

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

«Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας και η μέτρηση της Ικανοποίησης των ασθενών»

Συγγραφέας: ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΜΠΑΚΟΥ

A.M. : 21002

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ασπασία Γούλα

Αθήνα, Φεβρουάριος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION
SOCIAL POLICE



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Title

« Quality in Health services and the measurement of Patient Satisfaction »

Student name and surname:

Vasiliki Bakou

Registration Number:

21002

Supervisor name and surname: Aspasia Goula

Athens, February 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας

«Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας και η μέτρηση της Ικανοποίησης των ασθενών»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΕΠΕΤΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
3	ΜΑΡΙΑ-ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ	ΕΔΙΠ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βασιλική Μπάκου του Ηλία, με αριθμό μητρώου 21002 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος «Διοίκηση 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».

Η Δηλούσα



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος «Διοίκηση Επιχειρήσεων» της Σχολής «Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής».

Στην ολοκλήρωση των σπουδών μου καθοριστική υπήρξε η συμβολή των καθηγητών μου, στους οποίους και εκφράζω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα, τον καθηγητή μου και επιβλέποντα την παρούσα διπλωματική εργασία, την Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα, για την επιστημονική της καθοδήγηση, τις εύστοχες διευκρινίσεις της, τις χρήσιμες παρεμβάσεις, την διαρκή ανατροφοδότησή αλλά και για τη συνεχή παρότρυνση και ηθική υποστήριξη της σε όλη την πορεία της διπλωματικής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία προσεγγίζεται η έννοια της ποιότητας από την εφαρμογή των συστημάτων Διοίκησης ολικής ποιότητας τόσο στην ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό όσο και την αύξηση της ανταγωνιστικότητας, αλλά και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στη βελτίωσή τους. Παρουσιάζεται αναλυτικά το πλαίσιο της πιστοποίησης των υπηρεσιών υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της συνεχούς φροντίδας υγείας όσον αφορά την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς αναλύονται οι Πιστοποιήσεις κατά ISO (ISO Certification) και οι Διαπιστεύσεις των Οργανισμών Υγείας (Organizational Accreditation) και παρουσιάζεται η ολοκληρωμένη στρατηγική Διοίκησης ολικής ποιότητας και αντιμετώπισης του λάθους με τη μεθοδολογία six sigma. Επίσης δίνεται έμφαση στην αντίληψη της ποιότητας εκ μέρους του ασθενούς που επηρεάζεται από τέσσερις παράγοντες όπως είναι α) η Διαπροσωπική Ποιότητα που αφορούν την διαπροσωπική σχέση γιατρού ασθενούς, β) η Τεχνική Ποιότητα που αναφέρεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες του παρόχου η γ) Περιβαλλοντική Ποιότητα που αναφέρεται στο χώρο του νοσοκομείου ή οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και δ) η Διοικητική Ποιότητα ως προς το χρόνο τις λειτουργίες και τη γενικότερη διοικητική υποστήριξη. Παρουσιάζονται οι μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης και ολοκληρώνεται με την πρόταση για την υλοποίηση μεθοδολογίας μέτρησης στην ικανοποίηση χρηστών στις υπηρεσίες υγείας σε δύο επίπεδα: α) τη Διαπροσωπική Ποιότητα και β) το αντιλαμβανόμενο κόστος από τον ασθενή. Η Διοίκηση ποιότητας στα συστήματα υγείας αποτελεί μια συνεχή διαδικασία με δυναμική προσέγγιση που συμβάλλει στην εξάλειψη λαθών και ελαττωμάτων μέσα από τη δέσμευση του προσωπικού, τη συστηματική συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα ενεργειών και διαδικασιών και η ανάλυση των αποτελεσμάτων και της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών, καθώς και την ενεργό υποστήριξη της διοίκησης.

Λέξεις – κλειδιά: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Ικανοποίηση ασθενών, διαπροσωπική ποιότητα, αντιλαμβανόμενο κόστος, Μέτρησης της Ικανοποίησης πιστοποίηση, διαπίστευση.

Abstract

In this study, the concept of quality is approached by the total quality management systems approach concerning the development of the organizational culture and the evaluation of the services by the. The framework of the certification of health services in the European area is presented in detail to strengthen the effectiveness and efficiency of continuous health care in terms of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of the patient. ISO Certifications and Accreditations of Health Organizations and presents the integrated strategy of Total Quality Management and dealing with the error with the six-sigma methodology. Emphasis is also placed on the perception of quality by the patient, which is influenced by four factors such as a) Interpersonal Quality, which concerns the interpersonal relationship between doctor and patient, b) Technical Quality, which refers to the knowledge and skills of the provider, and c) Environmental Quality which refers to the area of the hospital or health service provider organization and d) the Administrative Quality in terms of time, operations and general administrative support. The methods of Measuring Satisfaction are presented and it concludes with the proposal for the implementation of a methodology for measuring user satisfaction in health services at two levels: a) Interpersonal Quality and perceived cost by the patient. Quality management in health systems is a continuous process with a dynamic approach that contributes to the elimination of errors and defects through the commitment of staff, the systematic collection of data related to the results of actions and procedures and the analysis of results and user satisfaction. services, as well as the active support of the administration.

Keywords: Total Quality Management, Patient satisfaction, interpersonal quality, perceived cost, Satisfaction Measurement certification, accreditation.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	4
1.1 Σύστημα Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management)	4
1.2 Αξιώματα και αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	5
1.3 Οφέλη από την εφαρμογή της	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η πιστοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	10
2.1 Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Committee)	10
2.2 Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης (European Committee for Standardisation)	11
2.3 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization)	11
2.4 Συμβούλιο της Ευρώπης (The Council of Europe)	12
2.5 Πρότυπα Πιστοποίησης και Διαπίστευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πιστοποίηση και διαπίστευση υπηρεσιών υγείας	13
3.1 Η πιστοποίηση κατά ISO	13
3.1.1 Δέσμευση της Διοίκησης	16
3.1.2 Εστίαση στον Πελάτη - Χρήστη	17
3.1.3 Πολιτική για την Ποιότητα	17
3.1.4 Αντικειμενικοί σκοποί για την Ποιότητα	18
3.1.5 Σχεδιασμός του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας	18
3.1.6 Διάθεση Πόρων	19
3.1.7 Ανθρώπινοι Πόροι	21
3.1.8 Ενημέρωση και Εκπαίδευση	22
3.1.9 Υποδομή	23
3.1.10 Σχεδιασμός Υλοποίησης της Υπηρεσίας	25

3.1.11	Ικανοποίηση του Πελάτη-Χρήστη.....	27
3.2	Διαπίστευση υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας.....	28
3.3	Καλές πρακτικές στην Ευρωπαϊκή Ένωση	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	Ολοκληρωμένη στρατηγική ποιότητας Six Sigma στην υγεία.....	37
4.1	Η έννοια του Six Sigma	37
4.2	Η εφαρμογή του Six Sigma στην Υγεία.....	39
4.3	Ο ρόλος Six Sigma στη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	Η Σύνδεση των Υπηρεσιών υγείας με τα Συστήματα Ποιότητας.....	44
5.1	Η ποιότητα στην υγεία.....	44
5.2	Η ποιότητα ως αντίληψη των ασθενών.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:	Μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης των ασθενών	51
6.1	Σχέδιο Μέτρησης της Ικανοποίησης	51
6.2	Εργαλεία μέτρησης της Ικανοποίησης	54
6.3	Τρόποι Συλλογής Δεδομένων	57
6.4	Τύποι Ερευνών Ικανοποίησης Ασθενών.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:	Ενδεικτικές Ερευνητικές μελέτες	70
7.1	Ενδεικτικές Ερευνητικές μελέτες για την Ικανοποίηση Ασθενών στην Ελλάδα	70
7.2	Άλλες ερευνητικές μελέτες.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:	Πρόταση μεθοδολογίας μέτρησης στην ικανοποίηση χρηστών στις υπηρεσίες υγείας	77
Συμπεράσματα	79
Βιβλιογραφία	81

Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία προσεγγίζεται η έννοια της ποιότητας ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τη μεριά του οργανισμού όπου αναφέρονται ότι τα *βασικά αξιώματα και αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας*. Επίσης αναφέρονται τα *οφέλη* από την εφαρμογή των συστημάτων Διοίκησης ολικής ποιότητας τόσο στην ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό όσο και την αύξηση της ανταγωνιστικότητας. Ακόμα περισσότερο ένα Σύστημα Διοίκησης- διαχείρισης ολικής ποιότητας διευκολύνει όχι μόνο τους εργαζόμενους σε έναν οργανισμό, καθώς διαμορφώνει ένα σταθερό περιβάλλον, αλλά και τους χρήστες ή πελάτες δίνοντας την ευκαιρία στους τελευταίους να έχουν σαφή εικόνα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αλλά και να συμμετέχουν στην περεταίρω ανάπτυξη και βελτίωσή τους. Το 1^ο κεφάλαιο αποτυπώνει με τις διαφορές μεταξύ της Διοίκησης Ολικής ποιότητας και της Συμβατικής προσέγγισης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά το πλαίσιο της πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο. Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα στην Ευρώπη δεν έχει καθιερωθεί ένα κοινό πλαίσιο αξιολόγησης και πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας προσαρμοσμένο στα Ευρωπαϊκά δεδομένα. Αν και Ιούνιο του 2001 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου το οποίο σύμφωνα με την πρόταση θα πρέπει να στηρίζεται σε τρεις βασικούς άξονες που αφορούν στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της συνεχούς φροντίδας υγείας όσον αφορά την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς (ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών σε μοντέλο disease management), στην πρόσβαση από όλους στην πληροφορία και στην ιατρική γνώση, και στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών. Στο κεφάλαιο 3 αναλύονται οι Πιστοποιήσεις κατά ISO (ISO Certification) και οι Διαπιστεύσεις των Οργανισμών Υγείας (Organizational Accreditation) στην Ευρώπη και παρατίθενται οι καλές πρακτικές εφαρμογής αυτών των πολιτικών όπως λειτουργούν στην Μ. Βρετανία και Γερμανία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ολοκληρωμένη στρατηγική Διοίκησης ολικής ποιότητας και αντιμετώπισης του λάθους με τη μεθοδολογία six sigma. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται

η σύνδεση με τις πολιτικές και στόχους της υγείας και ο ρόλος Six Sigma στη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς.

Στο πέμπτο κεφάλαιο διαχωρίζεται η προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας και της αξιολόγησης των υπηρεσιών τόσο τομέα της βιομηχανίας γενικά και στην υγείας ειδικότερα. Στην Υγεία από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Έτσι στον τομέα της Υγείας σημασία έχει η αντίληψη της ποιότητας εκ μέρους του ασθενούς που επηρεάζεται από τέσσερις παράγοντες όπως είναι α) η Διαπροσωπική Ποιότητα που αφορούν την διαπροσωπική σχέση γιατρού ασθενούς, β) η Τεχνική Ποιότητα που αναφέρεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες του παρόχου η γ) Περιβαλλοντική Ποιότητα που αναφέρεται στο χώρο του νοσοκομείου ή οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και δ) η Διοικητική Ποιότητα ως προς το χρόνο τις λειτουργίες και τη γενικότερη διοικητική υποστήριξη.

Στο 6ο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης των ασθενών τα σχέδια και τα εργαλεία μέτρησης της Ικανοποίησης καθώς τρόπους Τρόποι Συλλογής Δεδομένων και τύπους Τύποι Ερευνών Ικανοποίησης Ασθενών. Η παρούσα εργασία στο κεφάλαιο 7 παρουσιάζει ενδεικτικές ερευνητικές μελέτες και ολοκληρώνεται με την πρόταση για την υλοποίηση μεθοδολογίας μέτρησης στην ικανοποίηση χρηστών στις υπηρεσίες υγείας στο κεφάλαιο 8. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας είναι δυναμική και πολυτομεακή και κινείται σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη Διαπροσωπική Ποιότητα μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ του ασθενή και του παρόχου των υπηρεσιών υγείας, στο δεύτερο επίπεδο προσεγγίζεται το αντιλαμβανόμενο κόστος από τον ασθενή και αναζητείται το οριακό όφελος σε σχέση με το οριακό κόστος.. Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα είναι η υποκειμενική γνώμη του ασθενή σχετικά με την ποιότητα που λαμβάνει από το προϊόν που επέλεξε ή τις υπηρεσίες. Αυτή επηρεάζει άμεσα και την ικανοποίηση του ασθενή. Τέλος, η επιλογή του προϊόντος ή των υπηρεσιών αποτελεί μια πολυσύνθετη διαδικασία με παράγοντες που αλληλεπιδρούν θετικά και αρνητικά μεταξύ τους. Σε αυτή την προσέγγιση η ανάλυση της έρευνας δεν περιορίζεται στην απλή αποτύπωση των κοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος την αντίληψη της ποιότητας από το ένα επίπεδο της κατάστασης της υγείας σε ένα άλλο και ποιο βαθμό αυτή η αντίληψη των αλλαγών

αποτυπώνονται σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα. Η Διοίκηση ποιότητας στα συστήματα υγείας αποτελεί μια συνεχή διαδικασία με δυναμική προσέγγιση που συμβάλλει στην εξάλειψη λαθών και ελαττωμάτων μέσα από τη δέσμευση του προσωπικού, τη συστηματική συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα ενεργειών και διαδικασιών και η ανάλυση των αποτελεσμάτων και της ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών, καθώς και την ενεργό υποστήριξη της διοίκησης. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και είναι θεμιτό να αποτελεί κύριο μέλημα της πολιτικής υγείας, καθώς επιφέρει υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Γενικότερα το κοινωνικό σύνολο θα έχει τα περισσότερα οφέλη από: α) την μείωση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας, β) την αύξηση της παραγωγικότητας των μέχρι πριν ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονταν για αρκετό διάστημα, γ) , την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων καθώς η ασθένεια θα θεραπεύεται άμεσα, δ) την ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας, και τέλος, ε) την παρουσίαση ενός ασφαλούς και αποδοτικού υγειονομικού συστήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

1.1 Σύστημα Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management)

Οι λειτουργίες ενός οργανισμού που αφορούν στο σχεδιασμό, στην οργάνωση, στη διεύθυνση, στο συντονισμό και στον έλεγχο για την παραγωγή ποιοτικών αγαθών ή υπηρεσιών, συνθέτουν την Ολική Ποιότητα, η οποία εκφράζει παράλληλα τη φιλοσοφία και την κουλτούρα της οργάνωσης και διοίκησης του οργανισμού.

Η έννοια του Ελέγχου Ποιότητας (Quality Control) και της Διαχείρισης Ποιότητας (Quality Management) είναι άρρηκτα μεταξύ τους συνδεδεμένες. Ο Έλεγχος Ποιότητας αφορά ένα σύστημα δραστηριοτήτων για την αξιολόγηση της ποιότητας του αγαθού / υπηρεσίας που παρέχεται στον πελάτη / χρήστη. Η Διαχείριση Ποιότητας αφορά αντίστοιχα ένα σύστημα α) διοίκησης και ελέγχου των δραστηριοτήτων σε όλα τα επίπεδα (σχεδιασμός αγαθού/υπηρεσίας, παραγωγή, διανομή και εξυπηρέτηση), β) πρόληψης προβλημάτων ποιότητας και γ) διασφάλισης της τήρησης των προδιαγραφών για τα αγαθά και υπηρεσίες που καταλήγουν στους πελάτες / χρήστες.

Σε αυτό το πλαίσιο, είναι απαραίτητη η αντίληψη των απαιτήσεων της ποιότητας από το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού, η δέσμευση της Διοίκησης και φυσικά η αντανάκλαση των παραπάνω στον καταναλωτή / χρήστη των υπηρεσιών. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένα ανατροφοδοτούμενο σύστημα καταγραφής και παραγωγής δεδομένων, αποτύπωσης των σφαλμάτων και προϋποθέσεων διόρθωσης τυχόν λαθών. Κάτι τέτοιο προκύπτει από συστηματικούς ελέγχους ποιότητας που αποτελούν τον κύκλο βελτίωσης του συστήματος παραγωγής (Garvin, David A. 1988).

Σε ένα αποτελεσματικό Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας (Adler, M., & Ziglio, E. 1996) τα θεμελιώδη στοιχεία για την ανάπτυξη και εφαρμογή του συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- ❑ καθορισμός των υπευθυνοτήτων και των αρμοδιοτήτων όσον αφορά τη διαχείριση της ποιότητας.
- ❑ γραπτή περιγραφή και τεκμηρίωση (documentation) των ενεργειών, διεργασιών και τεχνικών που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με τη Διαχείριση της Ποιότητας.

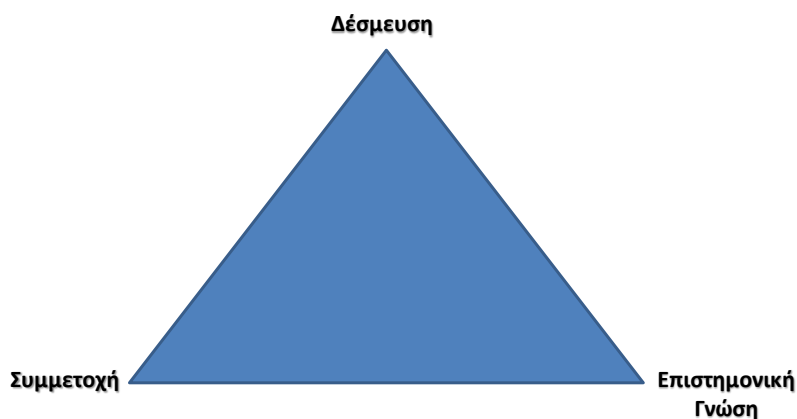
- ❑ εξασφάλιση της δυνατότητας εντοπισμού αιτιών μη συμμόρφωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις.
- ❑ ύπαρξη μηχανισμού παρακολούθησης, μέτρησης και αξιολόγησης της απόδοσης των εφαρμοζόμενων διεργασιών (performance measurement systems).

Η επίτευξη των ανωτέρω επιτυγχάνεται με την αποδοχή μιας συστημικής προσέγγισης (προσέγγιση μέσω των διεργασιών). Ως διεργασία θεωρείται κάθε δραστηριότητα που μετατρέπει τις εισροές (inputs) σε εκροές (outputs) και αποτελέσματα (outcomes).

Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας οφείλουν να καταγράψουν, να αποδεχθούν και να διαχειριστούν έναν πολύ μεγάλο αριθμό διασυνδεδεμένων διεργασιών όπου συχνά το αποτέλεσμα μιας διεργασίας αποτελεί εισαγόμενο στοιχείο για την επόμενη (π.χ. τα πρωτόκολλα θεραπείας θεωρούμενα ως αποτέλεσμα ιατρικών διεργασιών αποτελούν το εισαγόμενο στοιχείο των νοσηλευτικών διεργασιών).

1.2 Αξιώματα και αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Τα βασικά αξιώματα-προϋποθέσεις για την επιτυχία της ΔΟΠ είναι το τρίπτυχο Δέσμευση, Συμμετοχή, Επιστημονική Γνώση (το τρίγωνο της ΔΟΠ).



Δέσμευση. Τα ανώτερα στελέχη και οι εργαζόμενοι δεσμεύονται για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και καινοτομία. Δηλαδή, πρέπει να υπάρχει μια παραδειγματική συμπεριφορά και δέσμευση από τα ανώτερα στελέχη (=ηγεσία), με πράξεις και όχι με λόγια.

Συμμετοχή. Τα ανώτερα στελέχη και κάθε εργαζόμενος συμμετέχουν σε μια ομάδα για την διασφάλιση της ποιότητα στον οργανισμό. Δηλαδή, η ολική ποιότητα δεν συνδέεται με μια συγκεκριμένη διαδικασία δραστηριότητα ή ένα συγκεκριμένο τμήμα ή με τις αρμοδιότητες

ενός διευθυντή της επιχείρησης. Η (ολική) ποιότητα αφορά όλους μέσα στην επιχείρηση και απαιτεί μια νέα συμπεριφορά και ένα νέο δίκτυο σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων.

Επιστημονική Γνώση. Τα ανώτερα στελέχη και οι εργαζόμενοι γνωρίζουν κατάλληλες μεθόδους και τεχνικές για την αλλαγή. Δηλαδή, η επιστημονική γνώση επιτρέπει τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών έτσι ώστε, όλοι οι εργαζόμενοι να είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα του δικού τους έργου. Όταν κάποιος έχει τα κατάλληλα επιστημονικά "εργαλεία" μπορεί να επισημάνει τις δυσλειτουργίες και να προλάβει τις συνέπειές τους. Η πρόληψη και όχι η θεραπεία αποτελεί τη βάση της θεωρίας της Δ.Ο.Π.

Από αυτά τα τρία βασικά αξιώματα προκύπτουν οι επόμενες επτά κύριες αρχές που συμπεριλαμβάνονται με τον ένα ή άλλο τρόπο σ' όλες τις σχετικές θεωρίες. Οι αρχές αυτές μπορούν να συμπληρωθούν ή /και να τροποποιηθούν ώστε να βρίσκουν εφαρμογή σε κάθε οργανισμό ή επιχείρηση.

Οι γενικές βασικές αρχές είναι οι εξής:

1. Δέσμευση της ηγεσίας: Δέσμευση των κορυφαίων στελεχών της ανώτατης διοίκησης και κυρίως του διευθυντή στις αρχές της ολικής ποιότητας. Χωρίς τη δική τους δέσμευση δεν είναι δυνατή καμιά αλλαγή και οποιαδήποτε προσπάθεια από άλλους δεν θα δώσει μόνιμα αποτελέσματα.
2. Εφαρμογή σε έκταση: Είναι αναγκαία η αντιμετώπιση της ποιότητας από όλα τα τμήματα της επιχείρησης, και όχι μόνον από κάποιο ειδικό "τμήμα ελέγχου" που περιορίζεται μόνο σε τεχνικά θέματα, τα οποία δεν είναι εφικτά στις διάφορες θέσεις εργασίας. Η προσαρμογή της νοοτροπίας όλων των τμημάτων έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιδιαίτερης οργανωτικής κουλτούρας.
3. Υπευθυνότητα σε βάθος: Όλοι είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα. Η ηγεσία θα πρέπει να παραχωρήσει κάποιες από τις δυνάμεις και υπευθυνότητες στα κατώτερα επίπεδα. Ο καθένας θα πρέπει να ενθαρρύνεται στο να ελέγχει, να διευθύνει και να βελτιώνει τις διαδικασίες που βρίσκονται στη σφαίρα της δικής του υπευθυνότητας.
4. Πρόληψη όχι θεραπεία: Αυτή η αρχή εκφράζεται και σαν «επιτυχία με την πρώτη» ή «μηδέν ελαττωματικά»(Zero Defects). Η ποιότητα πρέπει να έχει ενσωματωθεί στη σχεδίαση των προϊόντων και των διαδικασιών παραγωγής, Ο εκ των υστέρων ποιοτικός

έλεγχος δημιουργεί ένα «κρυφό τμήμα παραγωγής ή εξυπηρέτησης» όπου «παράγονται» ακατάλληλα προϊόντα-υπηρεσίες και γίνεται σπατάλη πόρων για την εκ των υστέρων διόρθωση τους αν όχι με την απόρριψη τους.

5. Συνεχής Εκπαίδευση στη Χρήση Εργαλείων και Μεθόδων Βελτίωσης Ποιότητας: Η χρήση στατιστικών διαγραμμάτων κατανοητή από τους εργαζόμενους όπως και από τη διοίκηση, διευκολύνει τη συμμετοχή τους στην κατανόηση των διαφόρων λειτουργιών και στην ανεύρεση των αιτίων διακύμανσης στην ποιότητα και κατ' επέκταση στην ταχεία και αποτελεσματική λήψη αποφάσεων.
6. Έλεγχος ανταγωνιστικότητας: Η αποτελεσματικότητα του συστήματος πρέπει να οριοθετείται συνεχώς με βάση μια σειρά δεικτών απόδοσης, εσωτερικών και εξωτερικών (Benchmarking).
7. Συνεχής βελτίωση: Η κεντρική φιλοσοφία της διοίκησης ολικής ποιότητας, kaisen κατά τους Ιάπωνες, είναι η παρακίνηση της συνεχούς αναζήτησης νέων μεθόδων βελτίωσης των δραστηριοτήτων παραγωγής ή εξυπηρέτησης καθώς επίσης και της μείωσης της σπατάλης πόρων. Με τη συνεχή βελτίωση γίνονται μικρά αλλά σταθερά βήματα.

1.3 Οφέλη από την εφαρμογή της

Ένα από τα σημαντικότερα οφέλη της ΔΟΠ είναι και η ανάπτυξη του ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων στην επιχείρηση. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει εκτός από την αύξηση της ανταγωνιστικότητας, ένα καλύτερο κοινωνικό περιβάλλον όπου μπορούν να επιτευχθούν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής τόσο των εργαζομένων όσο και των πελατών ή χρηστών των υπηρεσιών.

Η σταθερότητα εργασίας σε συνδυασμό με την υψηλή ποιότητα και απόδοση και η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση δημιουργεί εργαζόμενους - πολίτες υψηλής αποτελεσματικότητας, ικανοποιημένους από τη δουλειά τους και την κοινωνική τους ζωή με συνέπεια την ελαχιστοποίηση της φτώχειας, της δυστυχίας, της απομόνωσης.

Η ΔΟΠ ενσωματώνει την ανάπτυξη σχέσεων ολικής ποιότητας μεταξύ επιχείρησης και προμηθευτών, οπότε αυτές οι σχέσεις αποκτούν πολλαπλασιαστική ισχύ λόγω της αλυσιδωτής

εξάρτησης των επιχειρήσεων μεταξύ τους. Οι απαιτήσεις μιας επιχείρησης βασισμένης στη ΔΟΠ αναγκάζουν τους προμηθευτές της να την εφαρμόσουν ώστε να μπορούν να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους ή στον ανταγωνισμό.

Η αντίδραση είναι αλυσιδωτή για μια μεγάλη ομάδα επιχειρήσεων που αλληλεξαρτώνται σε κάποιο τομέα. Αυτό το φαινόμενο έχει πολλαπλασιαστικά οφέλη πλέον σε κοινωνικό και ακόμη σε εθνικό επίπεδο.

Η εφαρμογή προσεγγίσεων ποιότητας στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών Υγείας επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στους πιο σημαντικούς δείκτες ποιότητας, συμπεριλαμβανομένων των: (Auton, 1994)

- ❑ Αυξημένη ποιότητα φροντίδας και εκρών
- ❑ Αυξημένη ικανοποίηση πελατών
- ❑ Αυξημένη ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού
- ❑ Αυξημένη ικανοποίηση εργατικού δυναμικού
- ❑ Πιθανά μακροχρόνια κέρδη στην επίδοση και την παραγωγικότητα, το οποίο σχετίζεται άμεσα με μειωμένο κόστος φροντίδας υγείας.

Επιπλέον η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ξεχωριστή σημασία, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο.

Ενδεικτικά ορισμένα από τα οφέλη είναι:

- ❑ Έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική αντιμετώπιση προβλημάτων του ασθενή, αποτροπή επιπλοκών.
- ❑ Καλή ψυχολογική κατάσταση ασθενούς λόγω καλού περιβάλλοντος της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας και συντόμευσης του χρόνου παραμονής του στη μονάδα λόγω σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- ❑ Μείωση απώλειας εισοδήματος που θα υποστεί ο ασθενής λόγω έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας του ασθενή.
- ❑ Νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου των επαγγελματιών υγείας.

- ❑ Απαλλαγή των επαγγελματιών υγείας από αδικαιολόγητο άγχος και εκνευρισμό.
- ❑ Μείωση της επιβάρυνσης όλων των υπηρεσιών και τμημάτων της μονάδας με συνέπεια λειτουργικά οφέλη για αυτή.
- ❑ Περιορισμός ύψους δαπανών που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
- ❑ Περικοπή αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα υγείας με όφελος για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο.
- ❑ Αύξηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας με συνέπεια τη βελτίωση της παραγωγικότητας.
- ❑ Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας.
- ❑ Βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας στο εσωτερικό και διεθνώς.

Στη ΔΟΠ η ανώτατη διοίκηση πρέπει να αναλάβει προσωπικά την ηγεσία και να παρέχει την αναγκαία καθοδήγηση δίνοντας πρώτη το παράδειγμα. Στόχος της ΔΟΠ αφορά στην πρόληψη ή στα μηδέν λάθη μέσα από τη συνεχή εκπαίδευση όλων σε διαδικασίες και απαιτήσεις της εργασίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη ΔΟΠ η εκπαίδευση θεωρείται επένδυση όπου οι εργαζόμενοι επισημαίνουν τα προβλήματα του συστήματος ενώ ταυτόχρονα αποκτούν υπερηφάνεια και αγάπη για την εργασία τους. Η αποτελεσματικότητα του συστήματος οριοθετείται συνεχώς με βάση μια σειρά εσωτερικών και εξωτερικών δεικτών απόδοσης, ενώ στη ΣΠΔ υπάρχουν μόνον εξωτερικοί που κυρίως είναι οικονομικοί.

Στη ΔΟΠ υπάρχει η παρακίνηση της συνεχούς αναζήτησης νέων μεθόδων βελτίωσης των δραστηριοτήτων παραγωγής ή εξυπηρέτησης καθώς επίσης και της μείωσης της σπατάλης πόρων, με τη χρήση δοκιμασμένων τεχνικών και εργαλείων, με συμμετοχή των εργαζομένων. Η έμφαση δίνεται στη σχεδίαση των προϊόντων και των υπηρεσιών καθώς και στην παραγωγή τους (European Network for Health Technology Assessment EUnetHTA) ¹.

¹ <http://www.eunetha.eu/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η πιστοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας στην

Ευρωπαϊκή Ένωση

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν γίνει συντονισμένες προσπάθειες για την καθιέρωση της πιστοποίησης βάση συγκεκριμένων προτύπων που αφορούν για παράδειγμα τον ιατρικό εξοπλισμό, την επαγγελματική εκπαίδευση, την κλινική πρακτική καθώς και την έγκριση των μηχανισμών μάρκετινγκ φαρμακευτικών προϊόντων. Ωστόσο δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης των υπηρεσιών, ή στα εσωτερικά συστήματα βελτίωσης ποιότητας και ασφάλειας.

Στις συντονισμένες αυτές προσπάθειες για κοινή χρήση των βέλτιστων πρακτικών περιλαμβάνονται επίσης και τα προγράμματα: α) Ευρωπαϊκό δίκτυο αξιολόγησης υγειονομικής τεχνολογίας (EUnetHTA) και β) Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Ασφάλεια του Ασθενή (European Network for Patient Safety EUNetPaS)², τα οποία στοχεύουν στη συγκέντρωση και τη διανομή, μεταξύ των μελών κρατών, συστάσεων και οδηγιών για την ασφάλεια των ασθενών (C.Shaw, etal 2010).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο έχουν αναπτυχθεί σχετικές προσεγγίσεις της πιστοποίησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας από κεντρικούς φορείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο αναλυτικά:

2.1 Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Committee)

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει προχωρήσει σε σχετική θεσμοθέτηση της πιστοποίησης της ποιότητας σε διάφορους τομείς, όπως στους τομείς της φάρμακο-επαγρύπνησης, της ασφάλειας ιατρό-τεχνολογικών προϊόντων καθώς και της ασφάλειας και ποιότητας αίματος και προϊόντων αίματος, ανθρώπινων ιστών και κυττάρων. Εκτός από τη Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής 2008-2013, τις συστάσεις για την ασφάλεια του ασθενή καθώς και το σχέδιο οδηγίας για την εφαρμογή των δικαιωμάτων του ασθενή στην εκτός συνόρων φροντίδα υγείας, στις τρέχουσες ιδιαίτερες προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ανήκουν και οι

² <http://www.eunetpas-rals.eu/>

προτάσεις για την υγειονομική ασφάλεια των τροφίμων, του εργατικού δυναμικού, συμπεριλαμβανομένου και των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη.

Το αρχικό σχέδιο της οδηγίας για την εκτός συνόρων φροντίδα υγείας περιλάμβανε το άρθρο 5, κατά το οποίο θα έπρεπε τα κράτη μέλη να ορίσουν και να παρακολουθήσουν, την τήρηση των προτύπων για την ποιότητα και ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στο έδαφός τους. Αυτά τα πρότυπα, θα έπρεπε να είναι συνεπή με τη «διεθνή ιατρική επιστήμη και γενικά τις αναγνωρισμένες καλές ιατρικές πρακτικές». Ωστόσο λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών το άρθρο 5 σταδιακά καταργείται από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο^{3,4,5}.

2.2 Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης (European Committee for Standardisation)

Η συγκεκριμένη επιτροπή είναι η επίσημη επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την εναρμόνιση των προτύπων σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Ειδικά για τα ιατρικά μηχανήματα, έχουν καθιερωθεί ενιαία πρότυπα. Ωστόσο οι φορείς παροχής των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούν τα πρότυπα διοίκησης κατά ISO για να πιστοποιηθούν και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ως προς την ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών τους.

2.3 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization)

Το Ευρωπαϊκό τμήμα του WHO (European Regional Office EURO) προέκρινε το 2004 την ανάπτυξη εργαλείων Αξιολόγησης της Απόδοσης για τη Βελτίωση της Ποιότητας των Νοσοκομείων και την Ασφάλεια των ασθενών (2004)⁶.

³ European Commission. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013. COM(2007) 630 Final. Brussels, 2007; http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf.

⁴ Council of the European Union. Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. (2009/C 151/01) Luxembourg, 9 June 2009 <http://eurex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0001:0006:EN:PDF>.

⁵ European Parliament. Legislative resolution of 23 April 2009 on the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in crossborder healthcare. www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0286+0+DOC+XML+V0//EN&language=EN.

⁶ WHO. World Alliance for Patient Safety. <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>

2.4 Συμβούλιο της Ευρώπης (The Council of Europe)

Όπως και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έτσι και το Συμβούλιο της Ευρώπης, το 2006 εξέδωσε συστάσεις στα κράτη μέλη για τη διαχείριση της ασφάλειας του ασθενή και την πρόληψη ανεπιθύμητων συμβάντων στη φροντίδα υγείας⁷.

2.5 Πρότυπα Πιστοποίησης και Διαπίστευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Σύμφωνα με έρευνα που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση με τίτλο "External Peer Review Techniques" και υλοποιήθηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Τυποποίηση (International Organization for Standardization) οι Πιστοποιήσεις κατά ISO (ISO Certification) και οι Διαπιστεύσεις των Οργανισμών Υγείας (Organizational Accreditation) θεωρούνται από τα πλέον αξιόπιστα συστήματα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη (Shaw CD. 2000).

Πιο αναλυτικά:

⁷ Council of Europe. Recommendation (2006) 7 of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patients Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care. Strasbourg: CoE,2006.www.simpatie.org/Main/files/fsf1156232450/Recommendation_Rec_2006_7_Council_of_Europe_Final_EN.doc/download

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πιστοποίηση και διαπίστευση υπηρεσιών υγείας

3.1 Η πιστοποίηση κατά ISO

Με βάση τη σειρά του συγκεκριμένου προτύπου ISO, η πιστοποίηση εφαρμόζεται για τα νοσοκομεία ή πιο συχνά για τμήματα αυτών), και αξιολογείται από ανεξάρτητους φορείς σε εθνικό επίπεδο, οι οποίοι είναι διαπιστευμένοι από τον εθνικό τους φορέα διαπίστευσης. Οι πιστοποιήσεις αυτού του τύπου είναι προσβάσιμες και από άλλους διεθνείς ελεγκτικούς φορείς που ελέγχουν την αξιοπιστία των πιστοποιήσεων.

Η εφαρμογή ενός συστήματος ISO πραγματοποιείται στις περιπτώσεις όπου ένας οργανισμός:

(α) χρειάζεται να αποδείξει την ικανότητα του να παρέχει με συνέπεια υπηρεσία που θα ικανοποιεί τις απαιτήσεις των πελατών - χρηστών καθώς και τις εφαρμόσιμες κανονιστικές απαιτήσεις και

(β) σκοπεύει να αυξήσει την ικανοποίηση των πελατών - χρηστών μέσω της αποτελεσματικής εφαρμογής του συστήματος συμπεριλαμβανομένων των διεργασιών για τη διαρκή βελτίωση του συστήματος και την διασφάλιση της συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις των πελατών - χρηστών καθώς και τις εφαρμόσιμες κανονιστικές απαιτήσεις.

Το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008 αναπτύσσεται σε πέντε (5) κύρια κεφάλαια ως ακολούθως (Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης):

Κεφ. 4.0 Απαιτήσεις συστήματος διαχείρισης της ποιότητας

Κεφ. 5.0 Ευθύνη της Διοίκησης

Κεφ. 6.0 Διαχείριση πόρων

Κεφ. 7.0 Υλοποίηση προϊόντος – υπηρεσίας

Κεφ. 8.0 Μέτρηση, ανάλυση και παρακολούθηση

Το πρότυπο, παραθέτει συγκεκριμένες δραστηριότητες του οργανισμού για την αποτελεσματική εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, οι οποίες είναι ότι πρέπει να:

- ❑ Αναγνωρίζει τις διεργασίες που απαιτούνται για το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας σε όλη την έκταση του και αυτό αποτελεί καθήκον της Διοίκησης του οργανισμού.
- ❑ Προσδιορίζει τη σειρά και την αλληλοεπίδραση των διεργασιών αυτών.
- ❑ Καθορίζει κριτήρια και μεθόδους για την αποτελεσματική λειτουργία και έλεγχο των διεργασιών του.
- ❑ Εξασφαλίζει τη διαθεσιμότητα πόρων και πληροφοριών για την υποστήριξη της λειτουργίας και παρακολούθησης των διεργασιών.
- ❑ Παρακολουθεί, να μετρά και να αναλύει τις διεργασίες του.
- ❑ Εξασφαλίζει ότι επιτυγχάνονται τα καθορισμένα προσδοκώμενα αποτελέσματα των διεργασιών και οι διεργασίες αυτές συνεχώς βελτιώνονται.

Τα ανωτέρω δύναται να επιτευχθούν μόνο μέσω της συστηματικής και διορατικής διαχείρισης. Αποτελεί, επομένως, σκοπό της Διοίκησης ο καθορισμός και η προώθηση διεργασιών που ενσωματώνουν και προάγουν τη βελτίωση, τη συνεχή αξιολόγηση πληροφοριών και δεδομένων, την αυτό-αξιολόγηση και την ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος ποιότητας.

Η τεκμηρίωση δύναται να έχει έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή και η έκταση της εξαρτάται μεταξύ άλλων παραγόντων και από:

- ❑ το μέγεθος του Φορέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΦΠΥΥ)
- ❑ την πολυπλοκότητα και ποικιλομορφία των δραστηριοτήτων του και των διεργασιών του και την μεταξύ τους αλληλοεπίδραση.
- ❑ την ικανότητα του προσωπικού του.

Η τεκμηρίωση αυτή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει:

1. Τεκμηριωμένες δηλώσεις:

της πολιτικής για την ποιότητα και των αντικειμενικών σκοπών για την ποιότητα.

2. Ένα εγχειρίδιο ποιότητας.

3. Τεκμηριωμένες διαδικασίες, εκεί που απαιτούνται από το πρότυπο.

Ως διαδικασία θεωρείται η τεκμηριωμένη περιγραφή της υλοποίησης μιας δραστηριότητας ή μιας διεργασίας. Το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008 έχει μόνο έξι απαιτήσεις για διαδικασίες ως ακολούθως:

- παρ. 4.2.3 Έλεγχος Εγγράφων
- παρ. 4.2.4 Έλεγχος Αρχείων Ποιότητας
- παρ, 8.2.2 Εσωτερικές Επιθεωρήσεις
- παρ. 8.3 Έλεγχος Μη-Συμμορφούμενου Προϊόντος
- παρ. 8.5.2 Διορθωτικές Ενέργειες
- παρ. 8.5.3 Προληπτικές Ενέργειες

Το μέγεθος του οργανισμού και η πολυπλοκότητα των διεργασιών του, συνήθως καθορίζουν το πλήθος των τεκμηριωμένων διαδικασιών που απαιτούνται για την αποδοτική και αποτελεσματική του διαχείριση.

Σε κάθε περίπτωση ο οργανισμός θα πρέπει να παρέχει αντικειμενικές αποδείξεις, ότι το σύστημα εφαρμόζει την ποιότητα αποτελεσματικά, όπως απαιτεί το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008 στην παράγραφο 4.1, όπου περιγράφονται οι γενικές απαιτήσεις. Οδηγίες εργασίας δεν απαιτούνται από το πρότυπο.

4. Επιπλέον τεκμηρίωση που απαιτείται από τον οργανισμό για να εξασφαλίζει τον αποτελεσματικό σχεδιασμό, λειτουργία και έλεγχο των διεργασιών του. Η Διοίκηση του οργανισμού δύναται να «προσθέσει αξία» στο σύστημα ποιότητας, μέσω της χρήσης επιπλέον μορφών τεκμηρίωσης όπως:

- διαγράμματα ροής εργασιών
- οργανογράμματα
- προγράμματα υπηρεσίας
- διάφοροι κατάλογοι και πίνακες
- σχέδια ποιότητας.

Σε γενικές γραμμές, το Εγχειρίδιο Ποιότητας μπορεί να θεωρηθεί ως ένα έγγραφο που καθορίζει το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ενός οργανισμού και περιλαμβάνει:

- Το σκοπό του συστήματος και αιτιολογημένες εξαιρέσεις από τις απαιτήσεις του προτύπου ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008.

- ❑ Τις τεκμηριωμένες διαδικασίες.
- ❑ Την περιγραφή της αλληλοεπίδρασης μεταξύ των διεργασιών του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας.

Η μορφή, το μέγεθος και το περιεχόμενο του εγχειριδίου καθορίζονται από τον οργανισμό, βάσει της κουλτούρας, της πολυπλοκότητας και του μεγέθους του.

3.1.1 Δέσμευση της Διοίκησης

Η Διοίκηση του οργανισμού οφείλει να δεσμευτεί για την ανάπτυξη και την εφαρμογή του Συστήματος Διαχείρισης της ποιότητας και για τη διαρκή βελτίωση της αποτελεσματικότητας του. Παράλληλα θα πρέπει να εξασφαλίσει αντικειμενικές αποδείξεις για την κάλυψη της δέσμευσης της αυτής, αναπτύσσοντας και ακολουθώντας μία δέσμη ενεργειών η οποία περιλαμβάνει:

- ❑ την αποδεδειγμένη γνωστοποίηση, σε όλα τα επίπεδα, της σημασίας της κατανόησης και ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη-ασθενή, καθώς επίσης και αποδεδειγμένα τη γνώση και κάλυψη όλων των νομικών και κανονιστικών απαιτήσεων,
- ❑ την υιοθέτηση πολιτικής για την ποιότητα,
- ❑ την καθιέρωση αντικειμενικών σκοπών (στόχων) για την ποιότητα,
- ❑ την οργάνωση και διεξαγωγή ανασκοπήσεων και
- ❑ την εξασφάλιση της διαθεσιμότητας των αναγκαίων πόρων.

Η Διοίκηση του Οργανισμού οφείλει, σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, να δεσμευθεί για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας αλλά και για τη δημιουργία ενός μηχανισμού παρακολούθησης και ελέγχου, έτσι ώστε να οδηγείται προς τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας του. Η βελτίωση αυτή βασίζεται σε απόλυτα μετρήσιμα μεγέθη τα οποία θα πρέπει να οδηγούν τελικά στον αντικειμενικό σκοπό του Οργανισμού. Ο αντικειμενικός αυτός σκοπός τίθεται από τη Διοίκηση του Οργανισμού και αποτελεί τη βασική μέσο-μακροπρόθεσμη στρατηγική του.

3.1.2 Εστίαση στον Πελάτη - Χρήστη

Η Διοίκηση του Οργανισμού πρέπει να καθιερώσει, μέσω του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, τη μεθοδολογία με την οποία προσδιορίζονται και ικανοποιούνται οι απαιτήσεις του πελάτη-ασθενή με απώτερο σκοπό την αύξηση της ικανοποίησης του.

Η επιτυχία και η ανάπτυξη ενός οργανισμού εξαρτάται απόλυτα από την κατανόηση και ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των χρηστών του. Για το σκοπό αυτό ο οργανισμός θα πρέπει να επιλέξει και να καθορίσει το εύρος του χώρου και του πληθυσμού αναφοράς που απευθύνεται και στη συνέχεια να μεταφράσει τις ανάγκες και τις προσδοκίες σε απαιτήσεις, προδιαγραφές και τελικά σε παροχή υπηρεσίας υγείας.

3.1.3 Πολιτική για την Ποιότητα

Η Διοίκηση του Οργανισμού θα πρέπει να καθιερώσει μία Πολιτική για την Ποιότητα και να εξασφαλίσει ότι αυτή είναι και η ενδεδειγμένη για το σκοπό του. Η Πολιτική αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τη δέσμευση της για τη συμμόρφωση με απαιτήσεις, καθώς επίσης, και δέσμευση για προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας. Παράλληλα θα πρέπει να καθορίζεται το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα καθορίζονται και θα ανασκοπούνται οι τιθέμενοι αντικειμενικοί σκοποί για την ποιότητα. Η διοίκηση οφείλει να γνωστοποιήσει την Πολιτική της σε όλες τις βαθμίδες εντός του οργανισμού και να εξασφαλίσει ότι είναι κατανοητή.

Η Πολιτική αυτή δεν είναι τίποτε άλλο από γενικές οδηγίες οι οποίες θα διευκολύνουν τα διοικητικά στελέχη στη λήψη αποφάσεων. Για να είναι μία πολιτική αποτελεσματική, πρέπει να γίνει γνωστή σε όλους τους εμπλεκόμενους και όχι απλώς να αρχειοθετείται. Για τη γνωστοποίηση της, το γραπτό κείμενο συστήνεται ως το πιο κατάλληλο.

Στην Πολιτική Ποιότητας η διοίκηση του οργανισμού οφείλει να οριοθετήσει το πλαίσιο και το μηχανισμό μέσω του οποίου καθορίζονται, ελέγχονται και αξιολογούνται οι αντικειμενικοί σκοποί για την ποιότητα. Η επίτευξη των σκοπών αυτών θα πρέπει να οδηγεί το Σύστημα Διαχείρισης της Ποιότητας και κατ' επέκταση τον οργανισμό στο σύνολο του, σε συνεχή βελτίωση, για την οποία η Διοίκηση δεσμεύεται.

3.1.4 Αντικειμενικοί σκοποί για την Ποιότητα

Η Διοίκηση του Οργανισμού πρέπει να καθιερώσει μετρήσιμους αντικειμενικούς σκοπούς για την ποιότητα. Οι σκοποί αυτοί θα πρέπει να είναι συνεπείς και ευθυγραμμισμένοι με την Πολιτική για την Ποιότητα και να οδηγούν στη συνεχή βελτίωση.

Αντικειμενικοί σκοποί είναι οι στόχοι, οι επιθυμίες ή η αποστολή που πρέπει να πετύχει ένας οργανισμός για να επιβιώσει. Οι σκοποί αυτοί θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι προκειμένου να διευκολύνουν και να συντελέσουν σε μία αποδοτική και αποτελεσματική ανασκόπηση από τη διοίκηση.

Οι στόχοι ανάλογα με το χρονικό ορίζοντα που έχουν μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι (π.χ. έσοδα από ταμεία εντός τριμήνου), μεσοπρόθεσμοι (π.χ. μείωση μέσου όρου παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο) ή τέλος μακροπρόθεσμοι (π.χ. αύξηση ιατρικού προσωπικού ανά κλίνη). Η διοίκηση θα πρέπει να μελετήσει την υπάρχουσα κατάσταση και να προσδιορίσει τους κατάλληλους για τον οργανισμό στόχους οι οποίοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, επιτεύξιμοι και να οδηγούν τον οργανισμό σε συνεχή βελτίωση.

Αφού προσδιορισθούν οι στόχοι αυτοί, θα πρέπει να γνωστοποιηθούν εντός του οργανισμού και να ενημερωθούν όλοι όσοι συμμετέχουν στην προσπάθεια κάλυψής τους. Ενδεχομένως να απαιτηθεί ειδική εκπαίδευση σχετική με το μηχανισμό συλλογής στοιχείων και επεξεργασίας τους, γεγονός το οποίο θα πρέπει να προβλέψει η διοίκηση εξ' αρχής.

Τα επεξεργασμένα στοιχεία και τα αποτελέσματα θα πρέπει να ανασκοπούνται από τη Διοίκηση και να ελέγχεται κατά πόσον αυτά βρίσκονται κοντά στους καθορισμένους στόχους, έτσι ώστε να λαμβάνονται οι σχετικές διορθωτικές ενέργειες.

3.1.5 Σχεδιασμός του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας

Η Διοίκηση του ΦΠΥΥ οφείλει να κατευθύνει το σχεδιασμό του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας, ώστε να καλύπτονται οι γενικές απαιτήσεις του προτύπου (παρ. 4.1), καθώς επίσης και οι αντικειμενικοί σκοποί που έχουν τεθεί για την ποιότητα.

Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας πρέπει να περιλαμβάνει:

- ❑ τις διεργασίες που συντελούνται κατά τη λειτουργία του οργανισμού και σχετίζονται έμμεσα ή άμεσα με την ποιότητα,
- ❑ την αλληλοεπίδραση των διεργασιών αυτών,
- ❑ κριτήρια και μεθόδους που εξασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των διεργασιών και των ελέγχων,
- ❑ το μηχανισμό ο οποίος προσδιορίζει και εξασφαλίζει τη διαθεσιμότητα των πόρων και των πληροφοριών που απαιτούνται για το σύστημα,
- ❑ το μηχανισμό και τη μέθοδο εσωτερικού ελέγχου, παρακολούθησης και αξιολόγησης και τέλος,
- ❑ τις δράσεις που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων και για τη διαρκή βελτίωση των διεργασιών αυτών.

Κατά το σχεδιασμό του Συστήματος η Διοίκηση θα πρέπει να λάβει υπόψη μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι μπορεί να είναι:

- ❑ η στρατηγική και οι στόχοι του οργανισμού,
- ❑ οι καθορισμένες ή οι προβλεπόμενες ανάγκες και προσδοκίες των πελατών-χρηστών ή των άλλων ενδιαφερομένων μερών (συγγενείς ασθενών, εργαζόμενοι, συνδικάτα, κοινωνικό σύνολο κλπ),
- ❑ η αξιολόγηση του νομικού καθεστώτος και των κανονισμών και οι τυχόν περιορισμοί που θέτουν,
- ❑ ιστορικά στοιχεία και δεδομένα παροχής υπηρεσιών και διεργασιών,
- ❑ μεσο-μακροπρόθεσμες ευκαιρίες επέκτασης και ανάπτυξης.

Μετά την ολοκλήρωση του σχεδιασμού του συστήματος η διοίκηση θα πρέπει να το ανασκοπεί συστηματικά, έτσι ώστε να εξασφαλίσει τη συνεχή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα τόσο του συστήματος, όσο και του οργανισμού.

3.1.6 Διάθεση Πόρων

Οι βασικές ομάδες πόρων που θα πρέπει να παρέχει και να διαχειρίζεται ο Οργανισμός είναι: Οικονομικοί πόροι, Πληροφοριακές Πηγές, Υλικά και Προμηθευτές, Κτίρια, Εξοπλισμός και

άλλα περιουσιακά στοιχεία, Τεχνολογία, Άνθρωποι, Εκπαίδευση και Υποστηρικτικές Λειτουργίες.

Το Πρότυπο θεωρεί την ύπαρξη των απαραίτητων «πόρων και πληροφοριών», βασική προϋπόθεση για την τήρηση ενός αποτελεσματικού Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας.

Η Ανώτατη Διοίκηση του Οργανισμού θα πρέπει να προσδιορίσει έγκαιρα τους πόρους, που θεωρεί ως καθοριστικούς για την επίτευξη των επιχειρηματικών της στόχων με ζητούμενο πάντα την συνεχή ικανοποίηση του πελάτη-χρήστη και ταυτόχρονα την βελτίωση του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, που εφαρμόζει. Η αρχική εκτίμηση των αναγκών Οργανισμού μπορεί να τεκμηριωθεί σε ένα πρακτικό Διοικητικού Συμβουλίου, σε ένα Business Plan.

Οι πόροι που πρέπει να χρησιμοποιηθούν ώστε να εξασφαλιστεί η συνεχής βελτίωση των υπηρεσιών - διεργασιών του συστήματος διαχείρισης ποιότητας και η συνεχής ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη-ασθενή είναι οι εξής:

Οικονομικοί Πόροι: οι βασικοί οικονομικοί πόροι, που χρειάζεται ένας ΦΠΥΥ είναι οι βραχυπρόθεσμοι για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών του και αυτοί που ικανοποιούν επενδυτικά σχέδια του Οργανισμού και αποτελούν μακροχρόνιο κεφάλαιο του.

Πληροφορία: οποιαδήποτε πληροφορία, η οποία μπορεί να αφορά τον ΦΠΥΥ στο σύνολο του, τεχνικές, ανθρώπους, περιβάλλον και άλλες πληροφορίες που θεωρούνται απαραίτητες για την καθημερινή λειτουργία του Οργανισμού, αποτελεί πληροφοριακό πόρο.

Η τήρηση βιβλιοθήκης, η πρόσβαση στο διαδίκτυο και σε τράπεζες πληροφοριών, η συνδρομή σε περιοδικά και τέλος η εκπαίδευση αποτελούν καλές πρακτικές διάδοσης της πληροφορίας. Η εκπαίδευση και η συνεχής ενημέρωση των στελεχών ενός Οργανισμού αποτελεί βασική μέθοδο μεταβίβασης της πληροφορίας.

Υλικά και Προμηθευτές: ως προμηθευτές θεωρούνται όλοι αυτοί που παρέχουν προϊόντα, υπηρεσίες, γνώσεις, πληροφόρηση στον οργανισμό.

3.1.7 Ανθρώπινοι Πόροι

Ικανότητα: η κατοχή επαρκούς γνώσης και αντίληψης για την υλοποίηση συγκεκριμένων καθηκόντων.

Σε αυτή την παράγραφο, το Πρότυπο απαιτεί από τον Οργανισμό να εξασφαλίζει ότι το προσωπικό, που η εργασία του, έχει επίπτωση στην ποιότητα της υπηρεσίας, διαθέτει τα απαραίτητα προσόντα, πτυχία, πιστοποιητικά σπουδών, αλλά και τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά προκειμένου να υλοποιήσει την εργασία που του έχει ανατεθεί. Το προσωπικό θα κρίνεται βάσει της αρχικής του μόρφωσης, της συνεχούς εκπαίδευσης, που δέχεται σαν στέλεχος του ΦΠΥΥ, καθώς και της εμπειρίας του και των δεξιοτήτων του.

Το αποδοτικό προσωπικό είναι εξαιρετικά μεγάλο κεφάλαιο για έναν οργανισμό Υγείας. Οι τεκμηριωμένες διαδικασίες, ο υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμός, τα σύγχρονα εργαστήρια, αποκτούν αξία και αποδίδουν μόνο εάν υπάρχει το κατάλληλο προσωπικό να τα αξιοποιήσει.

Ένας οργανισμός μπορεί να αποκτήσει ικανό, αποδοτικό και ικανοποιημένο προσωπικό αν:

- ❑ Καθορίζονται οι υπευθυνότητες και οι αρμοδιότητες ενός στελέχους του οργανισμού ανάλογα με τα προσόντα του. Η επιλογή κατάλληλου ανθρώπου για την αντίστοιχη θέση είναι το πρώτο βήμα. Το δεύτερο είναι οι ξεκάθαρες αρμοδιότητες, ώστε να αποφεύγεται η αλληλοεπικάλυψη και η σύγχυση των υποχρεώσεων μεταξύ του προσωπικού. Το τρίτο βήμα είναι να δίνονται σε κάθε εργαζόμενο τα απαραίτητα εργαλεία προκειμένου να συνεχίζει να είναι ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση.
- ❑ Ανάπτυξη σχέσεων και σχεδιασμός της καριέρας και της εξέλιξης στελεχών.
- ❑ Περιλαμβάνει την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και άλλων δραστηριοτήτων που παρέχουν γνώση, αλλά και την βαθύτερη επίγνωση του αντικειμένου της εργασίας.
- ❑ Ο σαφής καθορισμός των στόχων που αποτελεί ένα μέσο ενθάρρυνσης των στελεχών στη λήψη αποφάσεων.
- ❑ Η ειλικρινής αναγνώριση και η επιβράβευση των στελεχών για την απόδοσή τους και το ενδιαφέρον τους είναι η πιο καλή πρακτική, ώστε να συνειδητοποιήσουν

τα στελέχη ότι η καλή λειτουργία του ΦΠΥΥ είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την προσωπική τους εξέλιξη.

- ❑ Παρότρυνση του προσωπικού στην καινοτομία. Η γνώση αποτελεί δύναμη στην εποχή μας και αμείβεται και οι οργανισμοί θα πρέπει να επενδύσουν σε αυτό.
- ❑ Ύπαρξη αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας. Το πνεύμα της ομαδικής εργασίας μπορεί να καλλιεργηθεί σε έναν οργανισμό αν το προσωπικό έχει πεισθεί ότι είναι το πιο συμφέρον για κάθε εργαζόμενο, αλλά και για τον οργανισμό στο σύνολο του.

3.1.8 Ενημέρωση και Εκπαίδευση

Ο Οργανισμός θα πρέπει να καθορίσει τα απαραίτητα στοιχεία, που κάνουν ένα άτομο «ικανό» για την στελέχωση μιας συγκεκριμένης θέσης εργασίας στην δομή του.

Οι ανάγκες εκπαίδευσης δύναται να εντοπιστούν βάσει Συστηματικού προγραμματισμού, ο οποίος πραγματοποιείται προκειμένου να υποστηρίξει την υλοποίηση των επιχειρηματικών στόχων.

Αυτός ο προγραμματισμός θα πρέπει να περιλαμβάνει:

Στόχοι/αντικείμενο της εκπαίδευσης. Ενδεχόμενοι στόχοι μιας εκπαίδευσης μπορεί να είναι: ο εμπλουτισμός της εμπειρίας και των γνώσεων των εργαζόμενων, η καλλιέργεια διευθυντικών δυνατοτήτων των στελεχών, η δημιουργία κλίματος ομαδικής δουλειάς η ανάπτυξη δυνατοτήτων επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων.

Πόροι που θα απαιτηθούν από τον οργανισμό. Χρήματα, χρόνος εισηγητών/ εκπαιδευτών (εάν είναι στελέχη του οργανισμού), χρόνος συμμετασχόντων.

Εσωτερική υποστήριξη, παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού, σε περίπτωση σεμιναρίου, παροχή κατάλληλου χώρου ή και εξοπλισμού, παροχή ηλεκτρονικού υπολογιστή σε υπό εκπαίδευση στέλεχος.

Οι οργανισμοί κάνουν μια αρχική εκτίμηση των αναγκών εκπαίδευσης στην αρχή της χρονιάς. Στην εκτίμηση αυτή περιλαμβάνονται και κάποιες εκπαιδεύσεις, που έχουν στόχο την διατήρηση της γνώσης σε προσωπικό που έχει ήδη εκπαιδευτεί. Τέτοια θέματα μπορεί να

είναι: η επανάληψη της ενημέρωσης σε διάφορα θέματα ή και σε θέματα που αφορούν το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας του οργανισμού.

Η συστηματική αξιολόγηση του προσωπικού βάσει της δουλειάς του για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα, η γραπτή αξιολόγηση των στελεχών, που έρχονται σε επαφή με τους πελάτες-ασθενείς όπως νοσηλευτές/ τριες, τμήμα κίνησης ασθενών, τμήμα υποδοχής ασθενών, μέσω ερωτηματολογίων, καθώς και η επίτευξη ή όχι των στόχων μπορούν να αποτελέσουν μεθόδους μέτρησης της « συνείδησης» του προσωπικού.

Τα αποτελέσματα της εκάστοτε αξιολόγησης κάθε στελέχους αποτυπώνονται σε μια μορφή διαγράμματος, ώστε ο οργανισμός να μπορεί να έχει την πορεία της εξέλιξης του κάθε εργαζομένου του.

Επίσης, θα πρέπει να διατηρείται σχετικό αρχείο για κάθε εργαζόμενο, του οποίου η δουλειά έχει αντίκτυπο στην ποιότητα υπηρεσίας, στο οποίο θα αποδεικνύεται η ικανότητα του να υλοποιήσει τις εργασίες που του έχουν ανατεθεί βάσει:

- ❑ της αρχικής του μόρφωσης όπως, πτυχία, πιστοποιητικά σπουδών, ξένες γλώσσες,
- ❑ συνεχούς εκπαίδευσης, καταγραφές σε έντυπο όλων των εκπαιδεύσεων, που δέχεται ο κάθε εργαζόμενος σαν στέλεχος του οργανισμού,
- ❑ εμπειρίας μέσω του βιογραφικού σημειώματος,
- ❑ ικανοτήτων, μέσω όλων των ανωτέρω συν τα αποτελέσματα της συστηματικής αξιολόγησης.

Η ύπαρξη αυτού του αρχείου βοηθά τον οργανισμό να γνωρίζει το επίπεδο των γνώσεων και των ικανοτήτων του προσωπικού του, ώστε να το αξιοποιήσει κατάλληλα και να κατακτήσει τους στόχους που έχει θέσει.

3.1.9 Υποδομή

Ο Οργανισμός πρέπει να προσδιορίζει, να παρέχει και να διατηρεί την απαραίτητη υποδομή, προκειμένου να επιτευχθεί η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις για την παροχή υπηρεσίας.

Είναι αντιληπτό ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την κατάλληλη και αποδοτική υλοποίηση μιας υπηρεσίας, συνιστά η διαθεσιμότητα της υποδομής εκείνης που επιτρέπει την ομαλή λειτουργία του οργανισμού.

Αν μη τι άλλο η υποδομή ενός Οργανισμού συνιστά τη βάση, την οποία θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει, προκειμένου να καταστεί δυνατή η υλοποίηση των απώτερων στόχων του

Σε γενικές γραμμές, ο όρος "υποδομή" περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, τα ακόλουθα :

- κτιριακές εγκαταστάσεις,
- χώρους εργασίας,
- αποθηκευτικούς χώρους,
- εργαλεία, μηχανήματα και άλλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό,
- όργανα, συσκευές και άλλο εξοπλισμό ποιοτικού ελέγχου,
- συστήματα πληροφορικής,
- συστήματα επικοινωνίας,
- μεταφορά, και
- άλλες υπηρεσίες υποστήριξης.

Ως υπηρεσίες υποστήριξης νοούνται οι υπηρεσίες εκείνες, οι οποίες σχετίζονται έμμεσα με την κύρια διαδικασία παροχής υπηρεσιών και έρχονται συμπληρωματικά να συμβάλλουν στην ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη-χρήστη. Για παράδειγμα, η μεταφορά των ασθενών στις εγκαταστάσεις του ΦΠΥΥ με τη χρήση του ΕΚΑΒ, η χρήση Η/Υ, κτλ.

Αναμφίβολα, ο προσδιορισμός των συνιστωσών για την εξασφάλιση της απαιτούμενης υποδομής αποτελεί, κατά κύριο λόγο, υπόθεση της Ανώτατης Διοίκησης, η οποία, για το σκοπό αυτό, θα πρέπει να λάβει υπόψη της τις ανάγκες και τις προσδοκίες του κοινού, στο οποίο απευθύνεται, είτε αυτό είναι αποκλειστικά οι πελάτες-ασθενής της (νυν ή/ και εν δυνάμει), είτε το κοινωνικό σύνολο ευρύτερα.

Το θέμα της παρεχόμενης από τον οργανισμό υποδομής, προϋποθέτει συνεχή αξιολόγηση της καταλληλότητας και επάρκειας αυτής, η οποία πραγματοποιείται λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους όπως:

- Τις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών-χρηστών του Οργανισμού.
- Την πολιτική του Οργανισμού.

- ❑ Τους αντικειμενικούς σκοπούς.
- ❑ Τυχόν απαιτήσεις ικανοποίησης και των άλλων ενδιαφερομένων μερών (οικογένειες ασθενών, κοινωνία, κτλ).

Για το λόγο αυτό, το θέμα της υποδομής, ως ένα από τα πιο καίρια για την επίτευξη της ομαλής λειτουργίας ενός Οργανισμού, θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο της ανασκόπησης από την Διοίκηση.

3.1.10 Σχεδιασμός Υλοποίησης της Υπηρεσίας

Ο Οργανισμός θα πρέπει να σχεδιάσει και να αναπτύξει τις διεργασίες που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο σχεδιασμός θα πρέπει να είναι συνεπής με τις απαιτήσεις των διεργασιών του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του διεθνούς προτύπου ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008.

Συγκεκριμένα, ο ΦΠΥΥ πρέπει να προσδιορίζει τα ακόλουθα:

- α) τους αντικειμενικούς σκοπούς για την ποιότητα και τις απαιτήσεις για την κάθε υπηρεσία ξεχωριστά,
- β) την ανάγκη καθιέρωσης διεργασιών, εγγράφων και διάθεσης πόρων, συγκεκριμένων για την υπηρεσία,
- γ) τις συγκεκριμένες για την υπηρεσία απαιτούμενες δραστηριότητες επαλήθευσης, επικύρωσης, παρακολούθησης, ελέγχου,
- δ) τα αρχεία που απαιτούνται για την παροχή αποδείξεων ότι οι διεργασίες υλοποίησης και η παρεχόμενη υπηρεσία ικανοποιούν απαιτήσεις.

Για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του Οργανισμού, η Διοίκηση θα πρέπει να διασφαλίσει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της διεργασίας που αφορά το σχεδιασμό της παρεχόμενης υπηρεσίας, με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιεί τις απαιτήσεις τόσο του πελάτη-ασθενή, όσο και των άλλων ενδιαφερομένων μερών. Ως ενδιαφερόμενα μέρη αναφέρουμε ενδεικτικά τις οικογένειες των ασθενών, εργαζομένους, προμηθευτές, τοπική κοινωνία και τη κοινωνία γενικότερα.

Σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008 ο Οργανισμός πρέπει να προσδιορίζει:

- ❑ τις απαιτήσεις του χρήστη συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας και υποστήριξης και μετά την νοσηλεία,
- ❑ απαιτήσεις που δεν προσδιορίζονται από τον πελάτη-χρήστη αλλά είναι
- ❑ απαραίτητες,
- ❑ νομοθετικές, κανονιστικές και τεχνικής φύσεως απαιτήσεις που σχετίζονται με την υπηρεσία υγείας.
- ❑ Όλες οι άλλες πρόσθετες απαιτήσεις που προσδιορίζονται από τον Οργανισμό. Ο ΦΠΥΥ πρέπει να έχει πλήρη επίγνωση για τις απαιτήσεις των πελατών-χρηστών του ή και των άλλων ενδιαφερομένων πλευρών πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε ενέργεια συμμόρφωσης. Η κατανόηση των απαιτήσεων του πελάτη-χρήστη και η επιρροή τους στην παρεχόμενη υπηρεσία υγείας πρέπει να είναι αποδεκτή από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.

Το πρότυπο ζητά από τον Οργανισμό να προσδιορίζει και να εφαρμόζει αποτελεσματικές διευθετήσεις όσον αφορά την επικοινωνία του με τον πελάτη-χρήστη με σκοπό να μεταδίδει τις πληροφορίες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και να χειρίζεται τα μηνύματα και τα παράπονα του πελάτη-χρήστη.

Ο Οργανισμός για να ικανοποιήσει τις παραπάνω αναφερόμενες απαιτήσεις του προτύπου πρέπει:

- ❑ να καθιερώσει πολιτική και σχετικές διαδικασίες επικοινωνίας με τον πελάτη-χρήστη και
- ❑ να προσδιορίζει αυτές τις απαιτήσεις επικοινωνίας, λαμβάνοντας υπόψη: πληροφορίες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, χειρισμό πληροφοριών και των τροποποιήσεων, παράπονα πελατών-χρηστών, ανακλήσεις υπηρεσιών, άλλες πληροφορίες από τους πελάτες-χρήστες.

Συνιστάται, ο ΦΠΥΥ να χρησιμοποιεί αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας με τον πελάτη-χρήστη αξιοποιώντας και τις τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα αυτό (π.χ. δίκτυο Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, Internet), ώστε να μπορέσει να βελτιστοποιήσει τις παραμέτρους που επηρεάζουν την ορθή και ταχεία μετάδοση των πληροφοριών από και προς τον πελάτη-χρήστη.

3.1.11 Ικανοποίηση του Πελάτη-Χρήστη

Μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για τη μέτρηση της επίδοσης του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, είναι η παρακολούθηση των πληροφοριών που σχετίζονται με την αντίληψη του πελάτη-χρήστη, όσον αφορά το βαθμό εκπλήρωσης των απαιτήσεων του.

Δεδομένου ότι ο λόγος ύπαρξης κάθε ΦΠΥΥ είναι άμεσα συνυφασμένος με τους χρήστες του, η γνώση και κατανόηση των τωρινών αλλά και μελλοντικών απαιτήσεων τους, καθώς και η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης αυτών των απαιτήσεων, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιβίωση και την επιτυχή πορεία του Οργανισμού.

Προκειμένου ο Οργανισμός να συλλέξει όλη την απαραίτητη πληροφόρηση, που σχετίζεται με την ικανοποίηση του πελάτη-χρήστη, θα πρέπει να καθορίσει και να εφαρμόσει κατάλληλες μεθόδους. Κάποιες από τις μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σκοπό αυτό είναι παθητικές και κάποιες ενεργητικές.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν εκείνες οι μέθοδοι που δεν απαιτούν την προσέγγιση των πελατών-χρηστών από τον Οργανισμό αλλά βασίζονται στην, με έμμεσο τρόπο, συγκέντρωση και αξιολόγηση πληροφοριών, όσον αφορά την ικανοποίηση των πελατών-χρηστών.

Παραδείγματα τέτοιων μεθόδων αποτελούν:

- Η καταγραφή και παρακολούθηση των παραπόνων πελατών-χρηστών.
- Η παρακολούθηση της επανάληψης των εισαγωγών των πελατών-ασθενών στο ΦΠΥΥ.
- Η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων ερευνών σχετικά με το μερίδιο του κοινωνικού συνόλου και τη θέση που κατέχει ο ΦΠΥΥ σε αυτό.
- Η παρακολούθηση αναφορών από συλλόγους ασθενών ή συγγενών αυτών ή και άλλα μέσα.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι μέθοδοι που απαιτούν την προσέγγιση των ασθενών από πλευράς του Οργανισμού, για τη συλλογή της σχετικής πληροφόρησης. Παραδείγματα ενεργητικών μεθόδων αποτελούν: α) Η αποστολή ερωτηματολογίου και β) Η τηλεφωνική επικοινωνία με τους πελάτες-χρήστες.

3.2 Διαπίστευση υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας

Ο όρος «διαπίστευση» είχε αρχικά εφαρμοστεί στο χώρο της υγείας για την αναγνώριση της εκπαίδευσης (εκπαιδευτές, εκπαιδευόμενοι ή περιβάλλοντα εκπαίδευσης). Αργότερα η Αμερικάνικη Ένωση (Κολλέγιο) Χειρουργών (American College of Surgeons), καθιέρωσε αυτό τον όρο γενικότερα σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας (κυρίως νοσοκομεία) και για την αναγνώριση των αρμόδιων αξιολογητών (ελεγκτές, εργαστήρια δοκιμών κλπ). Στο λεξιλόγιο του ISO, η διαπίστευση νοσοκομείου ονομάζεται πιστοποίηση. Είναι προφανές, ότι η διαφοροποίηση της ορολογίας από μόνη της προκαλεί σύγχυση.

Ο πιο αναγνωρισμένος σε διεθνές επίπεδο φορέας Διαπίστευσης είναι ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Στο βασικό εγχειρίδιο για τη διασφάλιση ποιότητας των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζεται, ότι η βελτίωση της ποιότητας της απόδοσης των νοσοκομείων γίνεται στη βάση εννέα δεικτών, ένας των οποίων είναι η ικανοποίηση ασθενών. Την τελευταία δεκαετία ο JHACO απαιτεί από τα νοσοκομεία, τους οργανισμούς παροχής μακροχρόνιας φροντίδας και τα δίκτυα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας να ενσωματώνουν στη διαδικασία πιστοποίησης συμπληρωματικούς δείκτες απόδοσης μέσω μιας διαρκούς διαδικασίας μετρήσεων.



Στη συνέχεια παρουσιάζονται βασικά τμήματα του προτύπου διασφάλισης ποιότητας σύμφωνα με την JCAHO.

Πιο συγκριμένα παρουσιάζονται τα εξής τμήματα:

Τμήμα Ι : Πρότυπα με επίκεντρο τον ασθενή:

Διεθνείς στόχοι ασφάλειας ασθενών:

Το κεφάλαιο αυτό απευθύνεται στους διεθνείς στόχους ασφάλειας ασθενών, όπως απαιτείται προς εφαρμογή από την 1η Ιανουαρίου 2011 από όλους τους οργανισμούς που έχουν διαπιστευτεί από την διεθνή μικτή επιτροπή υπό τα διεθνή πρότυπα για νοσοκομεία.

IPSG 1. Σωστός εντοπισμός ασθενών

IPSG 2. Βελτίωση αποτελεσματικής επικοινωνίας

IPSG 3. Βελτίωση ασφάλειας σε φαρμακευτικές αγωγές υψηλού κινδύνου

IPSG 4. Διασφάλιση σωστής θέσης, διαδικασίας, χειρουργικής επέμβασης

IPSG 5. Μείωση κινδύνου λοιμώξεων εμπλεκόμενων με την υγειονομική φροντίδα

IPSG 6. Μείωση κινδύνου βλάβης ασθενή προερχόμενη από πτώσεις

Πρόσβαση στην περίθαλψη και στην συνέχεια της φροντίδας:

ACC 1. Οι ασθενείς εισέρχονται για να λάβουν ενδονοσοκομειακή φροντίδα ή καταχωρούνται για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες με βάση τις προσδιορισμένες ανάγκες του για υγειονομική φροντίδα και την αποστολή και τους πόρους του οργανισμού.

ACC 1.1. Ο οργανισμός ακολουθεί μια διαδικασία για εισαγωγή ενδονοσοκομειακών και για καταχώρηση εξωνοσοκομειακών ασθενών.

ACC 1.1.1. Σε ασθενείς με αναδυόμενες, επείγουσες, ή άμεσες ανάγκες δίδεται προτεραιότητα για διάγνωση και θεραπεία.

ACC 1.1.2. Ανάγκες των ασθενών για υπηρεσίες πρόληψης, παρηγορητικής θεραπείας, θεραπείας και αποκατάστασης έχουν προτεραιότητα με βάση την κατάσταση του ασθενούς κατά την στιγμή της εισαγωγής ως εσωτερικός στον οργανισμό.

ACC 1.1.3. Ο οργανισμός επιλαμβάνεται των κλινικών αναγκών των ασθενών όταν υπάρχουν περίοδοι αναμονής ή καθυστερήσεις για διαγνωστικές και/ή υπηρεσίες αντιμετώπισης.

ACC 1.2. Κατά την εισαγωγή ως εσωτερικός, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την προτεινόμενη φροντίδα, τα αναμενόμενα αποτελέσματα της εν λόγω φροντίδας και κάθε αναμενόμενο κόστος αυτής.

ACC 1.3. Ο οργανισμός επιδιώκει να μειώσει σωματικά, γλωσσικά, πολιτισμικά και άλλα εμπόδια στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών.

ACC 1.4. Η εισαγωγή ή η μεταφορά προς ή από μονάδες που παρέχουν εντατικές ή εξειδικευμένες υπηρεσίες καθορίζεται από καθιερωμένα κριτήρια.

Συνέχεια της φροντίδας

ACC 2. Ο οργανισμός σχεδιάζει και εκτελεί διαδικασίες για να προωθήσει συνέχεια σε υπηρεσίες φροντίδας του ασθενή μέσα στον οργανισμό και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

ACC 2.1. Σε όλες τις φάσεις της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, υπάρχει μια κατάλληλη, ξεχωριστή, αναγνωρισμένη ως υπεύθυνη για την φροντίδα του ασθενή.

Αποδέσμευση, παραπομπή και παρακολούθηση

ACC 3. Υπάρχει μια πολιτική που καθοδηγεί την παραπομπή ή την αποδέσμευση των ασθενών.

ACC 3.1. Ο οργανισμός συνεργάζεται με επαγγελματίες υγείας εξωτερικούς παρόχους υπηρεσιών ώστε να διασφαλίσει έγκαιρη και κατάλληλη παραπομπή.

ACC 3.2. Τα κλινικά αρχεία των νοσηλευόμενων περιέχουν αντίγραφο περίληψης της αποδέσμευσης.

ACC 3.2.1. Η περίληψη αποδέσμευσης των νοσηλευόμενων είναι πλήρης.

ACC 3.3. Τα κλινικά αρχεία των εξωτερικών ασθενών που λαμβάνουν συνέχεια στην φροντίδα περιέχουν περίληψη όλων των γνωστών σημαντικών διαγνώσεων, αλλεργίες από φάρμακα, αξιόπιστες φαρμακευτικές αγωγές και όλες τις παρελθούσες χειρουργικές διαδικασίες και νοσηλείες.

ACC 3.4. Στους ασθενείς και όπως είναι φυσικό στους συγγενείς τους, δίδονται κατανοητές οδηγίες παρακολούθησης.

ACC 3.5. Ο οργανισμός τηρεί μια διαδικασία για την διαχείριση και παρακολούθηση των ασθενών που αποχωρούν χωρίς ιατρική συμβουλή.

ACC 4. Οι ασθενείς μεταφέρονται σε άλλους οργανισμούς με βάση την κατάσταση και την ανάγκη να λάβουν συνέχεια στην φροντίδα τους.

ACC 4.1. Ο αναφερόμενος οργανισμός καθορίζει ότι ο αποδεχόμενος τον ασθενή οργανισμός θα μπορέσει να καλύψει τις ανάγκες του ως προς την συνέχεια της φροντίδας.

ACC 4.2. Ο αποδεχόμενος τον ασθενή οργανισμός λαμβάνει μια γραπτή περίληψη της κλινικής κατάστασης του ασθενή και τις συστάσεις που προτείνονται από τον αναφερόμενο οργανισμό.

ACC 4.3. Κατά την διάρκεια της απευθείας μεταφοράς, ένα μέλος εξειδικευμένου προσωπικού, καταγράφει την κατάσταση του ασθενή.

ACC 4.4. Η διαδικασία της μεταφοράς καταγράφεται στο αρχείο το ασθενή.

ACC 5. Η διαδικασία παραπομπής, μεταφοράς ή αποχώρησης του ασθενούς, εσωτερικού και εξωτερικού, περιλαμβάνει σχεδιασμό που συνάδει με τις ανάγκες μεταφοράς του.

Δικαιώματα ασθενών και συγγενών:

PFR 1. Ο οργανισμός είναι υπεύθυνος για την προώθηση των διαδικασιών όπου υποστηρίζονται τα δικαιώματα των ασθενών και των συγγενών τους κατά την διάρκεια της φροντίδας.

PFR 1.1. Η φροντίδα παρέχεται με κατανόηση και σεβασμό στις προσωπικές αξίες και πιστεύω του ασθενή.

PFR 1.1.1. Ο οργανισμός έχει μια διαδικασία να ανταποκρίνεται στα αιτήματα του ασθενή και των συγγενών του για θρησκευτικά ζητήματα (ιερείς) ή παρόμοια αιτήματα σχετικά με τα πνευματικά και θρησκευτικά πιστεύω του ασθενή.

PFR 1.2. Η φροντίδα παρέχεται με σεβασμό στην ανάγκη του ασθενή για προστασία προσωπικών δεδομένων.

PFR 1.3. Ο οργανισμός παίρνει μέτρα για την προστασία των προσωπικών αντικειμένων τον ασθενή από απώλεια ή κλοπή.

PFR 1.4. Οι ασθενείς προστατεύονται από σωματική κακοποίηση.

PFR 1.5. Παιδιά, απομονωμένοι, ηλικιωμένοι και άλλες ομάδες πληθυσμού σε κίνδυνο λαμβάνουν κατάλληλη προστασία.

PFR 1.6. Οι πληροφορίες για τους ασθενείς είναι εμπιστευτικές.

PFR 2. Ο οργανισμός υποστηρίζει τα δικαιώματα των ασθενών και των συγγενών τους ώστε να συμμετέχουν στην διαδικασία φροντίδας.

PFR 2.1. Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, με τρόπο και γλώσσα που μπορούν να καταλάβουν, σχετικά με την διαδικασία για το πώς θα τους εξηγήσουν τις ιατρικές συνθήκες και κάθε επιβεβαιωμένη διάγνωση, πώς θα τους ενημερώσουν για την προγραμματισμένη φροντίδα και θεραπεία και πώς θα μπορούν να συμμετέχουν σε αποφάσεις για την φροντίδα, στο βαθμό που επιθυμούν να συμμετέχουν.

PFR 2.1.1. Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους σχετικά με το πώς θα τους ενημερώσουν για τα αποτελέσματα της φροντίδας και θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων και απροσδόκητων αποτελεσμάτων, καθώς και ποιος θα τους ενημερώσει.

PFR 2.2. Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους που αφορούν την άρνηση ή την διακοπή της θεραπείας.

PFR 2.3. Ο οργανισμός σέβεται τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις του ασθενή να παρακρατήσουν αναζωογονητικές υπηρεσίες και να παραιτηθούν ή να αποσυρθούν από θεραπείες διατήρησης στην ζωή.

PFR 2.4. Ο οργανισμός υποστηρίζει ότι δικαίωμα των ασθενών είναι η αποτελεσματική αξιολόγηση και η διαχείριση του πόνου.

PFR 2.5. Ο οργανισμός υποστηρίζει το δικαίωμα των ασθενών για παροχή παρηγορητικής και με σεβασμό φροντίδας στο τέλος της ζωή τους.

PFR 3. Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους σχετικά με την διαδικασία του να δέχεται και να ενεργεί όσον αφορά παράπονα, συγκρούσεις και διαφορές απόψεων σχετικά με την φροντίδα του ασθενή και το δικαίωμά του να συμμετέχει σε αυτές τις διαδικασίες.

PFR 4. Τα μέλη του προσωπικού είναι εκπαιδευμένα σχετικά με τους ρόλους τους στην αναγνώριση των αξιών και των πιστεύω των ασθενών και στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

PFR 5. Όλοι οι ασθενείς ενημερώνονται σχετικά με τα δικαιώματά και τις υποχρεώσεις τους με τρόπο και λόγο κατανοητό.

PFR 6. Η συγκατάθεση του ασθενή έπειτα από ενημέρωση, επιτυγχάνεται μέσω μιας διαδικασίας που ορίζεται από τον οργανισμό και διενεργείται από εκπαιδευμένο προσωπικό με τρόπο κατανοητό από τον ασθενή.

PFR 6.1. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους λαμβάνουν επαρκείς πληροφορίες για την ασθένεια, προτεινόμενη θεραπεία (ες) και επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης ώστε να μπορούν να παίρνουν αποφάσεις για την φροντίδα.

PFR 6.2. Ο οργανισμός καθιερώνει μια διαδικασία, στο πλαίσιο της ισχύουσας νομοθεσίας και πολιτισμού, στην περίπτωση που κάποιοι μπορούν να χορηγήσουν συναίνεση.

PFR 6.3. Η γενική συναίνεση για θεραπεία, εάν επιτυγχάνεται όταν ο ασθενής έχει εισαχθεί ως εσωτερικός ή έχει καταχωρηθεί για πρώτη φορά ως εξωτερικός, είναι σαφής ως προς το πεδίο εφαρμογής και τα όριά της.

PFR 6.4. Συναίνεση έπειτα από ενημέρωση, επιτυγχάνεται πριν από την επέμβαση, αναισθησία, χρήση του αίματος και των παραγώγων του και άλλων υψηλού κινδύνου θεραπείες και διαδικασίες.

PFR 6.4.1. Ο οργανισμός απαριθμεί τις κατηγορίες ή τα είδη των θεραπειών και διαδικασιών που απαιτούν συγκεκριμένη συγκατάθεση.

PFR 7. Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, σχετικά με το πώς θα αποκτήσουν πρόσβαση στην κλινική έρευνα ή σε κλινικές δοκιμές που αφορούν ανθρώπινα θέματα.

PFR 7.1. Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, σχετικά με το πώς οι ασθενείς που επιλέγουν να συμμετέχουν στην κλινική έρευνα ή σε κλινικές δοκιμές, προστατεύονται.

PFR 8. Η συναίνεση έπειτα από ενημέρωση επιτυγχάνεται πριν ο ασθενής συμμετάσχει σε κλινική έρευνα και δοκιμές.

PFR 9. Ο οργανισμός έχει μια επιτροπή ή έναν άλλο τρόπο να επιβλέπει όλες τις δραστηριότητες έρευνας που περιλαμβάνουν τον άνθρωπο.

PFR 10. Ο οργανισμός ενημερώνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους σχετικά με το πώς να επιλέγουν να δωρίσουν τα όργανά τους και άλλους ιστούς.

PFR 11. Ο οργανισμός παρέχει εποπτεία στην συγκομιδή και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών.

Τμήμα II : Πρότυπα διοίκησης οργανισμών υγειονομικής φροντίδας

- Βελτίωση ποιότητας και ασφάλεια ασθενών
- Πρόληψη και έλεγχος λοιμώξεων
- Διακυβέρνηση, ηγεσία και κατεύθυνση
- Διαχείριση εγκαταστάσεων και ασφάλεια
- Προσόντα προσωπικού και εκπαίδευση
- Διαχείριση επικοινωνιών και πληροφοριών

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Sunol R, et al. 2009), η διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας εγγυάται και διασφαλίζει σε μεγαλύτερο βαθμό την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και την ασφάλεια των ασθενών. Η ίδια έρευνα ανέδειξε επίσης την αναγκαιότητα πιστοποίησης κατά ISO κατά την πρώτη φάση της εφαρμογής ενός συστήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας για να ακολουθήσει στη συνέχεια η δεύτερη φάση, αυτή της διαπίστευσης.

Οι τρέχουσες προσπάθειες για την ανάπτυξη Ευρωπαϊκών Προτύπων ασφάλειας των ασθενών, καταλήγουν κατά κάποιο τρόπο στην επίτευξη πιο συγκρίσιμων αξιολογήσεων. Η ποιότητα όμως, στην υγειονομική φροντίδα είναι κάτι περισσότερο από αυτό. Αν και η ασφάλεια είναι ένα μεγάλο μέρος του στόχου της ποιότητας, δεν πρέπει να αποσπάται η προσοχή των Διευθυντικών στελεχών τους στους επιμέρους στόχους της ποιότητας, σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, την αποδοτικότητα, την κλινική αποτελεσματικότητα καθώς και με άλλες διαστάσεις απόδοσης. Όλα αυτά χρειάζονται βιώσιμες δομές και εσωτερικά συστήματα, σχεδιασμένα για σφαιρική και ολοκληρωμένη διαχείριση.

3.3 Καλές πρακτικές στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Αρκετά νοσοκομεία, στην Ευρώπη έχουν διαπιστευτεί από τον Joint Commission International (JCI) που είναι ο Ευρωπαϊκός τομέας του JCAHO. Σε ορισμένα κράτη της Ε.Ε όπως το Βέλγιο, η Σουηδία, η Ουγγαρία, η Ελλάδα, η Σλοβενία, η Αυστρία, δεν έχει ακόμα δημιουργηθεί ένα εθνικό πρόγραμμα αξιολόγησης και πιστοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, τόσο στην

Αυστρία όσο και το Βέλγιο, τα νοσοκομεία πιστοποιούνται από τον αντίστοιχο Εθνικό φορέα της Γερμανίας (KTQ), ή της Αυστρίας.

Επίσης ορισμένοι φορείς αξιολόγησης και πιστοποίησης, όπως είναι ο JCI, ο φορέας της Γαλλίας, Ιρλανδίας, Δανίας, Ολλανδίας της Μεγάλης Βρετανίας και της Γερμανίας είναι διαπιστευμένοι από την Διεθνή Ένωση για την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας (International Society for Quality in Healthcare -ISQua). Με τον τρόπο αυτό παρατηρείται τελικά σύγκλιση των προτύπων διαπίστευσης σε Ευρωπαϊκό επίπεδο με τα πρότυπα του JCAHO⁸.

Θα πρέπει να τονιστεί, ότι σε όλες της χώρες της Ε.Ε τα προγράμματα διαπίστευσης είναι εθελοντικού χαρακτήρα και αποτελούν συνέχεια και εξέλιξη των προγραμμάτων διαπίστευσης των ΗΠΑ, του Καναδά και της Αυστραλίας με τα οποία είναι συνδεδεμένα.

Ενδεικτικά παρουσιάζονται οι εξής αναγνωρισμένοι Εθνικοί Φορείς διαπίστευσης για την υπηρεσίες υγείας σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο:

- ❑ UK CHKS Healthcare Accreditation & Quality Unit www.chks.co.uk
- ❑ France Haut Autorite´ de Sante´ www.has-sante.fr
- ❑ Germany Transparenz und Qualita¨t im Gesundheitswesen www.ktq.de/
- ❑ Denmark Danish Healthcare Quality Programme www.ikas.dk
- ❑ Finland Social and Health Quality Service www.qualitor.fi
- ❑ Czech Republic Spojena´ akreditacˇni´ komise www.sakcr.cz
- ❑ Hungary Institute for Healthcare Quality Improvement www.emki.hu
- ❑ Ireland Health Information and Quality Authority www.hiqa.ie
- ❑ Lithuania Accreditation programme for health care institutions www.vaspvt.gov.lt
- ❑ Netherlands Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen www.niaz.nl/
- ❑ Poland Centrum Monitorowania Jakości www.cmj.pl/
- ❑ Switzerland SanaCERT Suisse www.sanacert.ch

Στη συνέχεια αναφέρεται ενδεικτικά η πολιτική που ακολουθείται από τον Φορέα Διαπίστευσης της Μεγάλης Βρετανίας, τον Healthcare Accreditation & Quality Unit (CHKS) και

⁸ International Society for Quality in Healthcare. International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation

της Γερμανίας, τον Germany Transparenz und Qualita"t im Gesundheitswesen (KTQ), οι οποίοι όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως είναι διαπιστευμένοι από τον ISQua:

Μεγάλη Βρετανία

Ο Φορέας Διαπίστευσης CHKS (Healthcare Accreditation & Quality Unit) παρέχει δύο στάδια διαπίστευσης στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως στα νοσοκομεία:

A. Πιστοποίηση κατά ISO 9001 για το οποίο έχει διαπιστευτεί από το UKAS (το αντίστοιχο ελληνικό ΕΣΥΔ).

B. Διαπίστευση με βάση τα δικά του πρότυπα, εξειδικευμένα στα νοσοκομεία με απαιτήσεις επιπλέον του ISO 9001 για τα οποία έχει διαπιστευτεί από τον ISQua.

Στα δύο αυτά στάδια οι έλεγχοι διενεργούνται από τον ίδιο τον CHKS ο οποίος απονέμει δύο πιστοποιητικά, το ISO 9001 αρχικά και το δικό του (CHKS) όταν το νοσοκομείο πληροί τις επιπλέον απαιτήσεις.

Γερμανία

Ο Φορέας Διαπίστευσης KTQ (Germany Transparenz und Qualita"t im Gesundheitswesen) έχει δημιουργήσει εξειδικευμένα πρότυπα για τα νοσοκομεία (και άλλους φορείς υπηρεσιών υγείας) που ενσωματώνουν τις απαιτήσεις του ISO 9001, αν και δεν διακρίνει τη διαπίστευση σε δύο στάδια.

Ο Φορέας αυτός δεν διενεργεί ο ίδιος τους ελέγχους στα νοσοκομεία αλλά διαπιστεύει τους φορείς που πιστοποιούν ISO 9001 ότι είναι ικανοί και αξιόπιστοι να πραγματοποιούν τους ελέγχους σύμφωνα με τα δικά του πρότυπα (του KTQ). Στη συνέχεια οι φορείς αυτοί διενεργούν τους ελέγχους στα νοσοκομεία. Επίσης η πολιτική τιμολόγησης των υπηρεσιών πιστοποίησης καθορίζεται από τον KTQ την οποία οι φορείς πιστοποίησης είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν. Στο πλαίσιο αυτό ο KTQ διατηρεί το μητρώο των αξιολογητών (με εξειδικευμένες απαιτήσεις) και οι φορείς πιστοποίησης είναι υποχρεωμένοι να επιλέγουν επιθεωρητές απ' αυτό το μητρώο. Με τον τρόπο αυτό διατηρεί υψηλό επίπεδο στις επιθεωρήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ολοκληρωμένη στρατηγική ποιότητας Six Sigma στην υγεία

4.1 Η έννοια του Six Sigma

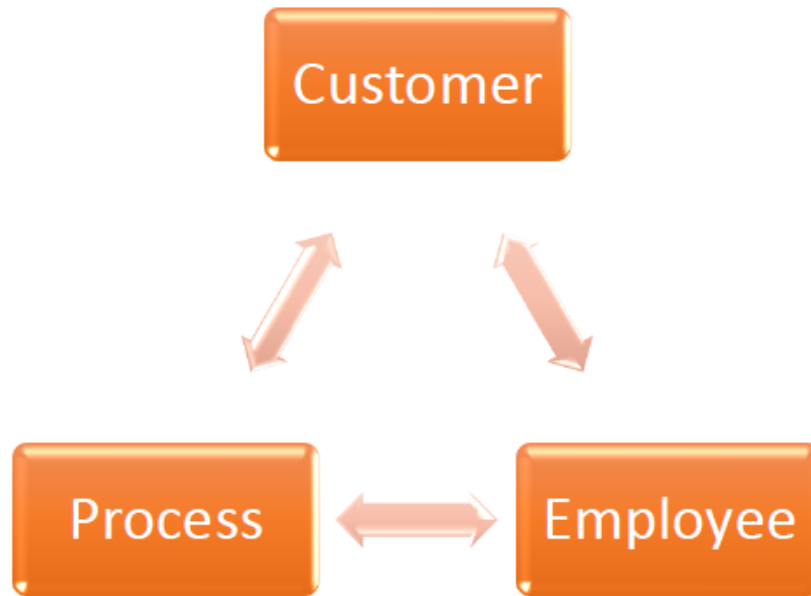
Ως «Six Sigma» αναφέρεται η ολοκληρωμένη στρατηγική ποιότητας πρόληψης και αποφυγή λάθους και ταυτόχρονης επιχειρησιακής ανάπτυξης διαδικασιών (Κουρδερά, 2013, Θεοδοσοπούλου, 2013). Ο όρος "Sigma" χρησιμοποιείται ως το γράμμα του ελληνικού αλφαβήτου, το οποίο δείχνει ότι η τυπική απόκλιση "σ" είναι η μεταβλητότητα μιας διαδικασίας ως προς τα λάθη. Ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στις έξι τυπικές αποκλίσεις από τον μέσο όρο της διαδικασίας. Στη λογική αυτή η πολιτική ποιότητας του '6σ έχει μετατραπεί σε μια ολοκληρωμένη τεχνική διαχείρισης και αποφυγής του λάθους, που οδηγεί στην καινοτομία υπηρεσιών και τη συνεχή βελτίωση». (Θεοδοσοπούλου, 2013; Desai & Shrivastava, 2008), (Brady & Allen, 2006; Κοπδεπά, 2013).

Σήμερα, το Six Sigma είναι μια μέθοδος ποιότητας παγκόσμιας κλάσης που εστιάζει σε τρία βασικά στοιχεία: **πελάτη, διαδικασία και υπάλληλος**, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα 2. . Ακριβώς, τα 6σ μπορούν να περιγραφούν ως: «δομές, μετρήσεις και ρόλοι» (Monteiro de Carvalho et al., 2014). Ειδικότερα, η 6σ πολιτική ποιότητας θεωρείται ως μια πελατοκεντρική φιλοσοφία, διότι μπορεί να καθορίσει πραγματικά την έννοια της ποιότητας και την ίδια στιγμή μπορεί να αναμένει κανείς την αξιοπιστία, ανταγωνιστικές τιμές, για την έγκαιρη παράδοση και σαφή επεξεργασίας συναλλαγών. Είναι σημαντικό για κάθε πτυχή της επιχείρησης να αναζητήσει θετικούς πελάτες, με σκοπό να καλύψουν ανάγκες και απαιτήσεις.

Επιπλέον, ολόκληρη η διαδικασία Six Sigma εξαρτάται από τη χρήση ακριβών στατιστικών ελέγχων. Ως εκ τούτου, χρησιμοποιεί αριθμούς για να καθορίσει την επιθυμητή κατάσταση των εξόδων, τις απαιτούμενες εισόδους και εάν η διαδικασία λειτουργεί όπως αναμένεται, καθώς και εάν υπάρχει η ευκαιρία να εντοπιστούν αδύναμες περιοχές μέσα σε μια διαδικασία και να προτείνουν τις κατάλληλες βελτιώσεις. Επιπλέον, το τελευταίο κρίσιμο στοιχείο που επηρεάζει το πρόγραμμα Six Sigma είναι η δέσμευση των εργαζομένων. Κάθε οργανισμός πρέπει να παρέχει ευκαιρίες και κίνητρα στους υπαλλήλους να αναπτύξουν τα

ταλέντα και τις δεξιότητές τους, καθώς και την ικανότητα ικανοποίησης των πελατών, ενώ ολόκληρο το προσωπικό πρέπει να έχει ένα σαφώς καθορισμένο ρόλο με μετρήσιμους στόχους.

Εικόνα 1. Βασικά στοιχεία Six Sigma



Η Six Sigma είναι μια ισχυρή προσέγγιση που έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερα εφαρμόσιμη στον τομέα της παραγωγής, αλλά δεν είχε γίνει πλήρως κατανοητή μέχρι να εφαρμοστεί στο σύνολο των διαδικασιών μιας εταιρείας. Επιπλέον, το κύριο χαρακτηριστικό της 6σ είναι η ελαχιστοποίηση των αποβλήτων και της αναποτελεσματικότητας, χρησιμοποιώντας μια ποικιλία αποδεδειγμένων, αξιόπιστων αλλά και σύγχρονων εργαλείων και τεχνικών από το πεδίο της διαχείρισης της συνολικής ποιότητας, των στατιστικών και της λήψης αποφάσεων (Biswas & Chowdhury, 2016; Μανωλάκης, 2013). Σε αντίθεση με τις ποιοτικές μεθοδολογίες που εστιάζουν στη διόρθωση προβλημάτων σε διάφορα στάδια εκτέλεσης μιας διαδικασίας, η Six Sigma είναι μια ολοκληρωμένη μελέτη που βασίζεται στη διαδικασία ανοικοδόμησης, έτσι ώστε να μην μπορούν να δημιουργηθούν ελαττώματα και σφάλματα. Ως εκ τούτου, η Six Sigma είναι μια επιχείρηση με δομημένη προσέγγιση πολυ- διαστάσεων που έχει ήδη μετατραπεί σε η εταιρεία που εστιάζει από το εσωτερικό προς το εξωτερικό, αλλάζει τον τρόπο

που οι managers λειτουργούν, εκπαιδεύει ηγέτες προς μια πραγματικά πελατοκεντρική οργάνωση. Επιπλέον, η υιοθέτηση της προσέγγισης της Six Sigma μπορεί να προσφέρει ριζικές αλλαγές στο επιχειρηματικό περιβάλλον, δεδομένου ότι συνδέεται με το σύνολο τακτικών δραστηριοτήτων μιας επιχείρησης. Η μέθοδος Six Sigma παρέχει ένα αποτελεσματικό πλαίσιο μάθησης για να καθοδηγήσει την απόκτηση γνώσεων και μια κοινή γλώσσα που επιτρέπει στους υπαλλήλους να επικοινωνούν καλύτερα και να επιτυγχάνουν στρατηγικούς στόχους (Swink & Jacobs, 2012). Η κύρια ιδέα πίσω από το Six Sigma είναι να υπολογίσουμε πόσα ελαττωματικά κομμάτια υπάρχουν στη διαδικασία, και ως αποτέλεσμα πώς να μειώσουμε τα ελαττώματα όσο το δυνατόν πιο κοντά στο μηδέν (Aboelmaged, 2010; Kumar et al., 2008).

4.2 Η εφαρμογή του Six Sigma στην Υγεία

Αναμφίβολα, υπάρχουν είναι πολλά εμπόδια και προκλήσεις που η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να εξετάσει πριν από την εφαρμογή και την ανάπτυξη της Six Sigma πολιτικής για την ποιότητα. Πρώτον, η βασική πρόκληση είναι η αρχική επένδυση στο 6σ ζωνών, καθώς επίσης και η δυσκολία να κατανοήσει τα δεδομένα ανάλυσης για τη διαδικασία απόδοσης (Antony et al., 2007, Gijo et al, 2013). Δεύτερον, η μη διαθεσιμότητα των δεδομένων σε νοσοκομεία μερικές φορές δεν δημιουργούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη μέτρηση των διαδικασιών. Τρίτον, την υγειονομική περίθαλψη δύσκολα εντοπίζει ελάττωμα ή σφάλματα. Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο είναι η παρουσίαση πιθανών συστάσεων χρησιμοποιώντας την απλή επιχειρηματική γλώσσα παρά τις στατιστικές προσεγγίσεις, ενώ είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε την ψυχολογία του προσωπικού. Αντιθέτως, ο Tucci δηλώνει ότι υπάρχουν επίσης μερικά πιθανά οφέλη από την εφαρμογή του Six Sigma σε νοσοκομεία, όπως (El-Banna, 2012; Gijo et al, 2013):

Μέτρηση της υγειονομικής περίθαλψης των επιδόσεων μέσω της χρήσης της στατιστικής ανάλυσης και ελέγχου υποθέσεων.

Δημιουργία κοινής ευθύνης για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Οι έρευνες των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δείχνουν ότι παρά το γεγονός ότι η εργασία τους παρέχει υψηλή ποιότητα στη φροντίδα των ασθενών, μερικές φορές αισθάνονται υποτιμημένοι.

Η δημιουργία ενός Six Sigma προγράμματος θα εμπλέξει περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας στην βελτίωση της διαδικασίας.

Αρχικά, τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης θα έχουν συνεχώς πολλές προτεραιότητες για να αντιμετωπίσουν. Ένα από αυτά είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας με τον πιο οικονομικό τρόπο. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας μπορεί να έχει διαφορετικές ερμηνείες, καθώς εκτείνεται από την ικανοποίηση μέχρι να την κλινική έκβαση του ασθενή. Ως εκ τούτου, σε αυτό το ανταγωνιστικό περιβάλλον, με γνώμονα την ποιότητα και το κόστος, η ιατρική περίθαλψη πρέπει να είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Ενώ άλλες παραδοσιακές πρωτοβουλίες ποιότητας, όπως TQM (Διοίκηση Ολικής Ποιότητας) ή CQI (Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας) περιλαμβάνουν τη χρήση των στατιστικών στοιχείων και τη συλλογή δεδομένων για τη μέτρηση και τη βελτίωση της ποιότητας, στοχεύοντας μόνο σε απλούστερη επιχειρησιακά θέματα, το 6σ έχει αποδειχθεί να είναι μια πελατοκεντρική προσέγγιση δεδομένων από εύρωστη μεθοδολογία για τη βελτίωση της διαδικασίας και τη μείωση του κόστους. Για παράδειγμα, σε ένα ιατρικό περιβάλλον, η καθαριότητα είναι ένα μέτρο της αποτελεσματικότητας της υπηρεσίας, ενώ ο χρόνος αναμονής των ασθενών στην αίθουσα έκτακτης ανάγκης είναι ένα μέτρο της αποτελεσματικότητας της υπηρεσίας (www.sixsigmaonline.org, 2016; Antony et al., 2007).

Παρ' όλα αυτά, η έννοια της πολιτικής για την ποιότητα Six Sigma όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται στην υγειονομική περίθαλψη με σκοπό τον επανασχεδιασμό της φροντίδας του ασθενή, καθώς και την εξάλειψη των ελαττωμάτων και διακυμάνσεων των διαδικασιών (Antony et al., 2007). Σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, ένα ελάττωμα ορίζεται ως ένας παράγοντας που οδηγεί σε δυσαρέσκεια του ασθενούς. Παραδείγματα ελαττωμάτων μπορεί να κυμαίνονται από λίστες αναμονής έως και εσφαλμένη διάγνωση ή θεραπεία (Chiarini, 2013)

Επιπλέον, το Six Sigma είναι το τέλειο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας για την υγειονομική περίθαλψη, καθώς παρέχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για εσωτερική εκπαίδευση και πιστοποίηση, ενώ καθορίζει μια συστηματική οργανωτική κουλτούρα. Επιπλέον, το Six Sigma θα είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση που διευκολύνει έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης να προσφέρει προηγμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς

τους, ενώ έχει αναγνωριστεί ως πολύτιμη μεθοδολογία για τη μείωση της πολυπλοκότητας της υγειονομικής περίθαλψης και την αύξηση της συμμόρφωσης (www.sixsigmaonline.org 2016). Στη υγειονομική περίθαλψη, η ποιότητα των υπηρεσιών συνδέονται με την ανθρώπινη πτυχή μιας διαδικασίας. Αν και είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν και να ελεγχθούν και οι δύο πτυχές, ο οργανισμός μπορεί να επιτύχει στρατηγικά επιχειρηματικά αποτελέσματα γρήγορα.

Ειδικότερα, η Six Sigma πολιτική ποιότητας επικεντρώνεται στην παροχή μιας συνολικής βελτίωσης και όχι στην επικέντρωση σε μια συγκεκριμένη εργασία, εφαρμόζοντας τα απαραίτητα εργαλεία και τις τεχνικές για τη μακροπρόθεσμη αξιολόγηση των επιδόσεων, ενώ επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αποδείξουν τις βελτιώσεις με βάση αντικειμενικά δεδομένα. Έτσι, το 6σ καθορίζει ένα όραμα για το μέλλον, διατυπώνοντας συγκεκριμένους στόχους και θέτοντας χρονοδιαγράμματα για τη μετάβαση από τα τρέχοντα επίπεδα απόδοσης σε επίπεδα επιδόσεων Six Sigma. Το Six Sigma προσφέρει εξοικονόμηση χρόνου και κόστους, διαχείριση εσόδων και ένα σύνολο δεικτών που αναγνωρίζουν τα αποτελέσματα των ασθενών και βελτιώνουν τα χαρακτηριστικά «κρίσιμης ποιότητας» που είναι ζωτικής σημασίας για τις προσδοκίες των ασθενών (Liberatore, 2013).

Τέλος, ένα επιτυχημένο πρόγραμμα Six Sigma εξαρτάται από το μακροπρόθεσμο όραμα, τη δέσμευση, την ηγεσία, τη διαχείριση και την κατάρτιση. Η παροχή της απαιτούμενης εκπαίδευσης σε γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό και τεχνικούς, καθώς και η ανάπτυξη ευαισθητοποίησης σχετικά με τις πολιτικές ποιότητας του Six Sigma θα συμβάλει σημαντικά στη δημιουργία μιας πορείας για βελτίωση της ποιότητας. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να καθιερωθεί μια τέτοια ποιοτική πρωτοβουλία, έτσι ώστε οι εργαζόμενοι να εμπλέκονται περισσότερο στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και να αναπτύσσουν τις προσωπικές τους δεξιότητες στις πρακτικές διαχείρισης έργων.

Μερικά παραδείγματα σωστής εφαρμογής της προσέγγισης Six Sigma θα ήταν ο χρόνος αναμονής του ασθενούς σε τμήματα έκτακτης ανάγκης, παραβατικά ιατρικά αρχεία, ανακριβή αποτελέσματα διαγνωστικών, διάρκεια παραμονής των ασθενών και σφάλματα φαρμάκων (Sabry, 2014). Λίγοι συγγραφείς έχουν αρχίσει να αναλύουν τις πιθανές δυσκολίες εφαρμογής του Six Sigma ως συνολικού κινήτρου στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Chiarini, 2013).

4.3 Ο ρόλος Six Sigma στη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς

Σήμερα, ο ρόλος του Six Sigma στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ σημαντικός επειδή η περίθαλψη των ασθενών είναι μια μεταβλητή που είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί, όπως και σε άλλες βιομηχανίες που βασίζονται στη διαδικασία. Η επιτυχία θα έρθει σίγουρα μόνο εάν η τεχνική στρατηγική Six Sigma συνδυαστεί με μια πολιτιστική στρατηγική που στοχεύει στην αλλαγή των τρόπων λειτουργίας του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι τέσσερις συνιστώσες που καθορίζουν το επίπεδο απόδοσης ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης είναι το **επίπεδο εξυπηρέτησης** (π.χ. αξιολόγηση, θεραπεία, διάθεση), **κόστος υπηρεσίας** (π.χ. κόστος ανά διαδικασία, παραγωγικότητα εργασίας), **ικανοποίηση πελατών** (π.χ. πελάτες και συνοδεία τους, προσωπικό στάση) και **κλινική αριστεία** (π.χ. οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή, τυπικές διαδικασίες για παρακολούθηση ασθενών) (El-Banna, 2012; Bandyopadhyay & Coppens, 2012).

Ωστόσο, σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης η βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα. Στο παρελθόν, όταν οι άνθρωποι χρειάζονταν ιατρική περίθαλψη, θα συνέχιζαν να χρησιμοποιούν τον ίδιο πάροχο, ακόμα κι αν ήταν δυσαρεστημένοι. Τώρα, ένας ασθενής μπορεί να λάβει περισσότερες πληροφορίες για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η ποιότητα της περίθαλψης είναι ένας κρίσιμος παράγοντας για να αποφασίσει ποιον πάροχο πρέπει να επιλέξει.

Την ίδια στιγμή πολλοί managers νοσοκομείων έχουν ήδη ξεκινήσει με τη χρήση σχόλιων και τις αντιλήψεις των ασθενών τους, ως βάση για την παροχή εξαιρετικής ποιότητας κινήτρων και τη συνεχή βελτίωση στην συνολική οργανωτική απόδοση (Bandyopadhyay & Coppens, 2012). Επιπλέον, ο Joseph και η Kristina αναφέρουν τρεις προτάσεις που οδηγούν στην ικανοποίηση των ασθενών από **την σκοπιά της αξιολόγησης του ασθενούς, την αύξηση των ασθενών τα αποτελέσματα και τη χρήση Six Sigma** (Sabry, 2014). Ανεξάρτητα από το ποια προσέγγιση ή προσεγγίσεις χρησιμοποιούνται, η υποστήριξη της διαχείρισης είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία των εν λόγω προγραμμάτων.

Η προοπτική του ασθενούς είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να μετρηθεί, καθώς δεν μπορεί να προβληθεί σαν βιομηχανικό προϊόν. Επομένως, υπάρχουν μόνο τρεις τρόποι

μέτρησης της προοπτικής του ασθενούς. Η πρώτη μέθοδος είναι να προσδιοριστούν οι επιθυμίες και οι προσδοκίες των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω ποιοτικών μέτρων, όπως ομάδες εστίασης συνεντεύξεις και έρευνες (Ofili, 2014). Η δεύτερη μέθοδος είναι να αξιολογήσει τις αντιλήψεις του ασθενή χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο έρευνας από τη μέτρηση του επιπέδου της ικανοποίησης για τις υπηρεσίες που λαμβάνει. Τέλος, η τελευταία μέθοδος είναι η μέτρηση των προοπτικών του ασθενούς μέσω αντικειμενικών παρατηρήσεων από τον ασθενή, όπως πόσες φορές είχαν δει γιατρό κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο ή πόσο καιρό περίμεναν στην αίθουσα αναμονής για να δουν γιατρός ((Bandyopadhyay & Coppens, 2012; Ofili, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η Σύνδεση των Υπηρεσιών υγείας με τα Συστήματα Ποιότητας

5.1 Η ποιότητα στην υγεία

Η ποιότητα τον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση απ' ότι στον χώρο της βιομηχανίας. Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και συνακόλουθα στον τρόπο επίτευξής της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ελαττωμάτων στη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού λάθους στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία. Ουσιαστικά υπάρχουν τρία επίπεδα ποιότητας Τούντας, 2008 για τα οποία γίνεται λόγος σήμερα. Αυτά τα επίπεδα είναι αθροιστικά, με τη δυσκολία στην επίτευξη της ποιότητας να αυξάνεται σε κάθε επίπεδο:

1. Ποιότητα συμμόρφωσης-συμμόρφωση με τις προδιαγραφές: η ύπαρξη ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που πληροί προκαθορισμένα πρότυπα.
2. Η ποιότητα απαιτήσεων- κάλυψη των συνολικών απαιτήσεων των πελατών: η ύπαρξη αντιλαμβανόμενων ιδιοτήτων μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος, οι οποίες καλύπτουν ή ξεπερνούν τις απαιτήσεις των πελατών.
3. Ποιότητα είδους-ποιότητα τόσο εξαιρετική που να ευχαριστεί των πελάτη: η ύπαρξη αντιλαμβανόμενων ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που να

ξεπερνά σημαντικά τις προσδοκίες των πελατών και με τον τρόπο αυτό να ευχαριστεί τον πελάτη με την αξία της. (Dumas et. all. 1987)

Ο Dagger et al. αναφέρει ότι οι κύριοι παράγοντες αλληλεπιδράσεων για την αντίληψη της ποιότητας από τους ασθενείς είναι:

A) Διαπροσωπική Ποιότητα

Οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ του ασθενή και του παρόχου των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι τρόποι, η επικοινωνία και η σχέση. Όσον αφορά τους τρόπους αναφέρεται στην στάση και στην συμπεριφορά του παρόχου απέναντι στον ασθενή. Η επικοινωνία αναφέρεται στις πληροφορίες που παρέχει ο πάροχος των υγειονομικών υπηρεσιών στον ασθενή και στην αμφίδρομη και εύκολη επικοινωνία μεταξύ των δυο. Τέλος, η σχέση αναφέρεται ως η στενή και έμπιστη σχέση μεταξύ του παρόχου και του ασθενή.

B) Τεχνική Ποιότητα

Η τεχνική ποιότητα αποτελείται από δυο υποκατηγορίες αξιολόγησης: α) την εξειδίκευση και το αποτέλεσμα. Η εξειδίκευση αναφέρεται στις γνώσεις, στα προσόντα και στην επιδεξιότητα του παρόχου, γενικά δηλαδή στην ικανότητα του παρόχου να παρέχει εξειδίκευση στον ασθενή σε υψηλά επίπεδα. Το αποτέλεσμα αναφέρεται όχι στο κλινικό αποτέλεσμα δηλαδή στη θεραπεία του ασθενή ή στην μείωση του πόνου αυτού, όσο στο αντιλαμβανόμενο από τον ασθενή αποτέλεσμα, αυτό που ο ίδιος αισθάνθηκε.

Γ) Περιβαλλοντική Ποιότητα

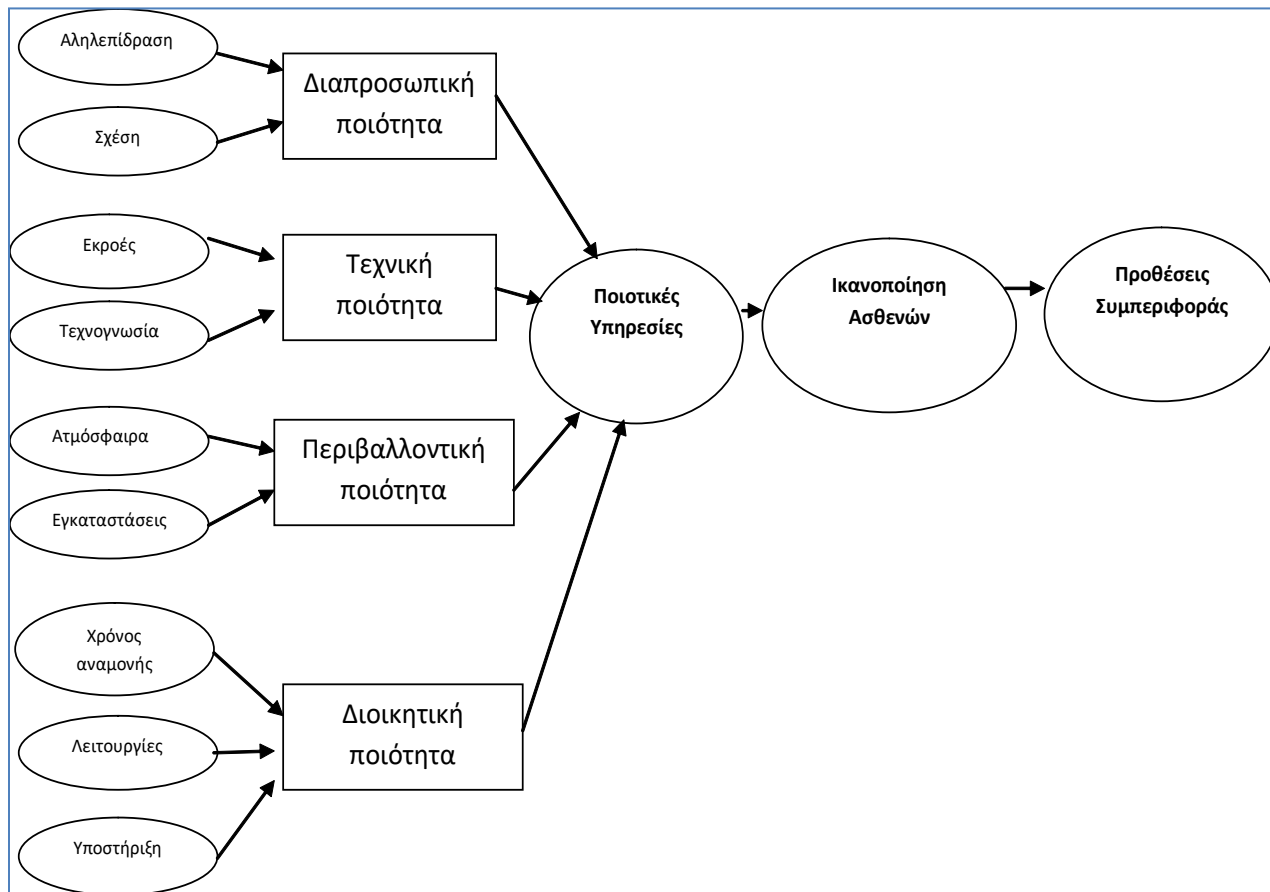
Η περιβαλλοντική ποιότητα κατηγοριοποιείται σε α) ατμόσφαιρα και β) εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, η ατμόσφαιρα του νοσοκομείου / οργανισμού εάν είναι φιλική, ευχάριστη, ζεστή και οι εγκαταστάσεις εάν είναι οργανωμένες και με πινακίδες.

Δ) Διοικητική Ποιότητα

Τέλος, η διοικητική ποιότητα χωρίζεται σε τρεις παράγοντες: α) ο χρόνος αναμονής, β) οι λειτουργίες και γ) η υποστήριξη. Συγκεκριμένα, ο χρόνος αναμονής αναφέρεται κυρίως στο κλείσιμο της συνάντησης με τον ιατρό (τηλεφωνικό κέντρο) και στην τήρηση της συνάντησης ραντεβού με τον ιατρό. Οι λειτουργίες αντιπροσωπεύουν την οργάνωση του τμήματος της γραμματείας και την συνεργασία αυτής τόσο με τους ασθενείς, όσο και το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου. Η υποστήριξη του ασθενή συνδέεται με την επιπλέον φροντίδα

έπειτα από την έξοδο του από το νοσοκομείο δηλαδή συμβουλές, οδηγίες τρόπου ζωής και διατροφής.

Σχήμα 5-1 Παράγοντες που επηρεάζουν ικανοποίηση των ασθενών / καταναλωτών καθώς και την επιλογή του φορέα παροχής υπηρεσιών



5.2 Η ποιότητα ως αντίληψη των ασθενών

Σύμφωνα με τους (Jackie et al 2004) η ικανοποίηση των ασθενών/ καταναλωτών συνδέεται άμεσα με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, η ποιότητα των υπηρεσιών θα μπορούσε να καθοριστεί και να μετρηθεί με βάση την άποψη των ασθενών / καταναλωτών, δηλαδή την υποκειμενική τους γνώμη μεταξύ των υπηρεσιών που προσδοκούσαν και αυτών που εν τέλει έλαβαν. Ωστόσο, οι (Parasuraman et al. 1994) θεωρούν ότι οι προσδοκίες του ασθενή / καταναλωτή θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες για την οργάνωση μιας πολιτικής και την προσοχή τρωτών σημείων στις υπηρεσίες που απαιτούν βελτίωση.

Ειδικότερα:

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται θετικά από την αντιλαμβανόμενη αξία. Η αντιλαμβανόμενη αξία αποτελεί μια σύνδεση μεταξύ του τιμήματος που ο ασθενής / καταναλωτής δίνει και των υπηρεσιών που τελικά λαμβάνει. Το τίμημα που ο ασθενής / καταναλωτής δίνει μπορεί να είναι είτε χρηματικό είτε σωματικό, ψυχικό προκειμένου να λάβει τις υπηρεσίες.

Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών για κάποιους ερευνητές ορίζεται η ποιότητα που αντιλαμβάνεται ο χρήστης των υπηρεσιών μετά τη χρήση της υπηρεσίας (Anderson, E. and Sullivan, M. 1993), ενώ για άλλους την επερχόμενη-προσδοκώμενη ικανοποίηση (Bolton, R. and Drew, J. 1991). Έτσι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών είναι ένας πολυδιάστατος όρος. Γενικά όμως εάν ο ασθενής / καταναλωτής έχει λάβει ποιοτικές υπηρεσίες σε υψηλό επίπεδο, τότε και η ικανοποίηση τους από τις εν λόγω υπηρεσίες είναι υψηλή καθώς και η αντιλαμβανόμενη αξία.

Η συμπεριφορά του ασθενή / καταναλωτή πριν την επιλογή των υπηρεσιών επηρεάζεται από όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες.

Σύμφωνα με το Σχήμα 5-2 η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών επηρεάζει θετικά τόσο την αντιλαμβανόμενη αξία, όσο και την ικανοποίηση. Το αντιλαμβανόμενο χρηματικό κόστος όπως και το κόστος σε χρόνο ή σωματικό επηρεάζουν αρνητικά την αντιλαμβανόμενη αξία. Με την σειρά της, η αντιλαμβανόμενη αξία επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση καθώς και την συμπεριφορά του ασθενή / καταναλωτή πριν την επιλογή του φορέα παροχής υπηρεσιών. Τέλος η ικανοποίηση επηρεάζει θετικά την συμπεριφορά πριν την επιλογή του φορέα.

Γενικά:

- ❑ Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα είναι η υποκειμενική γνώμη του ασθενή / καταναλωτή σχετικά με την ποιότητα που λαμβάνει από το προϊόν που επέλεξε ή τις υπηρεσίες. Αυτή επηρεάζει άμεσα και την ικανοποίηση του ασθενή / καταναλωτή.
- ❑ Το αντιλαμβανόμενο χρηματικό κόστος είναι πόσα ο ασθενής / καταναλωτής ξόδεψε προκειμένου να αγοράσει αυτό το προϊόν ή την υπηρεσία.

- Το αντιλαμβανόμενο κόστος σε χρόνο είναι ο χρόνος που έχασε μέχρι να λάβει το προϊόν ή τις υπηρεσίες, το χρηματικό ίσως κόστος από αυτήν την αναμονή (απώλεια παραγωγικότητας), την σωματική και ψυχική κούραση.

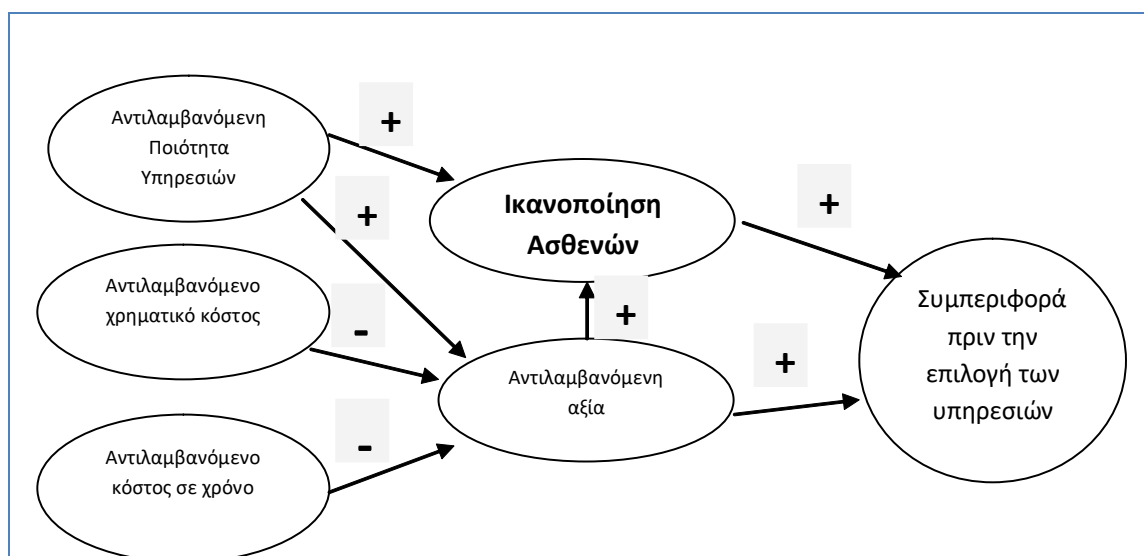
Όλα τα παραπάνω συνθέτουν την αντιλαμβανόμενη αξία.

- Εν συνεχεία, η αντιλαμβανόμενη αξία επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση, αλλά και την επιλογή του προϊόντος ή των υπηρεσιών.

Όλα τα παραπάνω συνθέτουν την ικανοποίηση.

Τέλος, η επιλογή του προϊόντος ή των υπηρεσιών αποτελεί μια πολυσύνθετη διαδικασία με παράγοντες που αλληλεπιδρούν θετικά και αρνητικά μεταξύ τους.

Σχήμα 5-2 Παράγοντες Αλληλεπίδρασης στην επιλογή του προϊόντος ή των υπηρεσιών.



Συνθέτοντας την προηγηθείσα ανάλυση με το ευρύτερο σημερινό μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον, με τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις, τις ραγδαίες και έντονες μεταβαλλόμενες ανάγκες των πελατών-χρηστών, την παγκοσμιοποίηση, τις νέες τεχνολογίες και τη χαοτική ροή των πληροφοριών, οι υπηρεσίες υγείας καλούνται να μεταβούν σε μια διαρκή μεταρρυθμιστική πορεία με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικές παροχές ώστε να επιτύχουν όχι μόνο την κάλυψη των αναγκών του υγειονομικού πληθυσμού αλλά και την ικανοποίηση των προσδοκιών, αναγκών, εμπειριών και στάσεων των χρηστών.

Αναφορικά με τις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες, αυτές οφείλουν να προετοιμάζονται να λειτουργήσουν στις νέες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες διότι όπως, η συντριπτική

πλειοψηφία των δεδομένων καταδεικνύει, σε **συνθήκες ύφεσης**, όπως αυτές που βιώνει η χώρα τα τελευταία χρόνια, η νοσηρότητα αυξάνει ως συνέπεια της ανεργίας, της υποαπασχόλησης, της εργασιακής επισφάλειας και της φτώχειας. Η ζήτηση για δημόσιες, δωρεάν υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα πρωτοβάθμιας φροντίδας, αυξάνει και αυτή εκθετικά, ακολουθώντας τη μείωση του εισοδήματος και την απώλεια των ασφαλιστικών καλύψεων των νοικοκυριών. (Μπένος Α., 2012).

Στο πλαίσιο ενός διεθνώς ολοένα αυξανόμενου ανταγωνισμού στο χώρο της υγείας, με τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των πολιτών, οι δημόσιες υπηρεσίες θα πρέπει να ανταποκριθούν σε δύο ερωτήματα που έθεσε ο Schein. (Schein E., 2004):

- ❑ Της επιβίωσης, επέκτασης και προσαρμογής στο μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον &
- ❑ Της εσωτερικής ολοκλήρωσης που θα επιτρέπει επιτυχή καθημερινή λειτουργία και μάθηση.

Η **μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών** αποτελεί το μοναδικό τρόπο άντλησης των αναγκαίων πληροφοριών σχετικά με τις προσδοκίες, ανάγκες, εμπειρίες και στάσεις των χρηστών απέναντι στις υπηρεσίες υγείας ώστε να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία αυτά προς όφελος των οργανισμών υγείας, (Παπανικολάου Β., 2007) για να επιτευχθεί πρώτον, η επιβίωση τους δεύτερον, η συντονισμένη και επιτυχημένη καθημερινή λειτουργία τους και τρίτον, η συνεχής μάθηση και αλλαγή κουλτούρας προς έναν οργανισμό υψηλής ποιότητας που θα καλύπτει τις προσδοκίες των ασθενών.

Η κάλυψη των προσδοκιών των ασθενών θα επιφέρει πρώτον, υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη για τους ασθενείς και δεύτερον, διευκόλυνση του έργου των επαγγελματιών υγείας. (Σιγάλας Ι. 1999).

Μελέτες, σε διεθνές επίπεδο, υποστηρίζουν την ως άνω θεωρία και θεωρούν την **έμπρακτη συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων** για το ποιες υπηρεσίες πρέπει να τους προσφερθούν ως αναγκαία. Οι Horner L., Hazel L., (2005), θεωρούν τους πολίτες ως «μετόχους» που αποφασίζουν πως οι φόροι τους μπορούν να δαπανηθούν. Η αξία μπορεί να δημιουργηθεί μέσω της βελτίωσης της οικονομικής ευημερίας, της βελτίωσης της κοινωνικής

συνοχής ή της πολιτιστικής ανάπτυξης. Η αξία (οι καλύτερες υπηρεσίες, η ενισχυμένη εμπιστοσύνη, η μείωση των κοινωνικών προβλημάτων ή η αποφυγή αυτών) προσδιορίζεται από τον πολίτη. Οι πολίτες το επιτυγχάνουν, μέσω της δημοκρατικής διαδικασίας, όχι μόνο μέσω της ψήφου, αλλά μέσω της συμμετοχής τους στις **διαβουλεύσεις** και στις **έρευνες**.

Η έννοια της συμπαραγωγής των υπηρεσιών είναι συμβατή με την εστίαση στην παραγωγή των σχέσεων υψηλής εμπιστοσύνης με τους χρήστες υπηρεσιών. Η προσέγγιση της δημόσιας αξίας εστιάζει στην **ευθύνη του κοινού** ώστε οι ίδιοι να συμβάλουν σε αυτό που θεωρείται «πολύτιμο». Στην ουσία είναι **συν-διαμορφωτές** της δημόσιας πολιτικής και επιχειρηματικότητας.

Οι Alford J., O'Flynn J., (2008) θεωρούν ότι η δημόσια αξία δίνει έμφαση στο τι πιστεύουν οι άνθρωποι ότι είναι αξία. Σημαίνει μια ενεργή αίσθηση της προστιθέμενης αξίας, παρά μια παθητική αίσθηση της προστασίας των ενδιαφερομένων. Η δημόσια αξία είναι μια περιεκτική προσέγγιση στην αντίληψη για τη δημόσια διαχείριση και για τη συνεχή βελτίωση των δημοσίων υπηρεσιών. (Constable S., et al 2008).

Η δημόσια αξία στηρίζεται στην πολιτική έκφραση των συλλογικά καθορισμένων προτιμήσεων, δηλαδή σε αυτό που το σύνολο των πολιτών καθορίζει ποια αξία είναι πολύτιμη ή όχι (Alford 2002, Kelly et al, 2002, Moore 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης των ασθενών

6.1 Σχέδιο Μέτρησης της Ικανοποίησης

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στην αποφυγή επαναλαμβανόμενων λαθών και στην εφαρμογή νέων και αποτελεσματικότερων μεθόδων παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης, μέσω της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μπορούμε να δούμε εάν πράγματι αυτοί που συμβάλλουν στην παροχή των υπηρεσιών έχουν καταφέρει να καλύψουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών. Είναι μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας δημιουργώντας προϋποθέσεις για τον σχεδιασμό και κατά συνέπεια την εφαρμογή μιας πολιτικής-σχεδιασμού υγείας του οργανισμού.

Ωστόσο για την μέτρηση της ικανοποίησης ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντες προκειμένου να επιτευχθούν οι ανώτεροι στόχοι είναι η διαδικασία της μέτρησης να έχει οργανωθεί με αποτελεσματικότητα εξ' αρχής και οι στόχοι αυτής να έχουν καθοριστεί με σαφήνεια. Μέσα από ερωτήσεις θα πρέπει α) να διασαφηνιστεί ο λόγος για τον οποίον πρόκειται να πραγματοποιηθεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, β) η διαθεσιμότητα για την έρευνα, γ) τέλος, με βάση το στόχο της αξιολόγησης (π.χ. αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, νοσηλευτικής φροντίδας, ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός ή κάτι πιο εξειδικευμένο) θα πρέπει να κατασκευασθεί το ερωτηματολόγιο, να αποφασιστεί ο πληθυσμός αναφοράς στον οποίον θα πραγματοποιηθεί καθώς και ο τρόπος συλλογής (μεθοδολογία)⁹.

Ειδικότερα:

A) Στόχος - Κύριος Λόγος Μελέτης

- ❑ Γιατί πρέπει να μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών; => Ορισμός πρωτεύοντος στόχου για την μέτρηση.

⁹ Measurement of Patient Satisfaction Guidelines Health Strategy Implementation Project 2003

- ❑ Ποίες διαστάσεις της ποιότητας επρόκειτο να μετρηθούν; => Περιγραφή των διαστάσεων που θα μετρηθούν.
- ❑ Τι αλλαγή/ διαφορά επρόκειτο να επιφέρει η μέτρηση της ικανοποίησης; => Προσδιορισμός της χρησιμότητας που επιφέρει η μέτρηση.
- ❑ Ποίες θα είναι οι δεσμεύσεις της διοίκησης και του προσωπικού έπειτα από τα αποτελέσματα; => Καθορισμός των δεσμεύσεων από τον οργανισμό (π.χ. νοσοκομείο) οι οποίοι να βασίζονται σε πραγματοποιήσιμα δεδομένα και πόρους.
- ❑ Με ποίο τρόπο οι απαντήσεις των ασθενών που θα συμμετέχουν στην μελέτη θα ληφθούν υπ' όψιν; => Επιβεβαίωση ότι τα αποτελέσματα της μελέτης θα επιφέρουν την βελτίωση και θα πραγματοποιηθεί ανατροφοδότηση.
- ❑ Υπάρχει αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο παρελθόν στον εν λόγω οργανισμό, η οποία να μην επέφερε βελτίωση, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την άποψη του ασθενή στην παρούσα μελέτη; => Διερεύνηση προηγούμενης μελέτης και λόγοι μη πραγματοποίησης των αποτελεσμάτων αυτής.

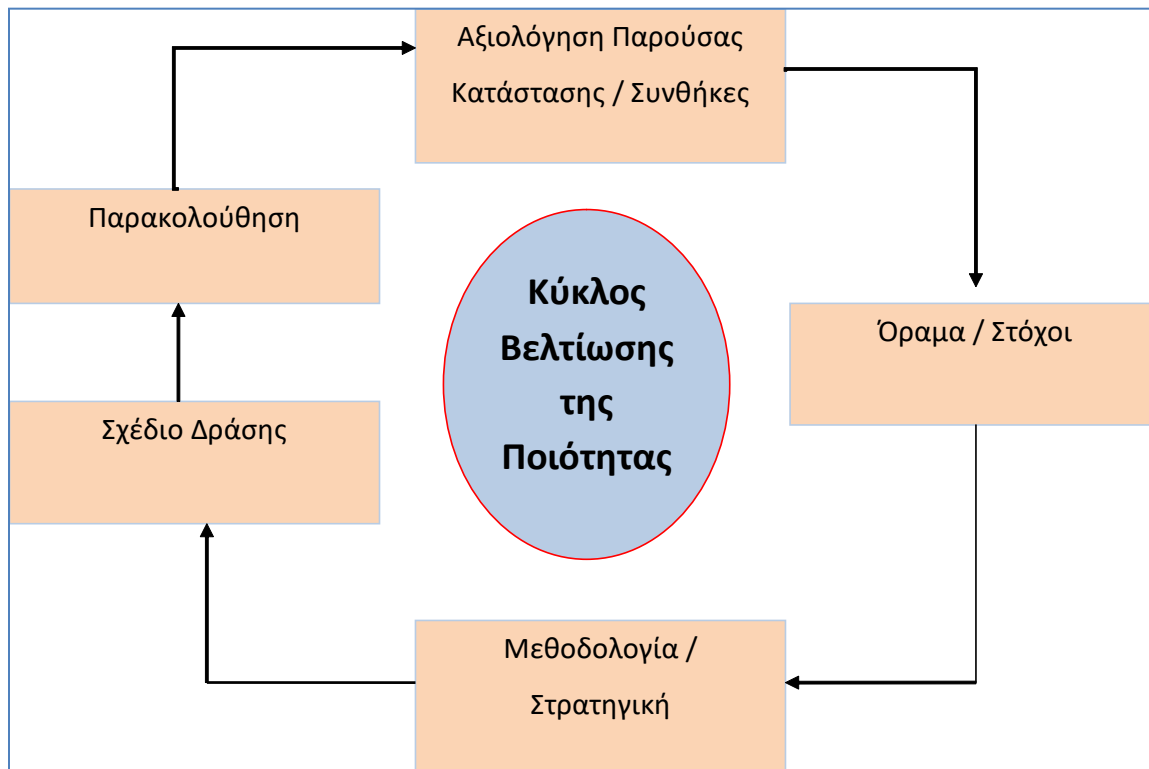
B) Ετοιμότητα του οργανισμού για την πραγματοποίηση της μελέτης

- ❑ Ποίοι ασθενείς επρόκειτο να λάβουν μέρος στην μελέτη; => Προσδιορισμός του πληθυσμού αναφοράς.
- ❑ Γνωρίζουμε την άποψη των ασθενών σχετικά με τον τρόπο συμμετοχής τους στη μελέτη; => Ανάγκες της ομάδας που θα συμμετέχει στην μελέτη και ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών για την διαφορετική συμμετοχή τους.
- ❑ Υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα στα οποία οι ασθενείς θα μπορούσαν να συμμετέχουν στα πλαίσια της οργάνωσης; => Αναγνώριση της αξίας της άποψης του κάθε ασθενή και συμμετοχή σε αυτήν.
- ❑ Τι είδους κριτήρια θα τεθούν για την αναζήτηση του πληθυσμού αναφοράς; => Καθορισμός των δεξιοτήτων που απαιτούνται για τους ασθενείς που θα συμμετάσχουν.
- ❑ Με ποίο τρόπο ο οργανισμός θα υποστηρίξει τους ασθενείς στην συμμετοχή τους στην μελέτη; => Απαραίτητη εκπαίδευση των ασθενών καθώς και κάποιο αντίτιμο για την βοήθεια τους στην μελέτη.

Γ) Αξιολόγηση Ερωτήσεων και Μεθοδολογία

- ❑ Ποια είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών; => Προσδιορισμός κατάλληλης μεθόδου.
- ❑ Η μέθοδος που επιλέχθηκε να ακολουθηθεί είναι η κατάλληλη; => Εφαρμογή πιλοτικής μελέτης, επιβεβαίωση ότι οι ασθενείς είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν, αξιολόγηση των σχετικών σχολίων των ασθενών.
- ❑ Στην μελέτη θέτονται ηθικά ζητήματα; => Επιβεβαίωση ότι το περιεχόμενο της μελέτης (ερωτηματολόγιο) δεν εμπίπτει σε ηθικά ζητήματα και εάν εμπίπτει να αναφερθεί στην Επιτροπή Δεοντολογίας. Καθορισμός της ελευθερίας των πληροφοριών και της προστασίας των ατομικών δεδομένων.
- ❑ Ποιος θα διεξάγει το ερωτηματολόγιο; => Επιβεβαίωση της μεθοδολογίας και διερεύνηση εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την μελέτη.
- ❑ Με ποίο τρόπο τα δεδομένα θα αναλυθούν και θα καταγραφούν τα αποτελέσματα; => Προσδιορισμός της πιο αξιόπιστης στατιστικής μεθόδου και τρόπος καταγραφής.

Σχήμα 6-1 Συμμετοχή Ασθενούς στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.



6.2 Εργαλεία μέτρησης της Ικανοποίησης

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποδεικνύεται τόσο σπουδαία, σε βαθμό που λειτουργούν και εφαρμόζονται συστήματα μέτρησής της. Παρακάτω γίνεται αναφορά στα πιο γνωστά.

- ❑ Σύστημα Cochrane (Cochrane, 1972), με βάση το οποίο προτείνονται τρία κριτήρια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ισότητα. Με αυτά κριτήρια θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί εξέταση των ιατρικών πράξεων, όπως ακριβώς γίνεται και με τα φάρμακα, μέσα από τυχαίο δείγμα ελέγχου, έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και να επωφεληθούν οι ασθενείς.
- ❑ Σύστημα Donabedian (Donabedian, 1986), αυτό το μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Donabedian, ο οποίος θεώρησε ως βασικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, τη δομή, τη διαδικασία, και το αποτέλεσμα.

- Το σύστημα SERVQUAL που σημαίνει Service Quality, αναπτύχθηκε από τους Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988), για να μετρηθούν και να προσδιοριστούν οι διαφορές μεταξύ αυτών των υπηρεσιών που προσδοκά ο χρήστης από μια κατηγορία προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και την εκτίμηση αυτών που αντιλαμβάνεται ότι λαμβάνει.

Επιπλέον, η ικανοποίηση των ασθενών είναι άμεσα συνυφασμένη με την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Ένα πρόγραμμα που αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών θεωρείται ελλιπές εάν δεν περιλαμβάνει την ικανοποίηση των ασθενών (Ferguson, G. H., & Ferguson, W.F. 1983). Ωστόσο, παρόλο που η ικανοποίηση αποτελεί σημαντικό δείκτη για τις υπηρεσίες υγείας τα ερωτηματολόγια που υπάρχουν διαδεδομένα είναι περιορισμένα:

1. Δείκτης Ικανοποίησης του Ασθενή (Patient satisfaction Index PSI): Αποτελεί ένα υποδειγματικό ερωτηματολόγιο παρά το γεγονός ότι η εγκυρότητα θεωρείται σχετικά μικρή. Είναι περισσότερο ερωτηματολόγιο αναφοράς καθώς διερευνά τις εμπειρίες του ασθενή (Guyatt Gh, etal 1995).

2. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από την Επίσκεψη (Consultation Satisfaction Questionnaire, ConsultSQ): Το ερωτηματολόγιο έχει πολύ καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, αλλά οι ερωτήσεις του είναι επαναλαμβανόμενες (Baker D. 1990).

3. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης του Πελάτη (Client Satisfaction Questionnaire): Υπάρχουν δυο ερωτηματολόγια: α) CSQ 18 το οποίο έχει ερωτήσεις που μετράει τους ψυχομετρικούς παράγοντες, αλλά και γενικές ερωτήσεις και μεγάλη αξιοπιστία και β) το CSQ 8 το οποίο έχει λίγες ερωτήσεις που είναι σχετικά παρόμοιες μεταξύ τους (Larsen, D.L etal 1979).

4. Κλίμακα Ιατρικής Συνέντευξης για την Ικανοποίηση (Medical Interview Satisfaction Scale, MISS): Το ερωτηματολόγιο δεν μετράει ιδιαίτερα τους ψυχομετρικούς παράγοντες και έχει περιττές ερωτήσεις (Wolf MH, etal1978).

5. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης του Ασθενή (Patient Satisfaction Questionnaire PSQ): Οι ερωτήσεις αξιολογούν τους ψυχομετρικούς παράγοντες και αναφέρονται κυρίως στην γενική ικανοποίηση από την ζωή (Ware JE Jr, etal 1983).

6. EUROPEP: Το ερωτηματολόγιο προορίζεται κυρίως για ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αποτελείται από 24 ερωτήσεις σχετικά με την φροντίδα των ιατρών , νοσηλευτών/τριων, το νοσοκομειακό περιβάλλον και τις εμπειρίες από το νοσοκομείο, την παροχή πληροφοριών στην αναχώρηση του ασθενή καθώς και τη συνολική βαθμολόγηση (Grol R, Wensing M, etal 2000).

7. Picker Patient Experience Questionnaire (PPE-15): Αποτελείται από 15 ερωτήσεις και δύναται να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα νοσοκομεία για την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών, επιπλέον παρέχει εγκυρότητα και αξιοπιστία (Jenkinson, C., etal 2002).

8. Ερωτηματολόγιο Εμπειριών Ασθενή (Patient Experiences Questionnaire): Αποτελείται από 10 υποκλίμακες και μετράει τις εμπειρίες του ασθενή και την φροντίδα που παρασχέθηκε σε αυτόν (Danielsen k, etal 2007).

Τα ανωτέρω ερωτηματολόγια που παρουσιάστηκαν εν συντομία αποτελούν τα ευρέως γνωστά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, ωστόσο ο κάθε ερευνητής κατασκευάζει εργαλεία ανάλογα με τις ανάγκες της μελέτης του και τους στόχους αυτής. Η εξήγηση σε αυτό είναι το γεγονός ότι η κάθε χώρα έχει διαφορετικό σύστημα υγείας, αλλά και οι απαιτήσεις των χρηστών είναι διαφορετικές. Έτσι έχουν δημιουργηθεί πληθώρα ερωτηματολογίων, χωρίς όμως τα περισσότερα να δίνουν έμφαση στους ψυχομετρικούς παράγοντες (Thomas, L. H., & Bond, S. 1991)..

Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών τα οποία βασίζονται μόνο σε ποσοτικά στοιχεία δεν έχουν καμία πρακτική σημασία γιατί δεν δίνουν πληροφορίες σχετικά με τις ψυχομετρικές παραμέτρους των ασθενών, καθώς επίσης και δεν δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να προτείνει δράσεις για βελτίωση των υπηρεσιών (Shields P, J. etal 1988). Άλλοι πιστεύουν ότι η ποιοτική προσέγγιση είναι πιο αποτελεσματική καθώς τα συναισθήματα είναι δύσκολο να προσδιοριστούν δίνοντας τους ποσοτική αξία (Waltz C., F., etal 1991). Τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές προτείνουν τον συνδυασμό αρκετών μεθόδων για την μελέτη ενός φαινομένου, ειδικά όταν τα φαινόμενα είναι πολύπλοκα και απαιτούν σε βάθος μελέτη πολλών πλευρών για να προσεγγίσουμε την πραγματικότητα (Burns, N. & Grove S., K. 1993). Ο τελικός σκοπός του συνδυασμού αυτού είναι η σύγκριση των στοιχείων. Αν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των αποτελεσμάτων των διαφορετικών μεθόδων, η αξιοπιστία είναι μεγαλύτερη και αν όχι, τότε μελετάται η αιτία της

διαφορετικότητας (Waltz C., F.etal 1991). Ο συνδυασμός των διαφορετικών μεθόδων, δεν υποστηρίζει μόνο την μεγαλύτερη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων αλλά και τις διαφορετικές σκοπιές μελέτης του ίδιου φαινομένου (Rossman G., B. & Wilson B., L. 1985).

Οι διάφοροι μέθοδοι και τα εργαλεία που συνήθως αναπτύσσονται για τους συγκεκριμένους σκοπούς μιας μελέτης, δεν επιτρέπουν την σύγκριση των αποτελεσμάτων και την ανάπτυξη πιο έγκυρων μεθοδολογικών προσεγγίσεων (Mererko, M., etal (1990).

Πολλά είναι τα προβλήματα που προκύπτουν προκειμένου να δομηθεί ορθά ένα ερωτηματολόγιο ικανοποίησης.

Ένα παράδειγμα είναι η ατομική και υποκειμενική εκτίμηση του κάθε ασθενή που αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην δημιουργία ενός αποδεκτού εργαλείου. Ακόμα η εκδηλωμένη ικανοποίηση μπορεί να αντικατοπτρίζει τη γνώση και τις προσδοκίες του ασθενή αντί την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Αν οι ασθενείς έχουν περιορισμένη γνώση και μη ξεκάθαρες προσδοκίες μπορεί να δηλώνουν υψηλή ικανοποίηση ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται να είναι χαμηλή.

Επίσης θα πρέπει να διαχωρίζονται τα συναισθήματα που υποδηλώνουν ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια με τις υπηρεσίες υγείας και τη διαδικασία περίθαλψης, με αυτά που σχετίζονται με τα αποτελέσματα μιας ιατρικής περίθαλψης.

Κατά τη διάρκεια της εκτίμησης της ικανοποίησης προκύπτουν κι άλλα προβλήματα όπως ο διαφορετικός βαθμός ικανοποίησης που μπορεί να δηλώσει ο ασθενής ανάμεσα στην ιατρική περίθαλψη που έλαβε αυτός και το Σύστημα Υγείας της χώρας του.

6.3 Τρόποι Συλλογής Δεδομένων

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να αποτελεί μέρος της συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και είναι ένας τρόπος αξιολόγησης αυτών , καθώς εστιάζει στις ανάγκες του ίδιου του υποκειμένου δηλαδή τον ασθενή. Ωστόσο, υπάρχει διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενή και των αναγκών αυτών κάτι που είναι ζωτικής

σημασίας για την επιτυχή παροχή υπηρεσιών ενός οργανισμού. Έτσι ανάλογα με το σκοπό της μέτρησης υπάρχουν και διαφορετικοί τρόποι συλλογής των στοιχείων¹⁰. Ειδικότερα:

A) Ομάδα Εργασίας – Συζήτηση

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none"> - Μια ομαδική συζήτηση προσεκτικά σχεδιασμένη, η οποία καθοδηγείται από έναν εξειδικευμένο διαμεσολαβητή με σκοπό να αποκτηθούν αντιλήψεις σε ένα μη απειλητικό περιβάλλον. - Συζήτηση σχετικά με ένα συγκεκριμένο θέμα. - Αποφέρει διαφορετικές πληροφορίες σε προβλήματα και παράγει πιθανές λύσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> - Βαθύτερη εξερεύνηση αντιλήψεων και απόψεων σε ένα επιλεγμένο αριθμό ασθενών. - Περιλαμβάνει συνήθως 6-8 συμμετέχοντες. - Παρέχει λεπτομερείς και σχετικές πληροφορίες. - Εξερευνεί θέματα βαθύτερης ανάλυσης 	<ul style="list-style-type: none"> - Μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό. - Μικρός αριθμός ερωτήσεων καθώς πραγματοποιείται σε μια συνεδρία. - Μπορεί να είναι χρονοβόρα. - Η ποιότητα των δεδομένων επηρεάζεται από τις δεξιότητες του διαμεσολαβητή, όπου και μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα.

B) Ερωτηματολόγιο με προσωπική συνέντευξη

Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από συγκεκριμένα προς το θέμα της ικανοποίησης ερωτήσεις. Προσφέρει πιο δομημένα αποτελέσματα και αξιοποιήσιμα σε σχέση με την συνέντευξη, ωστόσο επειδή η βάση του είναι ένα πρωτόκολλο και οι απαντήσεις τυποποιημένες, στις περισσότερες περιπτώσεις χάνονται σημαντικές πληροφορίες.

Στη βιβλιογραφία οι μελέτες που εκτιμούν την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούνται κυρίως από ερωτηματολόγια που συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές ερωτήσεις (μεταβλητές), καθώς το φαινόμενο που μελετάται είναι πολύπλοκο και απαιτείται σε βάθος ανάλυση (Barbour, R. S. (1999), Shih, F., J (1998).

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none"> - Το ερωτηματολόγιο είναι ένα δομημένο έγγραφο, με κλειστές ή ανοιχτές τύπου 	<ul style="list-style-type: none"> - Σύγκριση μεταξύ των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σαφείς και σύντομες - Οι συγκεκριμένες

¹⁰ Measurement of Patient Satisfaction Guidelines Health Strategy Implementation Project 2003

<p>ερωτήσεις, που μπορεί να συμπληρωθεί από τον ασθενή ή από κάποιον συνεντευκτή.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Είναι σχεδιασμένο κατά τέτοιο τρόπο που θέλει να αποσπάσει από τον ασθενή συγκεκριμένες πτυχές της ποιότητας. - Ο τρόπος συλλογής των ερωτηματολογίων καθορίζεται από τους πόρους και την πολυπλοκότητα του σκοπού. - Είναι κατάλληλο για περιπτώσεις όπου απαιτείται υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης. - Μετρείται κυρίως με κλίμακες απαντήσεων που αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ικανοποίηση των ασθενών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Σχετικά φθηνή. - Δύναται να συμπεριληφθούν ποιοτικά σχόλια. 	<p>απαντήσεις μπορούν να επηρεάσει την άποψη του ασθενή.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Απαιτείται λογισμικό υποστήριξη για την καταγραφή των αποτελεσμάτων. - Αποκλείει κάποια τμήματα του πληθυσμού.
---	--	--

Γ) Ερωτηματολόγιο με ταχυδρομική αποστολή

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none"> - Τα γνωρίσματα του ερωτηματολογίου με ταχυδρομική αποστολή είναι όμοια με το παραπάνω. 	<ul style="list-style-type: none"> - Κοστίζει. - Είναι εφικτή η ευρύτερη κατανομή του δείγματος. - Δίνεται αρκετός χρόνος για την συμπλήρωση του. - Ποιοτικά σχόλια μπορούν να συμπεριλαμβάνονται. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δεν υπάρχει δυνατότητα για εξήγηση. - Υπάρχει κίνδυνος αποκλεισμού τμημάτων πληθυσμού. - Δεν είναι άμεσο όπως η προσωπική συνέντευξη - Αξιοπιστία εξαρτάται από το χρονοδιάγραμμα. - Δυνατότητα για μεροληψία. - Αποδίδει υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης.

Δ) Ηλεκτρονική Αποστολή Ερωτηματολογίου

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Τα γνωρίσματα του ερωτηματολογίου με ηλεκτρονική αποστολή είναι όμοια με το παραπάνω.	<ul style="list-style-type: none">- Έλεγχος παρακολούθησης για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.- Ευκολία στη συλλογή δεδομένων.- Όχι αποκλίσεις στην συνέντευξη.- Χαμηλό κόστος.- Ανωνυμία συνεπώς ο χρήστης δεν έχει αναστολές.	<ul style="list-style-type: none">- Η πρόσβαση στον υπολογιστή μπορεί να είναι περιορισμένη.- Χαμηλό ποσοστό απαντήσεων και όχι πιθανές αποκλίσεις .- Έλλειψη ελεγχόμενων συνθηκών κάτω από τις οποίες συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο.- Φτωχή σε λογοτεχνικές επιδεξιότητες.

Ε) Εξειδικευμένος Συνεντευκτής

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Συνεντευκτές με εξειδίκευση στις κοινωνικές ανάγκες των ατόμων.- 10-15 ασθενείς είναι ικανοποιητικό δείγμα συνήθως.	<ul style="list-style-type: none">- Είναι φθηνό και γρήγορο	<ul style="list-style-type: none">- Οι εν λόγω συνεντευκτές έχουν την τάση να υπερεκτιμούν το πρόβλημα.

ΣΤ) Προσωπική Συνέντευξη

Αποτελεί μια αξιολογεί επιλογή σχετικά με την εκτίμηση της ικανοποίησης από έναν ασθενή, ωστόσο ο αριθμός των απαντήσεων είναι αρκετά δύσκολη διαδικασία. Συγκεκριμένα, η συνέντευξη θα πρέπει πραγματοποιείται από ένα εξειδικευμένο στο εν λόγω θέμα συνεντευκτή προκειμένου να λάβει χρήσιμες πληροφορίες. Οι συνεντεύξεις παρέχουν την δυνατότητα στον ασθενή να αποτυπώσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ως προς την ικανοποίηση του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Μια καλά οργανωμένη συνέντευξη προσφέρει στους ερευνητές πιο βαθιά κατανόηση των υποκειμενικών απόψεων των ασθενών.

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο.- Η συνέντευξη μπορεί να είναι δομημένη ή αδόμητη.- Και οι δύο παραπάνω μέθοδοι απαιτούν εξειδικευμένους ερευνητές.- Απαιτείται προσεκτική επιλογή των συνεντευκτών.	<ul style="list-style-type: none">- Άμεση πηγή των δεδομένων.- Επιτρέπει να διορθωθούν παρεξηγήσεις.- Πιο επιτακτική η επαφή με τον χρήστη ο οποίος πιθανόν να μην μπορεί να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο.	<ul style="list-style-type: none">- Κοστίζει.- Ο προγραμματισμός μπορεί να είναι δύσκολος.- Ο ερευνητής μπορεί να έχει προκατάληψη και να επηρεάσει τα αποτελέσματα.- Πρέπει να διεξάγεται σε ένα ευνοϊκό περιβάλλον.- Δεν είναι κατάλληλο για συλλογή μεγάλων δειγμάτων.- Πιθανές αποκλίσεις της συνέντευξης.- Απουσία ανωνυμίας.

Ζ) Τηλεφωνική Συνέντευξη

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none"> - Πραγματοποιείται με δομημένο ερωτηματολόγιο. - Απαιτεί εκπαιδευμένους συνεντευκτές. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άμεση πηγή των δεδομένων. - Λιγότερο δαπανηρό σε σχέση με τις προσωπικές συνεντεύξεις. - Μπορεί να επιτευχθεί η ανωνυμία και οι χρήστες να έχουν λιγότερες αναστολές. - Χρήσιμη για άτομα που δεν μπορούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορισμένος χρόνος από την πλευρά των συμμετεχόντων. - Ο ερευνητής μπορεί να έχει προκατάληψη και να επηρεάσει τα αποτελέσματα. - Εξαιρεί τον πληθυσμό χωρίς τηλέφωνο. - Δεν υπάρχει οπτική επαφή. - Πλησιάζει ανθρώπους που είναι πιθανό να παρουσιάσουν αποκλίσεις στις απαντήσεις τους.

Θ) Συγκεκριμένος Πληθυσμός

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none"> - Πίνακας ασθενών που συμμετέχουν στην μελέτη 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνδυάζει τις μεθόδους έρευνας με συμμετοχική προσέγγιση. - Αντιμετωπίζονται διάφορα ζητήματα και παρακολουθούνται αλλαγές με την πάροδο του χρόνου. - Επιτρέπει τη συνέχιση του διαλόγου με τους συμμετέχοντες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η πραγματοποίηση του έχει χρόνο. - Μικρό δείγμα το οποίο οδηγεί σε αναξιόπιστα αποτελέσματα. - Αντιπροσωπεύει διατομή του πληθυσμού. - Δεν είναι κατάλληλο για διαβούλευση καθώς έχει περιορισμένο αριθμό ατόμων. - Δεν περιλαμβάνει ενεργούς ανθρώπους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

H) Εργαστήρια

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Δομημένες συνεδρίες.- Υπο-ομάδες των 8-15 ατόμων.	<ul style="list-style-type: none">- Εμπειρογνώμονες ειδικούς για να συμβάλουν στην πραγματικές διαδικασίες σχεδιασμού.- Τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα στάδια της διαβούλευσης.- Ανατροφοδότηση	<p>Μπορεί να φαίνεται αποκλειστική.</p>

Θ Συμβουλευτικές Επιτροπές

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Σύμβουλοι για μια συνεχή διαβούλευση.- Μέχρι 15 μέλη.- Παροχή συμβουλών σχετικά με τις οργανωτικές πολιτικές.	<ul style="list-style-type: none">- Παρέχει συνεχείς συμβουλές και παρατηρεί σχετικά με την ανάπτυξη προτάσεων και πολιτικών .- Επιτρέπει στα μέλη να προσδιορίσουν και να αναζητήσουν μέτρα για την επίλυση επίμονων τοπικών προβλημάτων.	<ul style="list-style-type: none">- Οι συμβουλευτικές επιτροπές δεν εκλέγονται, οπότε έχουν προβλήματα νομιμότητας υποστηρίζοντας τα δικαιώματα των άλλων.- Μπορεί να είναι μη-αντιπροσωπευτικοί.- Οι συναντήσεις μπορεί να είναι χρονοβόρες.- Οι σύμβουλοι μπορεί να είναι άνισων γνώσεων.

1) Δημόσια Συνεδρίαση

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Συνεδρίαση από τις ήδη υπάρχουσες ομάδες πληθυσμών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών (π.χ. σύλλογος ασθενών).- Διευκολύνει την ανταλλαγή απόψεων.- Ομάδες οργανωμένες και ενωμένες με σκοπό την πίεση οργανισμών.	<ul style="list-style-type: none">- Επιτρέπει στους ανθρώπους να αναλύσουν τις προτάσεις ή επιθυμίες τους.- Μπορεί να συμβάλει στη συναίνεση πριν από τις δράσεις που έχουν αποφασιστεί.	<ul style="list-style-type: none">- Απαιτεί πολύ καλή λειτουργία προκειμένου να πετύχει.- Οι συζητήσεις μπορεί να παραπλανήσουν το ακροατήριο.

2) Δημόσιες Παρατηρήσεις

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Ενημέρωση ομάδων σχετικά με την τρέχουσα πολιτική και εν συνεχεία προφορικές ή γραπτές παρατηρήσεις.- Προσέλκυση οργανωμένων ομάδων με καλά καθορισμένη θέση.	<ul style="list-style-type: none">- Σχεδιασμένο για συνεχή ενημέρωση.- Η αναζήτηση γραπτών παρατηρήσεων κρίνεται ως αποτελεσματική και οικονομική λύση διαβούλευσης.- Οι παρατηρήσεις δύναται να συμπεριληφθούν σε έκθεση, μαζί με τα επιχειρήματα υπέρ και κατά ενός συγκεκριμένου πεδίου με σκοπό να προταθεί για χάραξη πολιτικής.	<ul style="list-style-type: none">- Η λεπτομερής ανάλυση και τεκμηρίωση είναι δύσκολη.- Είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα κυρίως όταν υπάρχουν αντίθετες προτάσεις και συμφέροντα.

Κ) Κουτιά Παράπονων

Γενικά	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none">- Έγγραφα τύπου αναφοράς ή καταγγελίας όπου ο κάθε ασθενής θα μπορεί να καταγράψει τα παράπονα του.- Καταγγελίες οι οποίες μπορεί να τεθούν στα διοικητικά συμβούλια του οργανισμού ή ακόμη και στο Γραφείο του Συνηγόρου του Πολίτη.	<ul style="list-style-type: none">- Συμπληρώνεται από τον ασθενή.- Ανατροφοδότηση.- Παρέχεται η ευκαιρία να απαντήσει σε πραγματικό χρόνο.	<ul style="list-style-type: none">- Οι ασθενείς φοβούνται να συμπληρώσουν καταγγελία.

Ωστόσο, πέρα από τις παραπάνω μέθοδος οι τρεις κύριες που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι:

α) η προσωπική συνέντευξη, β) η τηλεφωνική συνέντευξη και γ) η συνέντευξη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

- ❑ Η μέθοδος της συνέντευξης μέσω τηλεφώνου ή πρόσωπο με πρόσωπο είχε καλύτερα αποτελέσματα (περισσότερες απαντήσεις περίπου 30%) από ότι η συνέντευξη μέσω email.
- ❑ Μείωση της διαφοράς του βαθμού απαντήσεων μεταξύ τηλεφώνου και email μπορεί να επιτευχθεί, αν μετά από το αναπάντητο email ακολουθήσει τηλεφωνική συνέντευξη ακόμα και αν αυτό κοστίζει.
- ❑ Το email κοστίζει λιγότερο από την συνέντευξη εκτός βέβαια αν ακολουθείται από τηλέφωνο.
- ❑ Οι απαντήσεις των χρηστών μέσω email ή οι απρόσωπες απαντήσεις έχουν σαν αποτέλεσμα να αναφέρουν μικρότερη ικανοποίηση γιατί η ανωνυμία των χρηστών, τους επιτρέπει να εκφράζουν αυτό που πραγματικά πιστεύουν, χωρίς να νοιώθουν πίεση για να δώσουν μια κοινωνικά αποδεκτή απάντηση.
- ❑ Η μέθοδος του email δίνει πιο αξιόπιστες απαντήσεις αλλά είναι και πιθανό να δίνονται μέσω αντιπροσώπου.

- ❑ Χαμηλό ποσοστό απαντήσεων εισάγει αποκλίσεις. Χρήστες που δεν απάντησαν είναι πιθανό να αποτελούν μειονότητα, να μην έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και να είναι ανασφάλιστοι (ΗΠΑ).
- ❑ Υπάρχουν προβλήματα στην λήψη χρήσιμων απαντήσεων από ηλικιωμένους, βαριά ασθενείς και ανθρώπους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την γλώσσα.
- ❑ Οι ποιοτικές αναλύσεις είναι πιο επιτακτικές όμως με τα δομημένα ερωτηματολόγια δεν συγκεντρώνουμε πληροφορίες σε βάθος.

6.4 Τύποι Ερευνών Ικανοποίησης Ασθενών

Η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών γίνεται με δύο τύπους μελετών:

A) Με την *απογραφική μελέτη (enumerative study)* η οποία πραγματοποιείται σε στατικό πληθυσμό σε δεδομένη χρονική περίοδο για να περιγράψει κάποιο ενδιαφέρον αποτέλεσμα. Απαντά σε ερωτήσεις, όπως ποια η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών τον τελευταίο χρόνο, ποιο το ποσοστό των χειρουργικών ασθενών που έκαναν εισαγωγή τον τελευταίο χρόνο.

B) Με την *αναλυτική μελέτη (analytic study)* η οποία πραγματοποιείται σε μια δυναμική διεργασία, δεν περιορίζεται σε ένα χρονικό σημείο και χρησιμοποιείται για να προβλέψει το μέλλον παρά να περιγράψει παρελθόντα αποτελέσματα. Οι αναλυτικές μελέτες γίνονται για να διερευνηθεί πως τα παρατηρούμενα αποτελέσματα και οι διεργασίες που παράγουν τα αποτελέσματα είναι δυνατό να βελτιωθούν. Επίσης, μια αναλυτική μελέτη απαντά σε ερωτήσεις, όπως τι μπορούμε να προβλέψουμε για τη διάρκεια νοσηλείας, ή ποιες οι αιτίες για την παρατηρούμενη μείωση χειρουργικών ασθενών τον προηγούμενο χρόνο. Τα ερωτηματολόγια δεν αποτελούν τη μόνη μέθοδο για να ακουσθεί η φωνή του καταναλωτή ή για τον προσδιορισμό ευκαιριών βελτίωσης. Μια ομάδα βελτίωσης της ποιότητας είναι δυνατό να χρησιμοποιήσει ομάδες εντοπισμού προβλημάτων ή λύσεων (focus groups), γράμματα παραπόνων, απομάκρυνση πελατών ή προσωπική παρατήρηση για τον προσδιορισμό του προβλήματος. Όμως, τα ερωτηματολόγια αποτελούν τα καλύτερα εργαλεία για τη μέτρηση της φωνής του καταναλωτή και ειδικά για την αξιολόγηση του μεγέθους της προόδου, που επιτυγχάνεται με μια αναλυτική μελέτη.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι η ικανοποίηση του ασθενή και η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας. Ειδικότερα, η ανταποκρισιμότητα διαφέρει και δεν ταυτίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή και την ποιότητα της φροντίδας, παρόλο που υπάρχουν ορισμένες αλληλεπικαλυπτόμενες διαστάσεις μεταξύ των εννοιών αυτών. Οι διαφορές εντοπίζονται σε τρεις βασικούς άξονες (Silva de A.. 2000).

:

Πίνακας 6-1 Ικανοποίηση Ασθενή και Ανταποκρισιμότητα

Ανταποκρισιμότητα		Ικανοποίηση
	Πεδίο αναφοράς	
Αξιολογεί το σύστημα υγείας συνολικά, ως μία οντότητα		Αξιολογεί συνδιαλλαγές με κλινικό σκοπό σε συγκεκριμένη μονάδα υγείας
	Εύρος	
Αναφέρεται μόνο στις διαστάσεις του συστήματος οι οποίες δεν αφορούν στην ιατρική βελτίωση ή διατήρηση της υγείας		Αναφέρεται τόσο στις ιατρικές όσο και στις μη ιατρικές διαστάσεις της συνδιαλλαγής
	Σκεπτικό	
Συγκρίνει τις αντιλήψεις του ατόμου για το σύστημα υγείας σε σχέση με τις «θεμιτές οικουμενικές προσδοκίες»		Αντιπροσωπεύει ένα σύμπλεγμα αντιλαμβανόμενων αναγκών, ατομικών προσδοκιών και ατομικών εμπειριών λήψης φροντίδας

Με βάση το παραπάνω, ο ΠΟΥ, προχώρησε στη διεξαγωγή ερευνών οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα τον καθορισμό των στοιχείων τα οποία συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα. Τα στοιχεία αυτά είναι τα ακόλουθα (Darby C., etal 2000):

1. Η αξιοπρέπεια

Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ατόμου συνδέεται με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως η ελευθερία μετακίνησης των ατόμων που πάσχουν από AIDS, την ευπρεπή συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους εξυπηρετούμενους κατά τη διάρκεια

της παροχής θεραπείας, τη διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή στη διατύπωση ερωτήσεων και την παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και της θεραπείας και τη διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας.

2. Η αυτονομία. Η επίτευξη της αυτονομίας του ασθενή προϋποθέτει την κατοχύρωση μιας σειράς δικαιωμάτων όπως η πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια από την οποία πάσχει και τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας της, η συναίνεση και η ενεργός συμμετοχή του στις αποφάσεις για τη θεραπεία του, η συγκατάθεσή του για τη διεξαγωγή εξετάσεων και θεραπείας καθώς επίσης και η δυνατότητα άρνησης της θεραπείας υπό την προϋπόθεση πνευματικής διαύγειας.

3. Η έγκαιρη προσοχή. Η έγκαιρη προσοχή επιτυγχάνεται με την παροχή έγκαιρης φροντίδας στις επείγουσες περιπτώσεις, την παροχή φροντίδας μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα έτσι ώστε οι λίστες αναμονής να μην καλύπτουν μεγάλες χρονικές περιόδους, το μικρό χρόνο αναμονής στις ιατρικές επισκέψεις και στη διεξαγωγή των εξετάσεων.

4. Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών. Η προστασία της ιδιωτικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης καθώς επίσης και η προστασία του απόρρητου των πληροφοριών τις οποίες παρέχει ο ασθενής και των πληροφοριών οι οποίες σχετίζονται με την ασθένειά του, εκτός των περιπτώσεων όπου οι πληροφορίες είναι αναγκαίο να δοθούν σε κάποιο προμηθευτή υπηρεσιών υγείας ή έχει δώσει τη συγκατάθεσή του ο ασθενής, αποτελούν τις βασικές παραμέτρους αυτού του στοιχείου.

5. Η επικοινωνία. Η εγκαθίδρυση ενός κατάλληλου κλίματος επικοινωνίας σχετίζεται με προϋποθέσεις όπως το προσωπικό να ακούει προσεκτικά τον πολίτη, να δίνονται κατανοητές και επαρκείς εξηγήσεις προς τον εξυπηρετούμενο και να υπάρχει χρόνος για ερωτήσεις από μέρους του.

6. Η επιλογή προμηθευτών. Το δικαίωμα της επιλογής των προμηθευτών λαμβάνει διπλή υπόσταση, δεδομένου ότι αναφέρεται αφενός στη δυνατότητα επιλογής γιατρού, νοσηλευτών/τριών, ή άλλων υγειονομικών επαγγελματιών και αφετέρου στη δυνατότητα επιλογής υγειονομικής μονάδας.

7. Η κοινωνική υποστήριξη (αξιολογείται μόνο για νοσοκομειακή φροντίδα). Η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει το δικαίωμα να δέχεται ο ασθενής επισκέψεις συγγενών και φίλων,

την άδεια παροχής τροφής ή άλλων ειδών προσωπικής χρήσης από τους συγγενείς και φίλους αν δεν παρέχονται από το νοσοκομείο και την ελευθερία άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων και των εθιμικών παραδόσεων εφόσον δεν παρακωλύουν τη λειτουργία του νοσοκομείου ή προσβάλουν την ευαισθησία των άλλων ατόμων.

8. Το περιβάλλον. Η επάρκεια του χώρου, της επίπλωσης, του κλιματισμού, του καθαρού νερού, των αποχωρητηρίων, του ιματισμού και των τροφίμων, το καθαρό περιβάλλον και οι εγκαταστάσεις και τέλος η τακτικότητα στις διαδικασίες καθαρισμού και συντήρησης των κτιριολογικών εγκαταστάσεων, αποτελούν τις βασικές συνιστώσες προσδιορισμού του περιβάλλοντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ενδεικτικές Ερευνητικές μελέτες

7.1 Ενδεικτικές Ερευνητικές μελέτες για την Ικανοποίηση Ασθενών στην Ελλάδα

Η μελέτη (Γ. Πιερράκος Α. Γουλα κ.α 2015) αναφέρεται στη Διερεύνηση της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών, συγκριτικά με το αντίτιμο του κόστους των πρωινών και απογευματινών ιατρειών του ΕΣΥ και της προθυμίας πληρωμής από τους ασθενείς για καλύτερες υπηρεσίες υγείας. Το δείγμα αποτέλεσαν 454 εξωτερικοί ασθενείς και πραγματοποιήθηκε σε 7 νοσοκομεία της Αττικής. Η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, είτε προσφέρονται στα πρωινά ιατρεία είτε στα απογευματινά, δεν έχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Ωστόσο ήταν θετική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης από το χρηματικό κόστος που πλήρωσαν οι εξωτερικοί ασθενείς και γενικής ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες, με χαμηλότερη αυτή των ασθενών των απογευματινών ιατρειών. Επίσης, οι εξωτερικοί ασθενείς δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν επιπλέον για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η μελέτη (Β. Παπαγιαννοπούλου, Γ. Πιερράκος, κ.α 2008) σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, είχε ως στόχο την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη ήταν 1000 ασθενείς. Η μελέτη έλαβε χώρα από τον Ιανουάριο έως και το Μάρτιο του 2004 όπου, η πλειοψηφία των συνοδών των παιδιών –ασθενών πρότεινε βελτίωση στην υποδομή και γενικότερη ανακαίνιση του νοσοκομείου. Η έρευνα έδειξε ότι οι αν και οι συνοδοί των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από τις υγειονομικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, δεν ήταν τόσο ικανοποιημένοι με τον τομέα της υποδομής.

Μια ακόμη έρευνα σχετικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, πραγματοποιήθηκε από τους Πιερράκος και Τομαράς (2009). Η εν λόγω μελέτη είχε ως κύριο σκοπό την υλοποίηση προτάσεων για εφαρμογή πολιτικών Μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας. Επιλέχθηκαν τυχαία σε σύνολο 217 ασθενείς από την Αθήνα και μια επαρχιακή πόλη, προκειμένου να απαντήσουν σε ένα σύνθετο δομημένο ερωτηματολόγιο που περιείχε ερωτήσεις προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της

μελέτης. Η χρονική περίοδος της έρευνας ήταν από τον Μαΐου έως και τον Σεπτεμβρίου του 2007. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας βαθμολογήθηκε με 6,9 στην Αθήνα και 6,1 στην επαρχία όπως παρουσιάζεται στο που ακολουθεί.

Οι ασθενείς της επαρχίας έχουν βαθμολογήσει την νοσηλευτική φροντίδα σε χαμηλότερο επίπεδο σε σχέση με αυτούς της επαρχίας. Η χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών στην επαρχία παρουσιάστηκε στην ευγένεια με διαφορά 0,47.

Σχεδόν παρόμοιο είναι το συμπέρασμα και για τις διοικητικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς από το επαρχιακό νοσοκομείο βαθμολόγησαν με χαμηλότερες μέσες τιμές τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το διοικητικό προσωπικό, με χαμηλότερη αυτή της ευγένειας με διαφορά 0,24 από τους ασθενείς του νοσοκομείου της Αθήνας.

Ακόμη οι ασθενείς και των δυο νοσοκομείων ερωτήθηκαν εάν θα σύστηναν το εν λόγω νοσοκομείο σε κάποιον φίλο ή συγγενή τους. Στην απάντηση αυτή δεν υπήρξε ιδιαίτερη διαφορά μεταξύ των δυο δειγμάτων. Το 78% των ασθενών από το νοσοκομείο της Αθήνας αλλά και το 78,8% των ασθενών από το επαρχιακό νοσοκομείο απάντησαν θετικά.

Επίσης στην εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση και διαπιστώθηκε σημαντική αλληλεξάρτηση μεταξύ των έξι παραγόντων (Ηλικία, χρόνος από τον τόπο κατοικίας σας, χρόνος αναμονής σας στο Νοσοκομείο, χιλιομετρική απόσταση από τον τόπο κατοικίας του ασθενή, προσδοκώμενος βαθμός αξιολόγησης υπηρεσιών και αξιολόγηση επιμέρους υπηρεσιών).

Συμπερασματικά, λοιπόν οι ασθενείς του επαρχιακού νοσοκομείου παρουσίασαν χαμηλότερη ικανοποίηση αλλά οι υψηλότερες προσδοκίες από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες από τους ασθενείς του νοσοκομείου της Αθήνας. Επιπλέον, πιο ενημερωμένοι ήταν οι ασθενείς της Αθήνας για τις υπηρεσίες που επρόκειτο να λάβουν στο νοσοκομείο.

Σε μελέτη (Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι. 2005) που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την ικανοποίηση ασθενών σε δυο νοσοκομεία της Αττικής παρατήρησε ότι οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου που χρησιμοποιεί σύστημα διαχείρισης της ποιότητας. Συγκεκριμένα, το δείγμα της μελέτης ήταν 378 ασθενείς ενός νοσοκομείου με μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα και 108

εξωτερικοί ασθενείς αλλά και 412 νοσηλευόμενοι ενός νεοσύστατου δημόσιου νοσοκομείου της Αττικής. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι οι ασθενείς και των δυο νοσοκομείων γενικά ήταν ικανοποιημένοι.

Όσον αφορά τους νοσηλευόμενους ασθενείς, οι ενότητες που εξετάστηκαν ήταν οι εξής:

- ❑ Οι εντυπώσεις από την νοσηλεία, όπου σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 48,6% των ασθενών του εξειδικευμένου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείου ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το δημόσιο νοσοκομείο ήταν 30,9%.
- ❑ Οι εντυπώσεις των ασθενών από τη διαμονή τους, όπου η πλειοψηφία των ασθενών και των δυο νοσοκομείων απάντησαν πολύ καλές και άριστες.
- ❑ Από την ησυχία στο νοσοκομείο έμειναν απόλυτα ικανοποιημένοι το 54,72% των ασθενών του εξειδικευμένου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείου και το 32,30% του δημοσίου νοσοκομείου.
- ❑ Σχετικά με την ποιότητα του φαγητού, το 55,2% των ασθενών του εξειδικευμένου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείου δήλωσε άριστες εντυπώσεις, ενώ αντίστοιχα μόνο το 13,5% του δημοσίου νοσοκομείου απάντησε απόλυτη ικανοποίηση.
- ❑ Η ικανοποίηση από την ιατρική αλλά και την νοσηλευτική φροντίδα ήταν υψηλότερη στους ασθενείς του εξειδικευμένου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείου με διαφορά περίπου κατά 20% από την άλλη ομάδα του δείγματος.
- ❑ Τέλος, οι εντυπώσεις των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες ήταν υψηλότερες στο εξειδικευμένο νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Σχετικά με τους εξωτερικούς ασθενείς τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας κατέδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν σχετικά υψηλή, ωστόσο με την πάροδο των μηνών υπήρξαν και πτωτικές τάσεις στην ικανοποίηση.

Τέλος, το κύριο συμπέρασμα της μελέτης ήταν βρέθηκε σχέση μεταξύ της χρήσης συστημάτων διαχείρισης και ικανοποίηση ασθενών.

Μια ακόμη μελέτη είναι αυτή των Πιερράκος Γ. και Υφαντόπουλος Ι. 2006 που σαν στόχο είχε την αποτύπωση των παραγόντων που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ειδικότερα, οι ερευνητές συλλέξανε ερωτηματολόγια από 244 ασθενείς των **εξωτερικών ιατρείων 4 μεγάλων νοσοκομείων της Αθήνας** με μόνιμο τόπο κατοικίας εκτός Αθήνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν οι ασθενείς δήλωσαν χαμηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του κέντρου υγείας στον τόπο μόνιμης κατοικίας τους και με υψηλή ικανοποίηση από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων της Αθήνας.

Στη μελέτη πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση η οποία και κατέδειξε ότι η απόσταση από τον τόπο κατοικίας αποτελεί σημαντικά θετικό παράγοντα, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης και το κόστος μεταφοράς στην Αθήνα αποτέλεσαν επιβαρυντικούς παράγοντες.

Έτσι λοιπόν η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ισχυρή ένδειξη ότι η λειτουργία του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές είναι προβληματική, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται και η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Τέλος, οι Υφαντόπουλος Ι, Ουλής Κ., Λατσού Δ., Ψαρριανού Β 2010 πραγματοποίησαν μια μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των Ελλήνων ασθενών από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες. Ένας από τους κύριους σκοπούς της μελέτης ήταν: α) η ικανοποίηση των χρηστών των οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα σύνθετο δομημένο εργαλείο με μια κλίμακα από το 0 (καθόλου ικανοποιημένος) έως και το 10 (απόλυτα ικανοποιημένος). Η μελέτη σύλλεξε 1500 ερωτηματολόγια από έφηβους, ενήλικες και ηλικιωμένους χρήστες- ασθενείς, κάτοικους των Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ιωαννίνων και Καστοριάς. Τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης κατέδειξαν ότι:

- ❑ Οι έφηβοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες (8,5), σε αντίθεση με τους ενήλικες (6,3) και ηλικιωμένους (5,1),
- ❑ Άτομα με κατώτερη εκπαίδευση δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι (4,6± 1,9) από άτομα με μεταπτυχιακό τίτλο (7 ±2).
- ❑ Τέλος, άτομα με εισόδημα χαμηλότερο των €500 είχαν 2,7 μέση τιμή ικανοποίησης, σε αντίθεση με άτομα με εισόδημα άνω των 3.000 που είχαν 9,2.

Στην έρευνα των Κυριόπουλος και συν. (2000), γίνεται αναφορά στις διαδικασίες και συνθήκες χρησιμοποίησης/προφίλ των νοσηλευτικών υπηρεσιών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, με τη μορφή των τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε δείγμα 350 ατόμων από τον γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 60% του δείγματος δήλωσε ικανοποιημένο έως αρκετά ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και με μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης να υπάρχει από τα ιδιωτικά νοσοκομεία με το 86% να δηλώνει ικανοποιημένο/αρκετά ικανοποιημένο.

Σε έρευνα των Σουλιώτη και συν. (2002), αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στη χώρα μας σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Η μέθοδος συλλογής των στοιχείων της έρευνας έγινε με τη μορφή των τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε δείγμα 350 ατόμων, 15-65 ετών στην περιοχή της Αθήνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έκαναν φανερό πως η δυσαρέσκεια που υπάρχει στο Ε.Σ.Υ. σχετίζεται κατά κύριο λόγο από τους παράγοντες της ξενοδοχειακής υποδομής, της έλλειψης προσωπικού, της καθαριότητας των χώρων καθώς και από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. όσον αφορά τις ιδιωτικές νοσηλευτικές δομές υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους πολίτες σε ότι αφορά τις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας. Επίσης οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών αυξάνονται, όσο αναφερόμαστε σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα, μιας και το κριτήριο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μεγαλύτερο.

Σε έρευνα των Σκαλκίδης Ι., Παπαδόπουλος Φ., Σκαλκίδης Η. (2010), αναφέρεται στην αξιολόγηση της παρεχόμενης περίθαλψης και στην αξιολόγηση του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης σε έναν οργανισμό υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε κεντρικό νοσοκομείο της Αττικής και η μέθοδος συλλογής των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν η χρήση διεθνούς τυποποιημένου ερωτηματολογίου με δομημένες κλειστού τύπου ερωτήσεις και το μέγεθος του δείγματος ανέρχεται στους 502 ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με τη μεγαλύτερη ηλικία, τη χαμηλότερου επιπέδου μόρφωση, το μικρότερο οικογενειακό εισόδημα, καθώς και με το ποιο ασφαλιστικό ταμείο έχει τις καλύτερες παροχές.

7.2 Άλλες ερευνητικές μελέτες

Στην έρευνα των Kisa K, Kawabata H, Itou T, Nishimoto N, Maezawa M. (2011), γίνεται αναφορά για τον προσδιορισμό της ικανοποίησης μεταξύ γιατρού και ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία στην Ιαπωνία, με την χορήγηση διεθνούς τυποποιημένου ερωτηματολογίου με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 7 γιατρούς και 122 ασθενείς. Τα αποτελέσματα από την έρευνα έδειξαν ότι αν και οι γιατροί αισθάνονται ικανοποιημένοι από τη διαβούλευση τους, οι ασθενείς επίσης αισθάνονται ικανοποιημένοι, ανεξάρτητα από τη γνώμη του γιατρού. Οι μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή και του γιατρού περιλαμβάνουν: τις προκαταρκτικές επισκέψεις με τον ίδιο γιατρό, το μήκος των συζητήσεων μεταξύ τους, το μεγαλύτερο χρόνο αναμονής και τον αριθμό των επεισοδίων.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους το Street RL. Jr., O'Malley K.J., Cooper L.A., Haidet P. (2008), γίνεται αναφορά για το ζήτημα των κοινών απόψεων μεταξύ γιατρών και ασθενών όπως αυτές διαμορφώνονται από τη θεραπευτική σχέση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 214 ασθενών και 29 ιατρών της ΠΦΥ σε 10 κέντρα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Οι συγγραφείς επιχείρησαν να κατανοήσουν εάν α) η ταυτότητα των αντιλήψεων μεταξύ ασθενών και ιατρών επηρεάζεται από την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν και β) εάν η αντιλαμβανόμενη αυτή ταυτότητα επηρεάζεται από την ποιότητα της επικοινωνίας του ιατρού με τον άρρωστο. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν 2 τύπους ταυτότητας να ασκούν ρόλο στη θεραπευτική σχέση: α) την προσωπική (ομοιότητα σε αντιλήψεις και αξίες) και την κοινωνική (ταυτότητα φυλετική ή και κοινωνικής θέσης). Συγκεκριμένα τα ερευνητικά ευρήματα έδειξαν ότι η αντιλαμβανόμενη προσωπική ταυτότητα αντιλήψεων επηρεάζεται από την ηλικία και την εκπαίδευση του ασθενή και την ασθενο-κεντρική επικοινωνία του ιατρού αλλά όχι από την ταυτότητα του φύλου και της φυλής του ασθενή με τον ιατρό. Συμπερασματικά η σχέση ιατρού-ασθενή ενισχύεται όταν οι ασθενείς βλέπουν στους εαυτούς τους ομοιότητες με τους ιατρούς σε ότι αφορά τις προσωπικές πεποιθήσεις, αντιλήψεις, αξίες και επικοινωνίες. Η αντιλαμβανόμενη προσωπική ταυτότητα σχετίζεται θετικά και αποδίδει υψηλότερη βαθμολόγηση στις παραμέτρους της εμπιστοσύνης, της ικανοποίησης και της διάθεσης για ενεργό εμπλοκή στη θεραπεία. Βασικός προσδιοριστικός παράγοντας η ασθενο-κεντρική σχέση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Πρόταση μεθοδολογίας μέτρησης στην ικανοποίηση χρηστών στις υπηρεσίες υγείας

Αναλύοντας την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προκύπτουν ορισμένα βασικά θέματα σχετικά με τί θα πρέπει να αξιολογήσουν οι χρήστες των υπηρεσιών και πια η επίδραση που έχουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες στους ίδιους και την κοινωνία γενικότερα. Επίσης σε επίπεδο πολιτικής είναι σημαντικό να συστηματοποιείται η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών και των προσδοκιών των πολιτών θα μπορούσε να λειτουργήσει ως εργαλείο ανάπτυξης της Υγείας.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας είναι δυναμική και πολυτομεακή και κινείται σε δύο επίπεδα.

Στο **πρώτο επίπεδο** προσεγγίζεται η **Διαπροσωπική Ποιότητα στις** σχέσεις μεταξύ του ασθενή και του παρόχου των υπηρεσιών υγείας. Αναφέρεται στην τεχνική ποιότητα όπου το αποτέλεσμα αναφέρεται στο αντιλαμβανόμενο από τον ασθενή αποτέλεσμα, αυτό που ο ίδιος αισθάνθηκε ως περιβαλλοντική ποιότητα σχετικά με τις εγκαταστάσεις και τη ατμόσφαιρα το χώρου και ως διοικητική ποιότητα σχετικά με το χρόνο αναμονής λειτουργίες κλπ. Στην ίδια λογική αξιοποιείται το βασικό εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (SERVQUAL Parasuraman et al. 1985) το οποίο αξιολογεί τις υπηρεσίες υγείας σε 5 διαστάσεις α) Φυσικές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και την εμφάνιση του προσωπικού, β) ικανότητα εκτελέσει την υπόσχεση υπηρεσία αξιόπιστα και με ακρίβεια, γ) προθυμία για να βοηθήσει τους πελάτες και να παρέχει άμεση εξυπηρέτηση, δ) φροντίδα και εξατομικευμένη προσοχή που η επιχείρηση παρέχει στους πελάτες της, ε) αντιλαμβανόμενης ικανότητας, την ευγένεια, αξιοπιστία και ασφάλεια.

Το **δεύτερο επίπεδο** αφορά στο αντιλαμβανόμενο κόστος σε χρόνο (είναι ο χρόνος που έχασε μέχρι να λάβει το προϊόν ή τις υπηρεσίες), το χρηματικό ίσως κόστος από αυτήν την αναμονή (απώλεια παραγωγικότητας), την σωματική και ψυχική κούραση. Στην προσέγγιση αυτή αναζητείται το οριακό όφελος σε σχέση με το οριακό κόστος. Σε αυτή την ανάλυση οριακό όφελος μετράται από την άποψη των δυνατοτήτων βελτίωσης της κατάστασης της υγείας. Έτσι θα μπορούσε να ζητηθεί από τον ασθενή να απαντήσει σε ερωτήματα σχετικά με το βαθμό οι

υπηρεσίες αυτές θα μπορούσαν να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας. Επίσης διερευνάται η διαθεσιμότητα πληρωμής για να πάρουν μια καλύτερη υγεία. Η αντιλαμβανόμενη αξία επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση, αλλά και την επιλογή του προϊόντος ή των υπηρεσιών.



Η ψυχολογική διάσταση αξιολογείται η οριακή ποιότητα σε σχέση με την οριακή ικανοποίηση και το οριακό όφελος όσον αφορά την κατάσταση της υγείας. Δηλαδή στην προσέγγιση αυτή διερευνάται η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο δεδομένο κόστος ανεξάρτητα από την απόλυτη ικανοποίηση. Έτσι, το σύνολο των ψυχομετρικών προσέγγιση βασίζεται σε οριακό όφελος για τις αλλαγές και όχι απόλυτες τιμές. Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα είναι η υποκειμενική γνώμη του ασθενή / καταναλωτή σχετικά με την ποιότητα που λαμβάνει από το προϊόν που επέλεξε ή τις υπηρεσίες. Αυτή επηρεάζει άμεσα και την ικανοποίηση του ασθενή / καταναλωτή. Η επιλογή των υπηρεσιών αποτελεί μια πολυσύνθετη διαδικασία με παράγοντες που αλληλεπιδρούν θετικά και αρνητικά μεταξύ τους. Σε αυτή την προσέγγιση η ανάλυση της μεθόδου δεν περιορίζεται στην απλή αποτύπωση των κοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος την αντίληψη της ποιότητας από το ένα επίπεδο της κατάστασης της υγείας σε ένα άλλο και ποιο βαθμό αυτή η αντίληψη των αλλαγών αποτυπώνονται σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα.

Συμπεράσματα

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αναφέρεται στην επίτευξη του στόχου της παροχής υπηρεσιών με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιούνται η απαιτήσεις και ανάγκες των χρηστών τους. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ξεχωριστή σημασία, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο. Η έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική αντιμετώπιση προβλημάτων του ασθενή, αποτροπή επιπλοκών είναι μέρος της ποιότητας των υπηρεσιών. Επιπλέον η καλή ψυχολογική κατάσταση ασθενούς λόγω καλού περιβάλλοντος της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας και συντόμευσης του χρόνου παραμονής του στο Νοσοκομείο αποτελούν Οπλέον από τους βασικούς στόχους ενός συστήματος υγείας. Επίσης η μείωση απώλειας εισοδήματος που θα υποστεί ο ασθενής λόγω έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας του ασθενή εντάσσεται στο κοινωνικό όφελος της εφαρμογής της ποιότητας. Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας συνδέεται άμεσα με τις ανάγκες υγείας του ασθενούς, καθώς και με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του. Η χρήση μεθοδολογικών εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής επιτρέπει την αναγνώριση των γενικών (γενικά εργαλεία), αλλά και ειδικών (νοσολογικά προσδιορισμένα εργαλεία) αναγκών υγείας του ασθενούς και δύναται να συντελέσει στην εκτίμηση της ικανοποίησης ή μη του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση να υποδείξει τους τομείς που χρίζουν βελτίωση ποιότητας. Τέλος η νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου των επαγγελματιών υγείας, η απαλλαγή των επαγγελματιών υγείας από αδικαιολόγητο άγχος και εκνευρισμό, ο περιορισμός της σπατάλης και η αύξηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας ενισχύουν την απόδοση του συστήματος στην κοινωνία και διαμορφώνουν ένα ισχυρό αίσθημα ασφάλειας βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας στο εσωτερικό και διεθνώς.

Στη ΔΟΠ υπάρχει η παρακίνηση της συνεχούς αναζήτησης νέων μεθόδων βελτίωσης των δραστηριοτήτων παραγωγής ή εξυπηρέτησης καθώς επίσης και της μείωσης της σπατάλης πόρων, με τη χρήση δοκιμασμένων τεχνικών και εργαλείων, με συμμετοχή των εργαζομένων. Η μέτρηση της ποιότητας και αξιολόγησης της εφαρμόζονται με σκοπό να εντοπιστούν τα λάθη

και να υπάρξουν βελτιώσεις. Ο κύριος στόχος της διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, όχι μόνο σε σχέση με το υπάρχον αρχικό επίπεδο, αλλά ως μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης. Ο τελικός στόχος της Ποιότητας Διασφάλισης είναι η «πρόληψη λάθους» σε όλα τα στάδια της παραγωγής και της διανομής του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Επιπλέον, η Διοίκηση ολικής ποιότητας είναι η φιλοσοφία λειτουργίας για να ανταποκριθεί προσδοκίες και απαιτήσεις του χρήστη, και ταυτόχρονα είναι ένα διοικητικό σύστημα που επιδιώκει να μεγιστοποιήσει την αξία του παρεχόμενου προϊόντος ή της υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Η Διοίκηση ποιότητας στα συστήματα υγείας αποτελεί μια συνεχή διαδικασία με δυναμική προσέγγιση που συμβάλλει στην εξάλειψη λαθών και ελαττωμάτων μέσα από τη δέσμευση του προσωπικού, τη συστηματική συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα ενεργειών και διαδικασιών και η ανάλυση των αποτελεσμάτων και της ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών, καθώς και την ενεργό υποστήριξη της διοίκησης.

Η ποιοτική παροχή υγειονομικών υπηρεσιών επηρεάζει σημαντικά τόσο τους ασθενείς που αποτελούν και την μονάδα λήψης της εν λόγω φροντίδας, όσο και τους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό), το ίδιο το νοσοκομείο, τα ασφαλιστικά ταμεία και κατ' επέκταση όλων αυτών το κράτος πρόνοιας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και είναι θεμιτό να αποτελεί κύριο μέλημα της πολιτικής υγείας, καθώς επιφέρει υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Η έννοια της ικανοποίησης έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και συνδέεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και ειδικών αναγκών υγείας των ασθενών-χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, ποιότητα και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, καθώς και με την αποδοτικότητά τους. Οφέλη από την ποιότητα θα προσφέρονται και στην ίδια την μονάδα υγείας. Αρχικά, οικονομικά και λειτουργικά οφέλη τα όποια θα προέρχονται από το μειωμένο λειτουργικό κόστος, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και άμεση

Θεραπεία του ασθενή θα έχει ως αποτέλεσμα και την μειωμένη νοσηλεία του αλλά και το μειωμένο κόστος από τις ανεξέλεγκτες (έως σήμερα) θεραπευτικές αγωγές και παρεμβάσεις.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Abdellah, F.G., & Levine, E. Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 1957a 5 (3), 100-108.

Abdellah, F.G., & Levine, E. What factors affect patients' opinions of their nursing care. *Hospitals*, 1957b; 31, 61-64.

Abdellah, F.G., & Levine, E. What patients say about their nursing care. *Hospitals*, 1957d; 31, 44-48.

Abdellah, F.G., & Levine, E. What personnel say about nursing care. *Hospitals*, 1957e; 31, 53-57.

Abramovitz, S., Cote', A.A., & Berry, E. Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 1987; 13(4), 122-130.

Adler, M., & Ziglio, E. *Gazing into the oracle*. Jessica Kingsley Publishers: Bristol, PA 1996.

Allen PF: Assessment of oral health related quality of life *Health Qual Life Outcomes* 2003, 1:40(40).

Anderson, E. and Sullivan, M. (1993), "The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction For Firms", *Marketing Science*, 12, (2), pp.125-143.

Anderson, K. & Zemke, R. Delivering knock your socks off service. *AMACOM*. 1991

Annandale, E. & Hunt, K. Accounts of disagreements with doctors. *Soc Sci Med*, 1998; 46, 119-129.

Asadi-Lari M, Packham C, Gray D: Is quality of life measurement likely to be a proxy for health needs assessment in patients with coronary artery disease? *Health Qual Life Outcomes* 2003, 1(50).

Avis M., Bond M. & Arthur A., "Exploring patient satisfaction with outpatient services", *Journal of Nursing Management* 1995; Vol. 3, pp. 59-65.

- Avis, M., Bond, M. & Arthur, A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 22, 316-322.
- Baker R, Mainous Ag Iii, Gray Dp, Love Mm. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 27-32.
- Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract.* 40(341): 487–490, 1990.
- Barbour, R. S. The case of combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *Journal of Health Services Research Policy*, 1999; 4, 39-43.
- Bertakis, K., Roter, D. & Putnam, S. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. 1991; *J Fam Pract*, 32, 175-181.
- Bolton, R. and Drew, J., "A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value", *Journal of Consumer Research*, 1991;17, (March), pp.375-384.
- Bond, S., & Thomas, L. H.. Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1991; 16, 1492-1502.
- Bredart A. Assessment of Satisfaction with Cancer Care: Development, Cross-Cultural Psychometric Analysis and Application of a Comprehensive Instrument. Thela Thesis 2001.
- Burns, N. & Grove S., K. *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization*, Philadelphia, W.B. Saunders Company 1993.
- Campanella Hc, Campanella Pm, Grayson K. *Factors affecting Department of Defense patient satisfaction in a military emergency department*. *Mil Med* 2000;165: 396-02.
- Cleary, P. D., Zaslavsky, A. M. & Cioffi, M. Sex differences in assessments of the quality of Medicare managed care. *Womens Health Issues*, 2000;10, 70-79.
- Cleary, P., Edgman-Levitan, S., McMullen, W. & Delblanco, T. The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *Q Rev Bull*, 1992; 18, 53-59.
- Coulter A., *Evaluating the Outcome of Health Care*, *The Sociology of the Health Service*, eds Gabe J., Calnan M., Bury M, Routledge, London, 1991; σελ. 115-139.

- Crow R, Gare H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.*, 2002; 6 (32):1-244.
- Crow, R., Cage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 2002; 6.
- Danielsen k, Garratt AM, Bjertnaes ØA, Pettersen KI. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scand J Public Health*, 35(1):70-7, 2007.
- Darby C., Valentine N., Murray C., de Silva A. "Strategy on measuring responsiveness", World Health Organization, Geneva, 2000. (GPE Discussion Paper Series: No 23)
- Dagger T. S, Sweeney J , and Johnson L. A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *J serv res* 10:123 (2007)
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc* 1988; 260:1743-48.
- Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Anne Arbor, Health Administration Press, Michigan, 1980.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc* 1988; 260:1743-48.
- Donabedian, A.K. Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press 1980.
- Dumas, R. A. et al., (1987). Making quality control theories workable. *Training and Development Journal* 41 (2):30-33
- Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher Rw. Patient satisfaction with primary care consultations. *J Behav Med* 1986; 9: 389-99.
- Ferguson, G. H., & Ferguson, W.F. As patients see us. *Nursing management*, 1983;14(8), 20-21.
- Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J. The Experience of Illness. Tavistock 1984.
- Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociol Health Illn* 1983; 5: 297-311

- Fox Jg, Storms Dm. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med* 1981; 15: 557-64.
- Garvin, David A.. *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*. New York: Free Press 1988
- Greeneich, D.S., Long, C.O., & Miller, B.K. Patient satisfaction update: Research applied to practice. *Applied Nursing Research*, 1992; 5(1), 43-48.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung H P, Ferreira, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract*. 50(460): 882–887, 2000.
- Guyatt Gh, Mitchell A., Molloy DW, Capretta R, Horsman J, Groffith L. Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness. *J Clin Epidemiol* 48 (10):1215-24, 1995.
- Guzman, P. M., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L., & Wright, W.R. Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 1988; 12, 225-233.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. What the patients like about their care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*, 1988; 27, 935-939.
- Hall, J.A. and Milburn, M.A., Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. *Health Psychology* 1998;17(1):70-75.
- Hiidenhovu H, Nojonen K, Laippala P. Measurement of outpatients' views of service quality in a Finnish university hospital. *J Adv Nurs*, 2002, 38(1):59-67.
- Hsieh, M. & Kagle, J. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work*, 1991;16, 281-290.
- J.D. van der Bij, T. Vollmar, M.C.D.P. Weggeman. Quality systems in health care: a situational approach *International Journal of Health Care Quality Assurance* 11/2(1998) 65-70
- Jenkinson, C., Coulter, A. & Bruster, S. The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002; 14(5), 353-358.

- Kane, R., Maciejewski, M. & Finch, M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care*, 1997; 35, 714-730.
- Kaplan, S. H., Sullivan, L. M. & Spetter, D. Gender And Patterns Of Physician-patient communication. *Women's Health: The Commonwealth Fund Survey* 1996.
- Khayat, K. & Salter, B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 1994; 44, 215-219.
- Kisa K, Kawabata H, Itou T, Nishimoto N, Maezawa M.(2011). Survey of patient and physician satisfaction regarding patient-centered outpatient consultations in Japan. *Mednet* 2011, 50(13):1403-8
- Kolodinsky, J. Gender differences in satisfaction with primary care physicians in a managed care health plan. *Women and Health*, 1997; 26, 67-86.
- Lanara, B. A. Research and the discipline of nursing: a European perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 1996;12, 90-96.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale, *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207, 1979.
- Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982; 16: 583-9.
- Mario Lino Raposo, Helena Maria Alves, Paulo Alexandre Duarte, Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index, *Serv Bus* 2009; 3:85–100
- McDonnell, C., & Nash, J. G. Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *Quality Review Bulletin*, 1990;182-188.
- Mererko, M., Nelson, E. C. & Rubin, H. R. Patients judgments of hospital quality. *Medical Care*, 1990; 28, 1-56
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (). Patients judgments of hospital quality. *Medical Care*, 1990; 28(9), Supplement, 1-56.
- Newsome P R H and Wright G H. Patient Management: A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, Vol 186, pp: 161 – 165, 1999.

- Niakas D., Gnardellis C., Theodorou M., "Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey", *Health Services Management Research*, 2004; Vol.17 No. 1, pp.62-69.
- Niakas D., Mylonakis J., "Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship?" *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 2005; Vol. 6, No. 3, pp. 288-295.
- Oberst, M. T. Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 1984; 53, 2366-2373.
- Pappa E., Niakas D., "Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area". 2006BMC Health Services
- Pascoe, G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 1983 6, 189.
- Petersen, M. B. Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 1988; 2(3), 25-35.
- Research, 6:146.
- Risser, N. L. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 1975; 24(1), 45-52.
- Rogut, L., Newman, L. & Cleary, P. Variability in patients' experiences at 15 New York city hospitals. *Bull N Acad Med*, 1996; 73, 814-884.
- Rossmann G., B. & Wilson B., L. Numbers and words: combining qualitative and quantitative methods in a single large-scale evaluation study *Evaluation Review*, 1985; 9, 643-627
- Rowbotham Mc. Centralized or decentralized service; Faulkner Hospital combines them for greater efficiency and patient satisfaction. *Mod Hosp* 1953; 80:114-6.
- Scardina, S. A. SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 1994; 8(2), 38-46.
- Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External

- Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *Int J Qual Health Care* 2000;12:169–75.
- Shaw Ch., Bruneau Ch., Kutryba B., De Jongh G., Sunol R. Towards hospital standardization in Europe *International Journal for Quality in Health Care* 2010; pp. 1–6
- Shields P, J., Morisson, P. & Hart, D. Consumer satisfaction on a psychiatric ward. *Journal of Advanced Nursing*, 1988; 13, 396-400.
- Shih, F., J Triangulation in nursing research issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing*, 1998; 28, 631-641.
- Silva de A.. “A framework for measuring responsiveness”, World Health Organization, Geneva, 2000. (GPE Discussion Paper Series: No 32)
- Sitzia J., Wood N., “Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts”, *Soc Sci Med*, 1997; Vol. 45, No 12, 1829-1843.
- Smith, C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 1992;4(3), 171-177.
- Speigth J. Assessing Patient Satisfaction: Concepts, Applications and Measurement, *Value in Health*, 2005, Vol 8, Sup 1, pp:6-8.
- Street R.L. Jr., O'Malley K.L., Cooper L.A., Haidet P. . Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med* 2008 May-Jun;6(3):198-205
- Sunol R, Vallejo P, Groene O et al. Implementation of patient safety strategies in European Hospitals. *Qual Saf Health Care* 2009;18:i57–61. doi:10.1136/qshc.2008.029413
- Surjit, S. W. Costumer satisfaction and Health Care Delivery Systems: Commentary with Australian Bias. *Nuclear Medicine*, 1. 2002
- Thomas S, Nay R, Moore K, Fonda D, Hawthorne G, Marosszeky N, Sansoni J. Continenence Outcomes Measurement Suite Project (Final Report). Australian Government *Department of Health and Ageing* 2006.
- Thomas, L. H., & Bond, S. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 1991; 28(4), 291-314.

- Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., Souliotis K., "The "unexpected" growth of the private health sector in Greece", *Health Policy*, 2005;Vol. 74, pp. 167-180.
- Waltz C., F., Strickland O., L. & Lenz E., R. *Measurement in Nursing Research* Philadelphia, F.A Davis Company 1991.
- Waltz C., F., Strickland O., L. & Lenz E., R. *Measurement in Nursing Research* Philadelphia, F.A Davis Company 1991.
- Ware J.E., Snyder M.K., Wright R. and Davies A., "Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care", *Eval Program Plann*, 1983;6: 247-263.
- Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*, 6(3-4):247-63, 1983.
- Ware Je, Snyder Mk, Wright Wr, Davies Ar. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann* 1983; 6: 247-63.
- Ware, J. E., & Snyder, M. K. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical care*, 1975;13(8), 669-682.
- Weisman, C. S., Henderson, J. T., Schifrin, E., Romans, M. & Clancy, C. M. Gender and patient satisfaction in managed care plans: Analysis of the 1999 HEDIS/CAPHS 2.OH. Adult survey. *Women's Health Issues*, 11, 401-415.
- Weiss, G. L. Patient satisfaction with primary medical care. *Medical Care*, 1988; 26, 383-392.
- Williams B, Wilkinson G. Patient satisfaction in mental health care. Evaluating an evaluative method. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 559-62.
- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38: 509- 16.
- Williams, B., Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38(4):509-516.
- Williams, S. & Calnan, M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Fam Pract*, 1991b; 8, 237-242.
- Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behaviour. *J Behav Med*. 1(4):391-401, 1978.

Young-Mahon, P., An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24:1241-1248.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Πιερράκος Γ., Ι. Υφαντόπουλος Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 2006

Β. Παπαγιαννοπούλου, Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, Γ. Υφαντόπουλος. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008, 25(1):73-82.

Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ., Νιάκας, «Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής.» Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας 2004 . Εκδόσεις Mediforce Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γιάννης, Λιόνης Χρήστος, Σουλιώτης Κυριάκος, Τσάκος Γιώργος, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003

Πιερράκος Γ, Τομάρας Π. Η Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας , *Νοσηλευτική* 2009, 48(1): 104–113

Πιερράκος Γ., Λατσού Δ., Γούλα Α., Σταμούλη Μ., Δημάκου Σ., Υφαντόπουλος Ι. Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής Ενδεχόμενη μελέτη Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(5):629-635

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

Ραφτόπουλος Β., «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», *Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής*, Αθήνα 2002

- Σιγάλας Ι., "Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου "Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις", Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999
- Σκαλκίδης Ι., Παπαδόπουλος Φ., Σκαλκίδη Η. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών. *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 2010, 27 (3): 487-497
- Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κόντος Δ., Οικονόμου Χ. Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Τόμος 14, τεύχος 3, 114-118, 2002
- Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας
- Τσελέπη Χ. Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας, τομ.Α, 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα 2000.
- Υφαντόπουλος Ι, Ουλής Κ., Λατσού Δ., Ψαρριανού Β. «Ανισότητες και Ικανοποίηση από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και Σχέση της Στοματικής Υγείας με την Ποιότητα Ζωής των Ελλήνων» Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού ΔΡΑΣΗ ΙΙ., Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, ΙΠΟΚΕ, Colgate.