου και συν (2008).

Συγκεκριμένα, σκοπός ήταν η αξιολόγηση ενός παιδιατρικού νοσοκομείου της Αθήνας. Καθώς, όμως, οι ασθενείς ήταν ανήλικα άτομα, καταγράφηκαν οι σχετικές απόψεις των συνοδών τους, αναφορικά με την ικανοποίησή τους από την ποιότητα των διαδικασιών για την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο, αλλά και για την απόδοση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Από ένα δείγμα 1000 γονέων, 700 άτομα δέχθηκαν να λάβουν μέρος στη συγκεκριμένη έρευνα (ποσοστό ανταπόκρισης: 70%). Εφαρμόστηκε στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία. Για την έρευνα αυτή σχεδιάστηκε ένα σύνθετα δομημένο ερωτηματολόγιο, 29 ερωτήσεων, ποιοτικού και ποσοτικού τύπου, οι οποίες αφορούσαν τα χαρακτηριστικά του δείγματος, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία υπηρεσίας, καθώς και γενικές απόψεις των χρηστών αναφορικά με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Αυτές ήταν διατυπωμένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 1 ήταν η χαμηλότερη βαθμολογία και το 5 η υψηλότερη, με εξαίρεση την ύπαρξη μιας ανοιχτού τύπου ερώτησης. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά το πρώτο τρίμηνο του 2004.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας, το 54,3% των συνοδών δήλωσε πολύ ή απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια που έδειξε το προσωπικό του νοσοκομείου. Μάλιστα, μόνο το 2,1% των συνοδών ανέφερε παράπονα από τη γενική συμπεριφορά του προσωπικού.

Οι υπηρεσίες του νοσοκομείου βαθμολογήθηκαν με 3,24 στα 5, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου έλαβε μέσο όρο 3,47 στα 5. Οι ιατρικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν με μέσο όρο 3,6 στα 5 και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με 3,4 στα 5. Όσον αφορά τις διοικητικές υπηρεσίες, το 33,4% των συνοδών ανέφερε ότι ήταν πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια που υπήρχε, το 32,8% δήλωσε ότι ήταν πολύ ικανοποιημένο από την κατανόηση των μελών του διοικητικού προσωπικού, ενώ το 32,1% ανέφερε ότι ήταν πολύ ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση.

Ακόμη, το 45,2% των συνοδών δήλωσε πολύ ή απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους προσφέρθηκε από την πλευρά του νοσοκομείου. Επίσης, το 49% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα στις διαδικασίες εισαγωγής στο νοσοκομείο, αλλά περίπου το 21% των συνοδών δήλωσε ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο, καθώς ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος. Όσον αφορά τις υποδομές του νοσοκομείου, αυτές βαθμολογήθηκαν μόλις με 2,4 στα 5. Στην ανοιχτή ερώτηση, πολλοί από τους χρήστες ανέφεραν ότι απαιτείται ανακαίνιση.

Σε γενικές γραμμές, οι συνοδοί των παιδιών-ασθενών δήλωσαν ότι εν τέλει ήταν πιο ικανοποιημένοι από ότι προσδοκούσαν αρχικά. Το προσωπικό του νοσοκομείου, και κυρίως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, είχαν αρκετά υψηλή απόδοση, στοιχείο που συμβάλλει θετικά στην γενικότερη αξιολόγηση του νοσοκομείου. Ωστόσο, αρνητικό στοιχείο υπήρξαν οι υποδομές του νοσοκομείου, οι οποίες φάνηκε να επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση των χρηστών.

10.1.4 Η έρευνα των Μπουτοπούλου και συν (2010)

Μια άλλη έρευνα αναφορικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα σε παιδιά είναι αυτή που έγινε από τους Μπουτοπούλου και συν (2010).

Συγκεκριμένα, σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης ήταν ο εντοπισμός των απόψεων των γονέων νοσηλευόμενων παιδιών σχετικά με την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα που προσφέρθηκε στα παιδιά τους.

Η έρευνα έγινε στο παιδιατρικό και στο παιδοχειρουργικό τμήμα ενός παιδιατρικού νοσοκομείου, και στα αντίστοιχα τμήματα ενός γενικού νοσοκομείου της Αθήνας. Αυτή διεξήχθη κατά το τελευταίο τετράμηνο του 2006. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 206 γονείς (ποσοστό ανταπόκρισης: 96,25%).

Πραγματοποιήθηκε μη πειραματική μελέτη, κατά την οποία χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Αυτό ήταν ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου «Pyramid Questionnaire for parents of hospitalized children» των Ygge και Arnetz. Το πρώτο τμήμα του αφορούσε δημογραφικά στοιχεία, ενώ το δεύτερο περιλάμβανε 68 ερωτήσεις, καταναμημένες σε 8 κατηγορίες. Αυτές αναφέρονται στην προσβασιμότητα στον χώρο του νοσοκομείου, στη συμπεριφορά του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, στις διαδικασίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, στην πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο που αντιμετώπιζαν τα παιδιά τους, στην ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, στη συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα των παιδιών τους και στο εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν μέσω του SPSS 13.

Ως προς τα αποτελέσματα της έρευνας, εντοπίστηκε ότι οι γονείς ήταν πιο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού, από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρθηκε στα παιδιά τους, και από την πληροφόρηση για το νόσημα. Λιγότερο ικανοποιημένοι έμειναν από το εργασιακό περιβάλλον του προσωπικού, από τις διαδικασίες φροντίδας και από την πληροφόρηση αναφορικά με τις λειτουργίες του τμήματος.

Περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες προς τα παιδιά τους υπηρεσίες υγείας φάνηκε να είναι οι γονείς των οποίων τα παιδιά νοσηλεύτηκαν στα παιδιατρικά τμήματα του γενικού νοσοκομείου, με εξαίρεση την παράμετρο της προσβασιμότητας. Και στα δύο νοσοκομεία, το σημαντικότερο πρόβλημα που εντοπίστηκε ήταν η έλλειψη σε προσωπικό και σε υγιεινή.

10.1.5 Η έρευνα των Τσιρώνη και Κουλιεράκη (2017)

Μια τελευταία έρευνα για την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε παιδιά-ασθενείς στην Ελλάδα, για την οποία θα γίνει λόγος, είναι αυτή των Τσιρώνη και Κουλιεράκη (2017).

Σκοπός της έρευνας υπήρξε η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας προς τα νοσηλευόμενα παιδιά τους, προκειμένου να εντοπιστούν πιθανά προβλήματα σε αυτή.

Η έρευνα διεξήχθη σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Αττικής που προσφέρουν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη σε παιδιά έως 14 ετών. Το πρώτο νοσοκομείο διέθετε 364 κλίνες στα παιδιατρικά και στα χειρουργικά τμήματα. Σε αυτά υπολογίστηκε ότι γινόταν 18.046 εισαγωγές, 4.322 χειρουργικές επεμβάσεις και 99.508 επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ανά χρόνο. Το δεύτερο νοσοκομείο, κατά το 2015, διέθετε 167 κλίνες στα αντίστοιχα τμήματα. Σε αυτά, υπολογίστηκε ότι γινόταν 16.425 εισαγωγές, 2.732 χειρουργικές επεμβάσεις και 79.947 επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ανά χρόνο.

Στην έρευνα εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας. Διαμοιράστηκαν 400 ερωτηματολόγια σε γονείς νοσηλευόμενων παιδιών, από τα οποία παραλήφθηκαν

συμπληρωμένα τα 352 (ποσοστά ανταπόκρισης: 88%). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και σε αυτήν την περίπτωση ήταν η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου «Pyramid Questionnaire for parents of hospitalized children» των Ygge και Arnetz.

Το πρώτο τμήμα του αφορούσε δημογραφικά στοιχεία, ενώ το δεύτερο περιλάμβανε ερωτήσεις, κατανεμημένες σε 8 κατηγορίες (προσβασιμότητα στο νοσοκομείο, συμπεριφορά του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, διαδικασίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο που αντιμετώπιζαν τα παιδιά, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα των παιδιών τους, εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού), διατυπωμένες σε τετραβάθμια κλίμακα Likert. Επιπλέον, σε μια οπτική αναλογική κλίμα με αρίθμηση 1-10 (όπου 10 η θετικότερη στάση), οι γονείς κλήθηκαν να εκφράσουν το γενικό επίπεδο ικανοποίησής τους από την ποιότητα της φροντίδας που παρασχέθηκε στα παιδιά τους.

Οι γονείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε ποσοστό 81,9%, καθώς και από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, σε ποσοστό 78,2%. Η ικανοποίηση των γονέων από την πληροφόρηση για τη νόσο του παιδιού τους υπολογίστηκε στο 71,9%, από το εργασιακό περιβάλλον του προσωπικού στο 67,2%, και από τις διαδικασίες παροχής φροντίδας στο 61,4%. Λιγότερο ικανοποιημένοι έμειναν από το δικαίωμα για συμμετοχή στη φροντίδα των παιδιών τους εντοπίστηκε (52,3%) και από την ενημέρωσή τους για τις λειτουργίες του τμήματος (50,3%). Η προσβασιμότητα ήταν η παράμετρος όπου εντοπίστηκε το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης, με μέση τιμή 39,5%. Η συνολική ικανοποίηση των γονέων ήταν αρκετά μεγάλη (76,8%).

Σημαντικά υψηλότερη ήταν η ικανοποίηση των γονέων στην περίπτωση του πρώτου νοσοκομείου. Επιπλέον, οι έγγαμοι γονείς φάνηκε να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, όπως επίσης και οι γονείς που δεν ανησυχούσαν καθόλου ή ανησυχούσαν ελάχιστα σχετικά με το πρόβλημα υγείας των παιδιών τους. Η μεταβλητή της ηλικίας των γονέων φάνηκε να ασκεί θετική συσχέτιση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Ακόμα, το φύλο των γονέων φάνηκε να επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησής τους, με τους άντρες να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι. Επίσης, οι

γονείς των οποίων τα παιδιά νοσηλεύονταν στο χειρουργικό τμήμα ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς των οποίων τα παιδιά νοσηλεύονταν στο παιδιατρικό τμήμα. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, οι απόφοιτοι Δημοτικού - Γυμνασίου ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα, σε σχέση με τους κατόχους μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών. Επίδραση φάνηκε να ασκεί και η συχνότητα των επισκέψεων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, καθώς οι γονείς που το είχαν επισκεφτεί παλαιότερα αρκετές ή πολλές φορές ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που το επισκέπτονταν περιστασιακά. Η υπηκοότητα των γονέων, το φύλο του παιδιού και η αξιολόγηση των γονέων για την κατάσταση της υγείας του παιδιού κατά την εξεταζόμενη επίσκεψη στο νοσοκομείο ήταν μεταβλητές που δε φάνηκε να ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από τις παρεχόμενες στα παιδιά τους υπηρεσίες υγείας.

10.2 Μελέτες ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τα παιδιά-ασθενείς στο εξωτερικό

Στο εξωτερικό, σε διάφορες χώρες, έχουν επίσης διεξαχθεί κατά το πρόσφατο παρελθόν αρκετές έρευνες αναφορικά με την ικανοποίηση των συνοδών/γονέων παιδιών-ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

10.2.1 Η έρευνα των Ygge and Arnetz (2001)

Πρώτα απ' όλα, κρίνεται χρήσιμο να αναφερθούμε στην έρευνα των Ygge and Arnetz (2001), καθώς σε αυτή βασίστηκαν και κάποιες εκ των σχετικών που πραγματοποιήθηκαν στον χώρο της Ελλάδας.

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η προσαρμογή ενός ερωτηματολογίου για ενήλικες ασθενείς σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ώστε να απευθύνεται στους γονείς παιδιών-ασθενών, και να εκτιμά τις αντιλήψεις τους από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρθηκαν στα παιδιά τους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, σε ένα πανεπιστημιακό παιδιατρικό νοσοκομείο. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 63 ερωτήσεις, χωρισμένες σε 8 άξονες (περισσότερα σχετικά στοιχεία αναφέρθηκαν σε παραπάνω έρευνες). Η

συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη. Συμπληρώθηκαν 624 από τα 912 ερωτηματολόγια που διαμοιράστηκαν από το προσωπικό του νοσοκομείου στους γονείς παιδιών-ασθενών, μέσα σε ένα διάστημα 2 εβδομάδων (ποσοστό ανταπόκρισης: 68%).

Αποδείχτηκε ότι το ερωτηματολόγιο παρουσίασε καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία. Από τις παραμέτρους που εξετάστηκαν, εντοπίστηκε ότι οι γονείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου, από τις διαδικασίες σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας και από την ιατρική παρέμβαση που δέχτηκαν τα παιδιά τους. Αντίθετα, λιγότερο ικανοποιημένοι φάνηκε να είναι οι γονείς από την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο, καθώς και από το εργασιακό περιβάλλον του προσωπικού.

10.2.2 Η έρευνα των Magaret et al (2002)

Μια άλλη έρευνα, η οποία έδωσε έμφαση στο επίπεδο ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων σε παιδιά υπηρεσιών υγείας πραγματοποιήθηκε από τους Magaret et al (2002).

Μια ιδιαιτερότητα σε σχέση με τις περισσότερες έρευνες που μελετούν το συγκεκριμένο θέμα, είναι το γεγονός ότι στην περίπτωση αυτή εξετάστηκε τόσο η άποψη των ίδιων των παιδιών ασθενών, όσο και των συνοδών τους. Ειδικότερα, επιδιώχθηκε η αξιολόγηση και σύγκριση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών ενός παιδιατρικού τμήματος επειγόντων περιστατικών και των συνοδών γονέων τους, προκειμένου να εντοπιστούν παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησής τους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Portland, του Oregon και διήρκησε 3 μήνες. Σε αυτήν έλαβαν μέρος παιδιά-ασθενείς, ηλικίας 5-17 ετών, που δέχθηκαν φροντίδα από ένα παιδιατρικό τμήμα επειγόντων περιστατικών, καθώς και οι συνοδοί γονείς/κηδεμόνες τους. Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, αξιοποιήθηκε ένας συνδυασμός μιας εξαβάθμιας κλίμακας διαστημάτων και μια προσαρμοσμένη εκδοχή του «Wong-Baker FACES Pain Rating Scale» (δηλαδή, μιας κλίμακας εκτίμησης του πόνου). Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε και στα παιδιά και στους συνοδούς τους. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του SPSS 9.

Ως προς τα αποτελέσματα που προέκυψαν, η ικανοποίηση των γονέων φάνηκε να σχετίζεται με την ποιότητα της επικοινωνίας ανάμεσα σε αυτούς και στους πάροχους υπηρεσιών υγείας, με την επάρκεια των παρεχόμενων πληροφοριών και με τον μειωμένο χρόνο αναμονής στα δωμάτια. Η ικανοποίηση των παιδιών φάνηκε να σχετίζεται περισσότερο με την ποιότητα της επικοινωνίας με τους πάροχους υπηρεσιών υγείας, με την επάρκεια των παρεχόμενων πληροφοριών, καθώς και με την αντιμετώπιση του πόνου τους.

Είναι φανερό, λοιπόν, ότι, σε γενικές γραμμές, τα κριτήρια των παιδιών και των συνοδών τους, ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, είναι παρόμοια. Σημαντικό στοιχείο, όμως, που προέκυψε, είναι η επίδραση του πόνου στις απόψεις των παιδιών. Επομένως, απαιτείται να δίνεται ιδιαίτερη μέριμνα στην αξιολόγηση του πόνου και του άγχους των παιδιών κατά τη διάρκεια της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς αυτά.

10.2.3 Η έρευνα των Weissenstein et al (2011)

Μια έρευνα σχετικά με την ποιότητα της παιδιατρικής φροντίδας υγείας έγινε και από τους Weissenstein et al (2011).

Σκοπός της ήταν η εκτίμηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των γονέων από τις παρεχόμενες στα παιδιά τους υπηρεσίες υγείας, καθώς αυτή σχετίζεται και με το επίπεδο συμμόρφωσής τους.

Η έρευνα διεξήχθη κατά το διάστημα Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2010, στο Ερε της Γερμανίας, σε ένα παιδιατρικό κέντρο. Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο έδινε ο γιατρός στους γονείς, έπειτα από την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα παιδιά τους. Αυτό είχε 27 ερωτήματα, διαχωρισμένα σε τρεις κλίμακες: μία για την ικανοποίηση από τις υποδομές και τον οργανισμό, μία για την ικανοποίηση σχετικά με τις επικοινωνιακές δεξιότητες και την ενσυναίσθηση του ιατρού και του υπόλοιπου προσωπικού, και μία σχετικά με τη γενική εντύπωση από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε 127 γονείς, και επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 67 (ποσοστό ανταπόκρισης: 52,7%). Η ανάλυση των στοιχείων έγινε μέσω του SPSS 16.

Όσον αφορά την ικανοποίηση των γονέων από τις υποδομές και τον οργανισμό, αυτή άγγιξε το 3,61 σε μια κλίμακα 1-4, όπου το 4 δήλωνε μεγάλη ικανοποίηση. Η ικανοποίηση των γονέων από τις επικοινωνιακές δεξιότητες και την ενσυναίσθηση του ιατρού και του υπόλοιπου προσωπικού υπολογίστηκε στο 3,56. Τέλος, η γενική εντύπωση άγγιξε το 3,65. Επιπρόσθετα, να αναφέρουμε ότι το 91% των γονέων δήλωσε πως θα επισκεπτόταν ξανά το ίδιο παιδιατρικό κέντρο, ενώ το 84,2% δήλωσε ότι θα το πρότεινε και σε άλλα άτομα.

10.2.4 Η έρευνα των Hosseinian, Shahshahani and Adib-Hajbagheri (2011)

Ακόμα, οι Hosseinian, Shahshahani and Adib-Hajbagheri (2011) διεξήγαγαν σχετική έρευνα, επιδιώκοντας να εντοπίσουν το επίπεδο ικανοποίησης των μητέρων νοσηλευόμενων παιδιών.

Συγκεκριμένα, επιδιώχθηκε ο εντοπισμός του επιπέδου ικανοποίησης των μητέρων παιδιών που νοσηλεύτηκαν στο παιδιατρικό τμήμα του νοσοκομείου Behehshti, στο Kashan του Ιράν. Η συμπλήρωση έγινε μέσω συνεντεύξεων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά το διάστημα 2010-2011. Συμμετείχαν 280 μητέρες. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα γυναικών υπολογίστηκε στα 28,04 έτη, ενώ η μέση ηλικία των παιδιών τους κυμάνθηκε στα 2,4 έτη. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των παιδιών ήταν 4,97 ημέρες.

Οι μητέρες ήταν δυσαρεστημένες από το γεγονός ότι οι ιατροί δεν ήταν άμεσα διαθέσιμοι για την παροχή των υπηρεσιών τους, ενώ συχνά δεν ενημέρωναν επαρκώς τους γονείς για τα αποτελέσματα των εξετάσεων των παιδιών τους. Επιπλέον, ήταν δυσαρεστημένες από την έλλειψη εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τη θεραπευτική παρέμβαση που παρεχόταν στα παιδιά, καθώς και από την φροντίδα έπειτα από την χορήγηση του εξιτηρίου. Ακόμα, αρκετά δυσαρεστημένες ήταν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρόνοιας (π.χ. παροχή κατάλληλης αίθουσας παιχνιδιού για τα παιδιά). Στατιστικά σημαντική επίδραση εντοπίστηκε ανάμεσα στην ασθένεια που αντιμετώπιζαν τα παιδιά και στο επίπεδο ικανοποίησης των μητέρων τους. Σε γενικές γραμμές, το

επίπεδο ικανοποίησης των μητέρων ήταν χαμηλό, για το παιδιατρικό τμήμα του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

10.2.5 Η έρευνα των Macedo and D' Innocenzo (2017)

Μια άλλη σχετική ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε από τις Macedo and D' Innocenzo (2017).

Συγκεκριμένα, βασικός σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των συνοδών ανήλικων ασθενών σε ένα τμήμα παιδιατρικών επειγόντων περιστατικών.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο São Paulo της Βραζιλίας, από τον Φεβρουάριο έως και τον Μάρτιο του 2016. Αφορούσε τους συνοδούς 300 παιδιών (159 αγόρια, 141 κορίτσια), με μέσο όρο ηλικίας 4,6 ετών (και έως περίπου 15 ετών). Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με την παρεχόμενη στα νοσηλευόμενα παιδιά τους φροντίδα υγείας, και με 1 ερώτηση ανοιχτού τύπου στο τέλος του ερωτηματολογίου, αναφορικά με τον λόγο που χρειάστηκε να παρασχεθεί ιατρική περίθαλψη στα παιδιά τους.

Ο μέσος όρος για τη συνολική ικανοποίηση των συνοδών υπολογίστηκε στο 63,72%. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από το επίπεδο άνεσης στην αίθουσα αναμονής, καθώς και από την έλλειψη άνεσης και υγιεινής στο δωμάτιο του τμήματος παιδιατρικών επειγόντων περιστατικών. Αντίθετα, πολύ ή αρκετά ικανοποιημένοι ήταν από τον χρόνο αναμονής μέχρι να πραγματοποιηθεί η εξέταση των παιδιών τους.

Υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρουσιάστηκαν από τους γονείς των παιδιών που έπασχαν από δερματολογικά προβλήματα υγείας. Όσον αφορά τις ιατρικές διαδικασίες, οι γονείς των παιδιών στα οποία χορηγήθηκαν φάρμακα δια της πρωκτικής οδού, παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τέλος, γονείς που έλαβαν συστάσεις για το συγκεκριμένο νοσοκομείο και γονείς που δεν είχαν ασφάλεια υγείας, δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα υγείας.

Σε γενικές γραμμές, πάντως, η πλειοψηφία των συνοδών ανήλικων παιδιών που έλαβαν μέρος στη συγκεκριμένη έρευνα, δήλωσαν ικανοποιημένοι από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα παιδιά τους από το τμήμα επειγόντων περιστατικών.

10.2.6 Η έρευνα των Prasannan and Thomas (2018)

Ακόμα, έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των γονέων από την νοσηλευτική φροντίδα που παρασχέθηκε στα παιδιά τους πραγματοποιήθηκε από τους Prasannan and Thomas (2018).

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν συγκεκριμένα η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των γονέων παιδιών-ασθενών από την παρεχόμενη στα παιδιά τους νοσηλευτική φροντίδα στο παιδιατρικό ογκολογικό τμήμα τριών επιλεγμένων κρατικών νοσοκομείων, στο Delhi της Ινδίας, καθώς και ο εντοπισμός πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα σε αυτό το επίπεδο ικανοποίησης και σε ορισμένους δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία παιδιού, φύλο παιδιού, ηλικία γονέων, φύλο γονέων, εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων, προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας των γονέων για οποιοδήποτε παιδί τους, επίπεδο εξάρτησης του παιδιού από τους γονείς, διάρκεια ασθένειας).

Η έρευνα διεξήχθη από τις 17/12/2012 έως και τις 8/1/2013. Σε αυτή συμμετείχαν 100 γονείς των οποίων τα παιδιά νοσηλεύτηκαν σε κάποιο από τα τρία επιλεγμένα κρατικά νοσοκομεία και χρειάστηκε να παραμείνουν εκεί για τουλάχιστον 5 ημέρες. Πραγματοποιήθηκαν, λοιπόν, με αυτούς δομημένες συνεντεύξεις.

Από την ανάλυση των δεδομένων φανερώθηκε πως το 83% των γονέων ήταν μερικώς ικανοποιημένοι και το 17% ήταν ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Πολύ ικανοποιημένοι ήταν οι γονείς από την παράμετρο της διατροφής, από την εξέταση/διαδικασία, από τη γενική χρήση των υπηρεσιών υγείας και από την εισαγωγή στην ογκολογική κλινική. Λιγότερο ικανοποιημένοι ήταν από το επίπεδο εξάλειψης του προβλήματος, από τις δυνατότητες για παιχνίδι και άλλες δραστηριότητες, από την προσωπική υγιεινή και από την παρεχόμενη άνεση προς τους γονείς και προς τα νοσηλευόμενα παιδιά. Οι δημογραφικοί παράγοντες που προαναφέρθηκαν δε φάνηκε να ασκούν στατιστικώς σημαντική επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησης των γονέων.

10.2.7 Η έρευνα των Kruszecka-Krówka et al (2019)

Παρομοίως, μια μελέτη αναφορικά με το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από την νοσηλευτική φροντίδα που παρασχέθηκε στα παιδιά τους έγινε και από τους Kruszecka-Krówka et al (2019).

Συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη στα παιδιά τους νοσηλευτική φροντίδα, από τα παιδιατρικά τμήματα δύο νοσοκομείων, του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Παίδων και του Επαρχιακού Ειδικού Νοσοκομείου Παίδων στην Κρακοβία της Πολωνίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το 2016-2017. Σε αυτήν έλαβαν μέρος 336 γονείς νοσηλευόμενων σε αυτά τα νοσοκομεία παιδιών (84,5% γυναίκες, 15,5% άντρες), με μέση ηλικία τα 33.57 έτη.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας καταγράφηκαν κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (ηλικία παιδιών, αιτία νοσηλείας, διάρκεια νοσηλείας του παιδιού, τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο, ηλικία γονέων, φύλο γονέων, εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων). Επίσης, χορηγήθηκε σε αυτούς το ερωτηματολόγιο «EMPHATIC», το οποίο εξετάζει τους εξής τομείς: α) πληροφορίες, β) φροντίδα και θεραπεία, γ) διαθεσιμότητα, δ) συμμετοχή γονέων, ε) επαγγελματισμός, και είναι διατυπωμένο σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (όπου το 5 ισούται με το μεγαλύτερο επίπεδο ικανοποίησης). Η ανάλυση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσω του SPSS 23.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας, εντοπίστηκε πως το μέσο επίπεδο ικανοποίησης των γονέων ήταν υψηλό, καθώς άγγιζε το 4,19 (με μέγιστη τιμή το 5). Χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης καταγράφηκε από τους γονείς παιδιών ηλικίας κάτω των 6 ετών, από τους γονείς των παιδιών που εισήχθησαν επειγόντως λόγω κάποιας μετατραυματικής κατάστασης, και από τους γονείς υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Η διάρκεια της νοσηλείας των τέκνων, το φύλο και η ηλικία των γονέων δε φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη στα παιδιά τους νοσηλευτική φροντίδα.

10.2.8 Η έρευνα των Jurić et al (2019)

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε παιδιά εξετάστηκε και από τους Jurić et al (2019), βάσει των κρίσεων των γονέων τους.

Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε ερευνητική μελέτη, προκειμένου να εκτιμηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων σχετικά με την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα υγείας από το Παιδιατρικό Νοσοκομείο του Ζάγκρεμπ της Κροατίας, αλλά και για να γίνει εντοπισμός πιθανών διαφοροποιήσεων ανάλογα με την κλινική στην οποία νοσηλεύτηκε το παιδί τους.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 160 άτομα (80 γονείς παιδιών που νοσηλεύτηκαν στην παιδιατρική χειρουργική κλινική και 80 γονείς παιδιών που νοσηλεύτηκαν στην παιδιατρική κλινική). Η έρευνα διήρκησε από τον Ιούνιο έως και τον Αύγουστο του 2015.

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε μια τροποποίηση του ερωτηματολογίου Picker's Surveillance Survey. Σε αυτό υπήρχαν 52 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 1 ερώτηση σύντομης απάντησης, σχετικά με την ηλικία του παιδιού. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε και σε αυτήν την περίπτωση μέσω του SPSS.

Το 36,9% των γονέων έκρινε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχόταν στα παιδιά τους ως εξαιρετική, το 43,8% την έκρινε ως πολύ καλή και το 15% ως καλή. Το 58,1% των γονέων πίστευε ότι το παιδί τους ήταν τρομαγμένο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Το 53,8% των συμμετεχόντων έκρινε το φαγητό του νοσοκομείου ως καλό. Σχεδόν όλοι οι γονείς (98,8%) δήλωσαν ότι αισθάνονταν εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το 4,4% των γονέων θεώρησε ότι δε συμμετείχε αρκετά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Το 72,5% των παιδιών αισθανόταν πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Οι γονείς των παιδιών που νοσηλεύτηκαν στα χειρουργικά τμήματα είχαν καλύτερη άποψη σχετικά με την επιτυχία στην αντιμετώπιση του πόνου των παιδιών τους.

Συμπερασματικά, το 81% των συμμετεχόντων έκρινε την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα υγείας ως πολύ καλή ή εξαιρετική, ενώ δεν εντοπίστηκε σημαντική διαφορά

στο επίπεδο ικανοποίησης των γονέων με βάση την κλινική νοσηλείας των παιδιών τους. Οι παράμετροι που φάνηκε να επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων ήταν η αίσθηση εμπιστοσύνης προς τους γιατρούς, η ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού, οι αντιλήψεις των γονέων για τη συμμετοχή τους στη φροντίδα των παιδιών τους, η ποιότητα του φαγητού και η αντίληψη των γονέων για την ασφάλεια του τμήματος του νοσοκομείου.

10.2.9 Η έρευνα των Hagen et al (2019)

Οι Hagen et al (2019) πραγματοποίησαν έρευνα που αφορούσαν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε βρέφη.

Ειδικότερα, σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της ικανοποίησης των γονέων σχετικά με τις υπηρεσίες εντατικής θεραπείας νεογνών, αλλά και η εύρεση πιθανών σχέσεων ανάμεσα στην ικανοποίηση των γονέων και σε κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες.

Η έρευνα διεξήχθη στη Νορβηγία, σε έξι διαφορετικές μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών, κατά το διάστημα μεταξύ Σεπτεμβρίου 2015 και Οκτωβρίου 2016. Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο (NSS-8). Στην έρευνα έλαβαν μέρος 568 γονείς.

Οι περισσότεροι γονείς (76%) δήλωσαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες εντατικής θεραπείας νεογνών. Η υποστήριξη των οικογενειών και των φίλων αποδείχθηκε ότι ήταν ο πιο σημαντικός κοινωνικο-δημογραφικός παράγοντας που σχετίζεται με το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από τις παρεχόμενες στα παιδιά τους υπηρεσίες υγείας. Ο πιο σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο τον βαθμό ικανοποίησης των γονέων ήταν η συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων σχετικά με το βρέφος, ο σεβασμός και η ενσυναίσθηση από την πλευρά του προσωπικού, καθώς και η συνέχεια της φροντίδας. Λιγότερο ικανοποιημένοι δήλωσαν οι γονείς από τον τρόπο με τον οποίο οι μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών διευκόλυναν τη συνεχιζόμενη φροντίδα για αδέρφια, γονείς και βρέφη κατά τα μετέπειτα στάδια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Ακόμα, δήλωσαν ότι είχαν ανάγκη από περισσότερη καθοδήγηση και εκπαίδευση σχετικά με την κάλυψη των αναγκών των παιδιών τους.

10.2.10 Η έρευνα των Kaur, Charan and Selvi (2019)

Όσον αφορά την έρευνα των Kaur, Charan and Selvi (2019), αυτή επικεντρώθηκε στη μελέτη της ικανοποίησης των γονέων ως προς τη φροντίδα των παιδιών τους σε ένα νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Επομένως, βασικός σκοπός ήταν ο εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από την προσφερόμενη φροντίδα υγείας των παιδιών τους από το νοσοκομείο.

Η έρευνα έλαβε χώρα στο νοσοκομείο «SGRD Hospital and Medical College» στην πόλη Amritsar, της πολιτείας Punjab, στην Ινδία, το οποία παρέχει τριτοβάθμια περίθαλψη σε θέματα γενικής ιατρικής, χειρουργικών αναγκών και ψυχολογικών προβλημάτων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε τον Φεβρουάριο του 2014. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 100 γονείς παιδιών-ασθενών.

Η έρευνα διαχωρίστηκε σε δύο τμήματα. Το πρώτο αφορούσε τη συλλογή κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, ενώ το δεύτερο περιλάμβανε μια ημιδομημένη συνέντευξη με κάθε γονέα, στηριγμένη σε κλίμακα Likert τριών βαθμίδων, για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη στα παιδιά τους φροντίδα. Εξετάστηκαν τέσσερις βασικοί παράγοντες: α) εισαγωγή στο νοσοκομείο, β) νοσοκομειακό περιβάλλον, γ) φροντίδα των γονέων, και δ) επικοινωνία/πληροφορίες. Η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν, έγινε μέσω του SPSS 17.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 69% των γονέων φάνηκε να είναι ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ το 31% φάνηκε να είναι πολύ ικανοποιημένο. Σχετικά με τους παράγοντες επίδρασης, το 67% των γονέων δήλωσε ικανοποιημένο από τον τρόπο εισαγωγής των παιδιών τους στο νοσοκομείο, και το 33% πολύ ικανοποιημένο. Ακόμα, το 86% των γονέων ήταν ικανοποιημένο, ενώ το 14% ήταν πολύ ικανοποιημένο από το περιβάλλον του νοσοκομείου. Ως προς τη φροντίδα των γονέων, το 77% δήλωσε ικανοποιημένο και το 23% πολύ ικανοποιημένο. Τέλος, ως προς

την επικοινωνία, το 53% των γονέων δήλωσε ικανοποιημένο και το 47% πολύ ικανοποιημένο.

10.2.11 Η έρευνα των Esfandiari and Shabestari (2019)

Με το επίπεδο ικανοποίησης των μητέρων παιδιών-ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας ασχολήθηκαν, επίσης, οι Esfandiari and Shabestari (2019).

Σκοπός της έρευνας τους, συγκεκριμένα, ήταν η εκτίμηση της ικανοποίησης των μητέρων νοσηλευόμενων παιδιών σε παιδιατρικό τμήμα νοσοκομείου, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η έρευνα διεξήχθη το 2015, στο νοσοκομείο «Amir Kabir Hospital», στο Arak του Ιράν. Σε αυτήν έλαβαν μέρος οι μητέρες 600 παιδιών που νοσηλεύτηκαν σε διάφορα τμήμα της παιδιατρικής πτέρυγας του νοσοκομείου. Κριτήρια ένταξης αποτελούσαν η νοσηλεία των παιδιών για τουλάχιστον 2 ημέρες, και το να συνοδεύονταν αυτά από τη μητέρα τους για τις περισσότερες ημέρες νοσηλείας τους. Οι μητέρες συμμετείχαν στην έρευνα κατά τη χρονική στιγμή που το παιδί τους λάμβανε εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία και κλινικά δεδομένα (ηλικία παιδιού, φύλο μητέρας, ηλικίας μητέρας, επάγγελμα μητέρας, τόπος κατοικίας, εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, νοσηλεία του παιδιού κατά το παρελθόν και αιτία αυτής, διάρκεια νοσηλείας κατά την τρέχουσα επίσκεψη, τύπος ασθένειας του παιδιού, χρόνος εισαγωγής, δηλαδή ημέρα, απόγευμα ή νύχτα, και, τέλος, τύπος ασφάλισης). Επιπλέον, χορηγήθηκε στις μητέρες το ερωτηματολόγιο «Pediatric Family Satisfaction Questionnaire (PFSQ)». Σε αυτό αξιολογούταν η ιατρική φροντίδα (9 ερωτήματα), η νοσηλευτική φροντίδα (11 ερωτήματα) και οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας (8 ερωτήματα). Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 5 ισούταν με την ανώτερη βαθμολογία. Σε σύνολο, οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας μπορούσαν να λάβουν μέγιστη βαθμολογία 40 μονάδων, η νοσηλευτική φροντίδα 50 μονάδων, και η ιατρική φροντίδα μπορούσε να λάβει μέγιστη βαθμολογία 45 μονάδων. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με το SPSS 24.

Η μέση ηλικία των μητέρων υπολογίστηκε στα 29.45 έτη, ενώ η μέση ηλικία των παιδιών ήταν 3.14 έτη. Όσον αφορά και τους τρεις εξεταζόμενους τομείς (ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας) μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εντοπίστηκε ως προς τη «θεραπεία και την επικέντρωση της προσοχής», ως προς τα «μέτρα που λήφθηκαν για τη μείωση του πυρετού του ασθενή», και σχετικά με την «εύκολη εισαγωγή στο νοσοκομείο». Αντίθετα, λιγότερη ικανοποίηση υπήρχε αναφορικά με την «πλήρη απάντηση στα ερωτήματα των γονέων», την «απάντηση σε ερωτήματα σχετικά με την κατάσταση του ασθενή με απλά λόγια», την «ποιότητα του φαγητού» και το «κατάλληλο περιβάλλον για να παίζουν τα παιδιά».

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο ικανοποίησης από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα ήταν από «καλό» έως «αρκετά καλό», ενώ το επίπεδο ικανοποίησης από τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας ήταν από «αρκετά καλό» έως «μέτριο».

Το φύλο του παιδιού, το επάγγελμα της μητέρας, ο τόπος κατοικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, η αιτία της τρέχουσας νοσηλείας, η αιτία προηγούμενης νοσηλείας και ο τύπος ασφάλισης του παιδιού ήταν οι παράγοντες που φάνηκε να ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησης των μητέρων.

10.2.12 Η έρευνα των Nguyen et al (2020)

Οι Nguyen et al (2020) μελέτησαν την ικανοποίηση των γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας από δύο νοσοκομεία προς τα παιδιά τους, βρεφικής ηλικίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Βιετνάμ, όπου το εθνικό σύστημα υπηρεσιών υγείας χωρίζεται σε 4 επίπεδα: το εθνικό, το επαρχιακό, το περιφερειακό και το κοινοτικό. Στο κοινοτικό επίπεδο προσφέρονται μόνο βασικές υπηρεσίες, ενώ το εθνικό παρέχει την πιο εξειδικευμένη υποστήριξη. Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη σε ένα νοσοκομείο επαρχιακού επιπέδου και σε ένα νοσοκομείο εθνικού επιπέδου, κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Ιουνίου 2018.

Σε αυτήν έλαβαν μέρος οι γονείς μωρών που γεννήθηκαν πρόωρα και χρειάστηκε να εισαχθούν σε μονάδες φροντίδας νεογνών. Κριτήρια ένταξης στην έρευνα ήταν το να είναι οι γονείς άνω των 18 ετών και να διαθέτουν βασική εκπαίδευση, και τα παιδιά τους

να έχουν παραμείνει για τουλάχιστον 7 ημέρες στη μονάδα φροντίδας νεογνών. Συνολικά, στην έρευνα έλαβαν μέρος 340 άτομα.

Αυτή διεξήχθη μέσω ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν μέσω συνεντεύξεων. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε 13 ερωτήματα κοινωνικο-δημογραφικού χαρακτήρα, ενώ το δεύτερο μέρος αποτελούταν από 22 ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση των γονέων ως προς τρεις παράγοντες: α) τη φροντίδα και τη θεραπεία, β) την επικοινωνία, και γ) το περιβάλλον του νοσοκομείου. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε ειδικά για αυτήν την έρευνα, και στηρίχθηκε αρκετά στο «McPherson's Parental Satisfaction Survey» και στο ερωτηματολόγιο «EMPATHIC».

Σε κλίμακα 1-5, η μέση τιμή για την ικανοποίηση των γονέων των βρεφών υπολογίστηκε στο 3,74 για το νοσοκομείου επαρχιακού επιπέδου και στο 3,56 για το νοσοκομείο εθνικού επιπέδου. Η διάρκεια της νοσηλείας των παιδιών, καθώς και η κατάσταση της υγείας τους ήταν οι δύο παράγοντες που φάνηκε ασκούν τη μεγαλύτερη στατιστικά επίδραση ως προς το επίπεδο ικανοποίησης των γονέων τους από την παρεχόμενη σε αυτά ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

10.2.13 Η έρευνα των Waldron et al (2021)

Τέλος, μια πολύ πρόσφατη έρευνα στην οποία θα αναφερθούμε είναι αυτή των Waldron et al (2021).

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ. Βασικός σκοπός της ήταν ο εντοπισμός πιθανής επίδρασης δημογραφικών παραγόντων στο επίπεδο ικανοποίησης παιδιών-ασθενών (ηλικίας 7-18 ετών), αλλά και των γονέων τους, από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Σε αυτήν την περίπτωση, λοιπόν, συμμετείχαν τόσο παιδιά, όσο και οι γονείς τους. Συγκεκριμένα, έλαβαν μέρος αγγλόφωνες και ισπανόφωνες οικογένειες που χρειάστηκαν περίθαλψη και φροντίδα από κάποια από τις 5 εξεταζόμενες μονάδες ενός παιδιατρικού νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν (σε μια συνάντηση πρόσωπο με

πρόσωπο) το νοσοκομείο ως προς την ποιότητά του, λίγο πριν την καθορισμένη λήψη εξιτηρίου, αλλά και 10 ημέρες αργότερα, μέσω τηλεφώνου.

Συνολικά 600 οικογένειες εγγράφηκαν στην έρευνα, αλλά υπήρχε ποσοστό άρνησης ολοκλήρωσης της συμμετοχής της τάξεως του 10,7%. Τόσο στην περίπτωση των οικογενειών που ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους, όσο και σε αυτούς που αρνήθηκαν, το 66% αποτελούνταν από οικογενείας που ανήκαν σε μη-λευκή φυλή.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας, φανερώθηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μεταξύ των οικογενειών που ανήκαν στη λευκή φυλή και των οικογενειών που δεν ανήκαν στη λευκή φυλή. Επιπλέον, ούτε το φύλο του παιδιού, η ηλικία ή η γλώσσα του φάνηκε να ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα ανωτέρω στοιχεία, μπορούμε να καταλάβουμε ότι η έννοια της ποιότητας, όσον αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, είναι πολυδιάστατη, αλλά και ιδιαίτερα σημαντική. Είναι, αυτή που καθορίζει ποιες είναι οι αναγκαίες τροποποιήσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν για την παροχή καλύτερης φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς, προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Hanefeld, Powell-Jackson and Balabanova 2017).

Πολύ σημαντική, λοιπόν, είναι η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να καταστεί δυνατή και ευκολότερη η διασφάλιση και βελτίωσή της (Hung and Jerng 2014). Η ανάγκη για κάτι τέτοιο είναι επιτακτική, καθώς, όπως χαρακτηριστικά, αναφέρουν οι Σταυροπούλου και συν (2018), «από τον *Donabedian* έως τον *Deming*, τον *Juran* και τον *Crosby*, η διασφάλιση ποιότητας στον τομέα της υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παρεχόμενης φροντίδας, της καθημερινής εργασίας των επαγγελματιών υγείας, της εκπαίδευσης και κατάρτισης των νοσηλευτών και ιατρών, του σχεδιασμού, της οργάνωσης και του ελέγχου των υπηρεσιών υγείας» (Σταυροπούλου και συν 2018: 57).

Στο πλαίσιο αυτό, η ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται να αποτελεί έναν σημαντικό και αξιόπιστο δείκτη για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς (Thanasas 2018).

Όμως, η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, στην περίπτωση που αυτοί είναι βρέφη, παιδιά και έφηβα άτομα, δεν είναι τόσο απλή υπόθεση (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017). Για το λόγο αυτό, συνηθίζεται να αξιοποιούνται οι σχετικές απόψεις των γονέων, των κηδεμόνων, των συνοδών τους (Hagen et al 2019· Kruszecka-Krówka et al 2019)

Αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί, όπως μπορεί να γίνει εύκολα κατανοητό από τα στοιχεία των προηγούμενων κεφαλαίων, όσον αφορά τον βαθμό ικανοποίησης των συνοδών ανήλικων τέκνων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τόσο στο εξωτερικό, όσο και στον χώρο της Ελλάδας.

Σε αυτές, το επίπεδο ικανοποίησης των συνοδών διέφερε αρκετά κατά περίπτωση, όπως, επίσης, και οι παράγοντες που φάνηκε να το επηρεάζουν, είτε αυτοί ήταν κοινωνικο-δημογραφικού χαρακτήρα, είτε αφορούσαν στοιχεία σχετικά με την ίδια την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Όσον αφορά συγκεκριμένα την περίπτωση της Ελλάδας, μπορούμε να αναφέρουμε, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, με εξαίρεση την έρευνα των Moutzoglou et al (2000), οι συνοδοί των παιδιών έμειναν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες σε αυτά υπηρεσίες υγείας (Μάτζιου και συν 2006· Παπαγιαννοπούλου και συν 2008· Μπουτοπούλου και συν 2010· Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017).

Ορισμένα στοιχεία τα οποία αναφέρθηκαν ως τομείς όπου θα ήταν χρήσιμο να βελτιωθούν είναι η ενημέρωση για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομειακού τμήματος (Μάτζιου και συν 2006· Μπουτοπούλου και συν 2010· Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017), το επίπεδο προσβασιμότητας στο νοσοκομείο (Μπουτοπούλου και συν 2010· Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017), οι υποδομές της μονάδας υγείας (Παπαγιαννοπούλου και συν 2008), ο χρόνος αναμονής για την εισαγωγή στο νοσοκομείο (Moutzoglou et al 2000), οι διαδικασίες φροντίδας, το εργασιακό περιβάλλον του προσωπικού, η επάρκεια σε προσωπικό, οι συνθήκες υγιεινής (Μπουτοπούλου και συν 2010), καθώς και το δικαίωμα για συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα των παιδιών τους (Τσιρώνη και Κουλιεράκης 2017).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

- Abdallah, A. (2014) *Implementing quality initiatives in healthcare organizations: Drivers and challenges*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 27(3): 166–181.
- Akbar, F.H., Pasiga, B., Samad, R., Pratiwi, R., Anwar, A.I., Djamaluddin, N. and Ulfa, L. (2018) *Evaluation of expectations and perceptions on quality of dental services in Bantaeng District, South Sulawesi, Indonesia, 2018*. Journal of International Dental and Medical Research, 11(3): 938–944.
- Bachir, B. (2015) *Development of quality in health care*. European Journal of Business and Management, 7(33): 99–104.
- Berwick, D. and Fox, D.M. (2016) *Evaluating the quality of medical care: Donabedian's classic article 50 years later*. The Milbank Quarterly, 94(2): 237–241.
- Blozik, E., Reich, O., Rapold, R. and Scherer, M. (2018) *Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process*. BMC Health Services Research, 18(1): 743.
- Burstin, H., Leatherman, S. and Goldmann, D. (2016) *The evolution of healthcare quality measurement in the United States*. Journal of Internal Medicine, 279(2): 154–159.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. and Quentin, W. eds., (2019) *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Copenhagen: World Health Organization and OECD.
- Chaplin, J.P. (1981) *Dictionary of psychology*. New York: Dell Publishing, Co., Inc.
- Chun, J. and Bafford, A. (2014) *History and background of quality measurement*. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 27(01): 5–9.
- Co, J.P.T., Sternberg, S.B. and Homer, C.J. (2011) *Measuring patient and family experiences of health care for children*. Academic Pediatrics, 11(3), S59–S67.
- Crosby, B. (1979) *Quality is free. The art of making quality certain*. New York: McGraw Hill Company.
- Dhalla, I.A. and Tepper, J. (2018) *Improving the quality of health care in Canada*. Canadian Medical Association Journal, 190(39): E1162–E1167.
- Dhanya, A. and Sam, T. (2011) *Impact of product quality, service quality and contextual experience on customer perceived value and future buying intentions*. European Journal of Business and Management, 3(3): 307–316.
- Dodwad, S.S. (2013) *Quality management in healthcare*. Indian Journal of Public Health, 57(3): 138–143.
- Drucker, P.F. (2005) *Managing oneself*. Harvard Business Review, 83(1): 100–109.
- Esfandiari, R.H. and Shabestari, A.A. (2019) *Mothers' satisfaction with hospital care in children*. Annals of Medical and Health Sciences Research, 9: 608–613.
- Evans, J.R. and Lindsay, M.N. (1996) *The management and control of quality* (3rd ed.). Minneapolis: West Pub.Co.

- Georgiadou, V.A. and Maditinos, D. (2017) *Measuring the quality of health services provided at a Greek Public Hospital through patient satisfaction. Case Study: The General Hospital of Kavala*. International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research, 10(2): 60–72.
- Hagen, I.H., Iversen, V.C., Nettet, E., Orner, R. and Svindseth, M.F. (2019) *Parental satisfaction with neonatal intensive care units: A quantitative cross-sectional study*. BMC Health Services Research, 19(1): 37.
- Hamdan, N.S., Musa, H., Selamat, A.S. and Rashid, N. (2019) *Investigating factors of service quality influencing patient satisfaction towards patient loyalty*. International Journal of Advanced Science and Technology, 28(16): 452–459.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. and Balabanova, D. (2017) *Understanding and measuring quality of care: Dealing with complexity*. Bulletin of the World Health Organization, 95(5): 368–374.
- Hoe, L.C. and Mansori, S. (2018) *The effects of product quality on customer satisfaction and loyalty: Evidence from Malaysian engineering industry*. International Journal of Industrial Marketing, 3(1): 20–35.
- Hosseinian, M., Shahshahani, M. and Adib-Hajbagheri, M. (2011) *Mothers' satisfaction of hospital care in the pediatric ward of Kashan Shahid Beheshti hospital during 2010-11*. Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, 15(2): 153–160.
- Hung, K.Y. and Jerng, J.S. (2014) *Time to have a paradigm shift in health care quality measurement*. Journal of the Formosan Medical Association, 113(10): 673–679.
- Juran, J. (1973) *Quality planning and analysis*. New Delhi: McGraw Hill Publishing Company LTT.
- Juran, J. (1998) *Juran on planning for quality*. New York: The Free Press.
- Juran, J.M. and Blanton Godfrey, A. (1999) *Juran's quality handbook*. New York: McGraw Hill Company.
- Jurić, M., Luetić, F., Kolačko, Š., Marija Hošnjak, A., Begić, N. and Anić, D. (2019) *Parent satisfaction with children's health care in the children's hospital Zagreb*. Croatian Nursing Journal, 3(1): 49–59.
- Kaur, M., Charan, G.S. and Selvi, T. (2019) *Parents' satisfaction concerning their children's care at tertiary hospital*. AMEI's Current Trends in Diagnosis & Treatment, 3(1): 18–22.
- Kavanagh, P.L., Adams, W.G. and Wang, C.J. (2009) *Quality indicators and quality assessment in child health*. Archives of Disease in Childhood, 94(6): 458–463.
- Khan, M.M. and Fasih, M. (2014) *Impact of service quality on customer satisfaction and customer loyalty: Evidence from banking sector*. Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences, 8(2): 331–354.
- Kralik, D. (2010) *Celebrating 100 years: reflections on Florence Nightingale's contributions to quality nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 66(8): 1657–1657.
- Kruszecka-Krówka, A., Smoleń, E., Cepuch, G., Piskorz-Ogórek, K., Perek, M. and Gniadek, A. (2019) *Determinants of parental satisfaction with nursing care in*

- paediatric wards - A preliminary report*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(10): 1774.
- Kwok, S.Y., Jusoh, A. and Khalifah, Z. (2016) *The influence of service quality on satisfaction: Does gender really matter?* Intangible Capital, 12(2): 444–461.
- Langabeer, J.R., DelliFraine, J.L., Heineke, J. and Abbass, I. (2009) *Implementation of Lean and Six Sigma quality initiatives in hospitals: A goal theoretic perspective*. Operations Management Research, 2(1-4): 13–27.
- Macedo, G.P. de O.S. and D' Innocenzo, M. (2017) *Satisfaction of quality of care in a pediatric emergency room*. Acta Paulista de Enfermagem, 30(6): 635–643.
- Magaret, N.D., Clark, T.A., Warden, C.R., Magnusson, A.R. and Hedges, J.R. (2002) *Patient satisfaction in the Emergency Department - A survey of pediatric patients and their parents*. Academic Emergency Medicine, 9(12): 1379–1388.
- Martínez, F. (1999) *Quality assurance in investment services*. Managing Service Quality, (9)4: 230–40.
- Matziou, V., Boutopoulou, B., Chrysostomou, A., Vlachioti, E., Mantziou, T. and Petsios, K. (2011) *Parents' satisfaction concerning their child's hospital care*. Japan Journal of Nursing Science, 8(2): 163–173.
- Moeller, J. (2001) *The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care*. International Journal for Quality in Health Care, (12)1: 45–9.
- Monroe K. and Krishnan R. (1985) *The effect of price on subjective product evaluations*. In: Jacoby, J. and Olson, J.C. (eds) *Perceived quality*. Lexington Books. pp: 209- 232.
- Moumtzoglou, A., Dafogianni, C., Karra, V., Michailidou, D., Lazarou, P. και Bartsocas, C. (2000) *Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care*. International Journal for Quality in Health Care, 12(4): 331–337.
- Nabialczyk-Chalupowski, M. (2016) *Tracking the origins, defining and quantifying quality of care: Can we reach a consensus?* Journal of Human Growth and Development, 26(2): 133–138.
- Nguyen, A.T.B., Nguyen, N.T.K., Phan, P.H., van Eeuwijk, P. and Fink, G. (2020) *Parental satisfaction with quality of neonatal care in different level hospitals: Evidence from Vietnam*. BMC Health Services Research, 20: 238.
- O'Connor, R.J. and Neumann, V.C. (2006) *Payment by Results or Payment by Outcome? The History of Measuring Medicine*. Journal of the Royal Society of Medicine, 99(5): 226–231.
- Oecd, Ocde, Who, Oms and World Bank Group (2018) *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank.
- Olise, M.C. and Ojiaku, O.C. (2018) *Effects of product quality on customer satisfaction: A review of manufacturing company's performance in Anambra State*. International Journal of Business & Law Research, 6(1): 39–47.

- Pakurár, M., Haddad, H., Nagy, J., Popp, J. and Oláh, J. (2019) *The service quality dimensions that affect customer satisfaction in the Jordanian banking sector*. Sustainability, 11(4):1113.
- Penman, J., Kruger, D., Galbally, I., Hiraishi, T., Nyenzi, B., Emmanul, S., Buendia, L., Hoppaus, R., Martinsen, T., Meijer, J., Miwa, K. and Tanabe, K. (2000) *Good practice guidance and uncertainty management in national greenhouse gas inventories*. Japan: Institute for Global Environmental Strategies.
- Prasannan, S. and Thomas, D. (2018) *A study to determine the level of satisfaction of parents with the nursing care for children admitted in paediatric oncology ward and seek its association with selected factors in selected government hospitals of Delhi*. International Journal of Health Sciences & Research, 8(10): 150–160.
- Rezapour, R., Tabrizi, J.S., Farahbakhsh, M., Saadati, M. and Abdolahi, H.M. (2019) *Developing Iranian primary health care quality framework: A national study*. BMC Public Health, 19(1): 911.
- Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K. and Wong, G. (2018) *Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae - A scoping review*. PLOS ONE, 13(12): e0202616.
- Shaikh, B.T. and Rabbani, F. (2005) *Health management information system: A tool to gauge patient satisfaction and quality of care*. La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, 11(1): 192–198.
- Sheikh, M., Al-Assaf, A.F. and World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean (2004) *Quality improvement in primary health care: A practical guide*. Cairo: World Health Organization.
- Stebbing, L. (1993) *Quality assurance: The route to efficiency and competitiveness* (3rd ed.). Great Britain: Ellis Horwood.
- Thanasas, I.K., Tsiamanta, C., Koktzidi, S. and Charalampous, M. (2018) *Quality in health services*. Merit Research Journal of Medicine and Medical Sciences, 6(8): 272–277.
- Visschedijk, M., Hendriks, R. and Nuyts, K. (2005) *How to set up and manage quality control and quality assurance*. Quality Assurance Journal, 9: 95–107.
- Waldron, M.K., Wathen, K., Houston, S., Coleman, L., Mason, J.J., Wang, Y. and Hinds, P.S. (2021) *The Impact of demographics on child and parent ratings of satisfaction with hospital care*. Pediatric Quality & Safety, 6(2): e382.
- Weissenstein, A., Straeter, A., Villalon, G., Luchter, E. and Bittmann, S. (2011) *Parent satisfaction with a pediatric practice in Germany: A questionnaire-based study*. Italian Journal of Pediatrics, 37: 31.
- Ygge, B.M. and Arnetz, J.E. (2001) *Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care*. International Journal for Quality in Health Care, 13(1): 33–43.

Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

- Αντεριώτη, Π. και Αντωνίου, Γ. (2014) *Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας*. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1(1): 62–68.

- Αντωνοπούλου, Α. (2016) *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία*. *Social Cohesion and Development*, 3(2): 109–120.
- Ζέρβας, Δ. (2020) *Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας*. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(1): 8–21.
- Θανασάς, Ι.Κ. (2016) *Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα*. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21(2): 158–170.
- Θανασάς, Ι.Κ. (2019) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(3): 347–361.
- Θανασάς, Ι.Κ. και Χαραλάμπους, Μ. (2016). *Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα*. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21(2): 158–170.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011) *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων*. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5): 667–673.
- Κανελλόπουλος, Δ. (2012) *Θεωρίες παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία*. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(2): 182–189.
- Κοτσαγιώργη, Ι. και Γκέκα, Κ. (2010) *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας*. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(4): 398–408.
- Κοτσαγιώργη, Ι. και Λυμπέρη, Β. (2011) *Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο*. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(1): 22–37.
- Μάρκοβιτς, Γ. και Μοναστηρίδου, Σ. (2011α) *Παρακίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού και πλαίσιο ρεαλιστικών κινήτρων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο*. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(4): 502–514.
- Μάρκοβιτς, Γ. και Μοναστηρίδου, Σ. (2011β) *Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία*. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1): 51–56.
- Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ. (2015) *Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών*. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3): 106–120.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (1998) *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- Μάτζιου, Β., Γαλάνης, Π., Αλεξοπούλου, Δ., Βλαχιώτη, Ε. και Τσουμάκας, Κ. (2006) *Πώς οι γονείς αξιολογούν τη φροντίδα υγείας στα νοσηλευόμενα παιδιά τους*. *Νοσηλευτική*, 45(1): 92–97.
- Μπένος, Α. και Κονδύλης, Η. (2012) *Editorial: Υγεία, εργασία και σύστημα υγείας*. *hygeia@ergasia*, 3(3): 311–312.
- Μπουτοπούλου, Β., Πέτσιος, Κ., Μαυρίδη, Φ., Βλαχιώτη, Ε., Κωνσταντακάκη, Ε. και Μάτζιου, Β. (2010) *Ικανοποίηση γονέων από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στα νοσηλευόμενα παιδιά τους*. *Νοσηλευτική*, 49(3): 264–273.
- Παπαγεωργίου, Ε., Τσούνης, Α., Σαράφης, Π. και Μπαμίδης, Π. (2014) *Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφορικών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα*. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(1): 24–34.

- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. και Υφαντόπουλος, Γ. (2008) *Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1): 73–82.
- Πάτσιος, Δ., Κομνό, Α., Αποστολίδης, Χ. και Μπαλασοπούλου, Α. (2014) *Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του γενικού νοσοκομείου Λάρισας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 13(4): 351–365.
- Πέππας, Χ. και Κοράκη, Α. (2013) *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα*; Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 9(1): 25–31.
- Πολυκανδριώτη, Μ. (2011) *Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10(4): 439–440.
- Πολυκανδριώτη, Μ. και Κουτελέκος, Ι. (2013) *Ανάγκες ασθενών*. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2): 73–83.
- Πράπα, Π. και Φακή, Μ. (2008) *Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγείας»*. Respiratory and Internal Medicine, 51: 40–42.
- Ρίκος, Ν. (2015) *Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 14(4): 247–252.
- Σιγάλας, Ι. (1999) *Οργάνωση, Διοίκηση και Λειτουργία Νοσοκομείων*. Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ειδίκευση: Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα.
- Σταυροπούλου, Α., Γεωργία, Φ. and Κελέση, Μ. (2018) *Αριστεία και ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας στο σύγχρονο περιβάλλον υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 17(1): 56–64.
- Τεγόπουλος-Φυτράκης (1997) *Μείζον Ελληνικό Λεξικό*. Αθήνα: Εκδόσεις Αρμονία ΑΕ.
- Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (2020) *Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: ΔιαΝΕΟσις-Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.
- Τσαλακοπούλου, Β. και Σαράφης, Π. (2013) *Ελληνική υγεία: Εξε-ληγμένη ή εξελιγμένη*; Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 5(2): 49–65.
- Τσιρώνη, Σ. και Κουλιεράκης, Γ. (2017) *Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 10(1): 13–26.
- Χυτήρης, Λ.Σ. και Άννινος, Λ.Ν. (2015) *Διοίκηση και ποιότητα υπηρεσιών*. Αθήνα: Σύλλογος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.