

Αξιολόγηση της Λειτουργίας των Ιατρείων Πόνου του ΕΣΥ

Γιώργος Πιερράκος,¹ Αθηνά Καλοκαιρινού,² Θεοδούλα Αδαμακίδου,³
Γιάννης Νικολαδός,⁴ Ασπασία Γούλα,⁵ Δήμητρα Λατσού,⁶
Καλλιόπη Βουρλιώτου,⁷ Μάρκος Σαρρής⁸

Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας Ανώτατο Τεχνολογικό
Ίδρυμα Αθήνας, Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Υπουργείο Υγείας

Pain Clinics Operation Evaluation in Greek National Health System

Abstract at the end of the article

¹ PhD Νοσηλεύτης, Επίκουρος Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών,

² PhD Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υπεύθυνη του Εργαστηρίου Κοινωνικής Νοσηλευτικής Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών,

³ PhD Π.Ε. Νοσηλεύτρια Ερευνήτρια Συνεργάτης στο Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών,

⁴ MSc Επιστημονικός Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών,

⁵ MSc Καθηγήτρια εφαρμογών ΤΕΙ Αθηνών,

⁶ MSc Ερευνήτρια συνεργάτης του ΤΕΙ Αθηνών,

⁷ MSc Προϊσταμένη Διεύθυνσης Ποιότητας του Υπουργείου Υγείας,

⁸ Καθηγητής ΤΕΙ Αθήνας

Υποβλήθηκε: 5/11/2012

Επανυποβλήθηκε: 15/2/2012

Εγκρίθηκε: 24/2/2012

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Γιώργος Πιερράκος Νοσηλεύτης, Επίκουρος Καθηγητής ΤΕΙ Αθήνας
Πιπεροπούλου 23 Σταμάτα Αττικής 14565
Τηλ: 6977 215 521
e-mail: gpierrakos@yahoo.gr

Εισαγωγή: Η ανακουφιστική φροντίδα θεωρείται ως η ενεργητική ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με απειλητική για τη ζωή τους νόσο. Εξαιρετικής σημασίας θεωρούνται ο έλεγχος του πόνου και άλλων συμπτωμάτων, καθώς επίσης και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων, με κύριο στόχο την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και την οικογένειά τους. **Σκοπός:** Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους υπεύθυνους των Ιατρείων Πόνου (Ι.Π.) των νοσοκομείων του ΕΣΥ, στο πλαίσιο του έργου με τίτλο: «Ανάπτυξη προτύπου μοντέλου ποιότητας στην αγωγή υγείας, αυτοφροντίδα και αποκατάσταση ασθενών με νεοπλασίες». **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε απογραφική μελέτη με την αποστολή 61 ηλεκτρονικών εντύπων σε αντίστοιχα Ι.Π. και ανταποκρίθηκαν 47 (ποσοστό ανταπόκρισης 77%) κατά το χρονικό διάστημα Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου 2011. Οι υπεύθυνοι των Ι.Π. αξιολόγησαν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με 13 κριτήρια αξιολόγησης βάσει συμπερασμάτων αντίστοιχων ερευνών της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην 5βαθμη κλίμακα Likert. Ο έλεγχος αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο Cronbach και υπολογίστηκε ο συντελεστής Alpha στην τιμή 0,902. **Αποτελέσματα:** Η πολύπαραγοντική ανάλυση των 13 κριτηρίων αξιολόγησης της ποιότητας κατέδειξε 3 κύριους παράγοντες: α) υποστήριξη στη φροντίδα, β) ενδυνάμωση ασθενούς και γ) ψυχολογική στήριξη. Βαθμολογήθηκαν με άριστα η ευγένεια (75%), η κατανόηση (71,1%) και οι οδηγίες για τη λήψη φαρμάκων (68,9%), ενώ χαμηλότερο ήταν το ποσοστό για την ψυχολογική στήριξη της οικογένειας (26,7%), την ενδυνάμωση του ασθενή στη διαχείριση των προβλημάτων της σωματικής υγείας (22,2%), την ψυχοκοινωνική υγεία (20%) και τον χρόνο ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών της φροντίδας (20,5%). Οι υπεύθυνοι των Ι.Π. αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα και των 8 μεθόδων εργασίας που τους προτάθηκαν, με πιο σημαντικές τις εξής: οι 24 δηλώνουν την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών (57,1%), οι 21 τον καθορισμό στόχων των παρεχόμενων υπηρεσιών (51,2%) και οι 20 την εφαρμογή πιστοποιημένων διαδικασιών (48,8%). Τέλος, διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή πιστοποιημένων διαδικασιών εφαρμόζεται μόνο σ' ένα Ι.Π. της Περιφέρειας, ενώ αντίθετα στις αστικές περιοχές εφαρμόζεται σε επτά Ι.Π. ($p \leq 0.05$).

Συμπεράσματα: Αν και είναι εξαιρετικά σημαντική η προσφορά των Ι.Π. στην παροχή των υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ διαπιστώνεται η ανάγκη για ακόμα μεγαλύτερη διεπιστημονική ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών στις διαστάσεις της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας και η ανάπτυξη δικτύων με υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Λέξεις ευρετηρίου: ανακούφιση πόνου, ιατρεία πόνου, ικανοποίηση, μακροχρόνιες ασθένειες, υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Εισαγωγή

Τα Συστήματα Υγείας (ΣΥ) αναπτύσσουν, ως γνωστόν, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους μέσα από συνεχείς διαδικασίες εξέλιξης και μεταρρυθμίσεων, αποτελώντας πλέον κοινή πεποίθηση ότι δεν υπάρχει εξαρχής ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ΣΥ. Στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) η ανάπτυξη υπηρεσιών αυτοφροντίδας αφορά στα άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας.¹

Οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν σήμερα ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα, δεδομένης της αυξανόμενης συχνότητας εμφάνισής τους και της αύξησης του κόστους που επιβαρύνεται το ΣΥ.¹

Η ολοκληρωμένη (integrated) παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (ΜΦΥ) και ενδυνάμωσης των ασθενών με νεοπλασίες αποτελεί τον κεντρικό στόχο συνδυασμού σύνθετων στρατηγικών διατήρησης της υγείας των ασθενών, αποκατάστασης ή βελτίωσης του βιοτικού τους επιπέδου καθώς και της ανεξαρτησίας τους.²

Ένα από τα πλέον σημαντικά στοιχεία του συστήματος ΜΦΥ είναι η ενεργητική ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τον πόνο. Ο έλεγχος του πόνου και η ανακουφιστική φροντίδα³ καθώς και η αντιμετώπιση των ψυχοσυναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων, με κύριο στόχο την ενδυνάμωση των ασθενών και των οικογενειών τους, αποτελούν σημαντικό μέρος της ΜΦΥ.⁴

Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της αύξησης του επιπολασμού των χρόνιων νοσημάτων, αλλά και του κλινικού ενδιαφέροντος για την αποτελεσματική φροντίδα των εν λόγω ασθενών.^{5,6} Βασικός στόχος της ανακουφιστικής φροντίδας είναι να προλαμβάνει και να

απαλύνει τον πόνο του ασθενούς, παρέχοντας την καλύτερη θεραπεία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτού αλλά και της οικογένειάς του.⁷

Στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. και του δυτικού κόσμου αναπτύχθηκαν κατά το βρετανικό πρότυπο ή και με κάποιες αποκλίσεις, όχι μόνο δομές ανακουφιστικής φροντίδας, αλλά πολιτικές υγείας και νομοθετικά μέτρα με σκοπό τη θέσπιση και εγκαθίδρυση ενός κατάλληλου πλαισίου σε επίπεδο εθνικών κρατών. Η Ελλάδα καθυστέρησε να εφαρμόσει ολοκληρωμένες πολιτικές ανακουφιστικής φροντίδας και για πρώτη φορά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) το 2005 παρουσιάζεται με τον όρο *παρηγορητική αγωγή* και αναγνωρίζεται κατ' αυτόν τον τρόπον ως δεοντολογικό καθήκον.⁹ Ωστόσο, ο ΚΙΔ περιορίζει την παρηγορητική αγωγή μόνο σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη νόσο και βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους και εφόσον έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά μέσα.

Αν και η συνήθης τακτική στην αντιμετώπιση του πόνου είναι η επικέντρωση στη φαρμακευτική θεραπευτική στρατηγική, κάτι που είναι λογικό δεδομένης της ανακούφισης που επιζητά ο ασθενής, έχει διαπιστωθεί ότι σε μακροχρόνια βάση η ολιστική αντιμετώπιση του πόνου επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα και μειώνει το κόστος.^{10,11} Η σύνδεση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε ένα ολοκληρωμένο (integrated)¹² μοντέλο παροχής υπηρεσιών βελτιώνει τόσο την ποιότητα όσο και την αποδοτικότητα της αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών, δεδομένου ότι η μονοδιάστατη πρόληψη των ασθενειών και μόνο δεν φαίνεται να επαρκεί.¹³

Στο πλαίσιο του έργου με τίτλο: «*Ανάπτυξη προτύπου μοντέλου ποιότητας στην αγωγή υγείας, αυτόφροντίδα και αποκατάσταση ασθενών με νεοπλασίες*» που χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Υπουργείο Υγείας και υλοποιείται από το ΤΕΙ Αθήνας και συγκεκριμένα από το Τμήμα Δι-

Πίνακας 1. Ιατρεία πόνου που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη

ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ	Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
Γ.Ν.Α. «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»	Γ.ΟΓΚ/ΚΟ Ν. ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	Παν. Ν. Θεσ/νίκης «ΑΧΕΠΑ
Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»	Ν. Ν. Θώρακος Α. «ΣΩΤΗΡΙΑ»	Γ. Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ
Αντικ. Ογκ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»	Γ.Ν.Α. «ΕΛΠΙΣ»	Γ. Ν. ΣΕΡΡΩΝ
Γ.Ν. Παίδων «ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ Ν. Θεσ/νίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»	Παν. Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	Γ. Περφ. Ν. Θεσ/νίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	Γ. Ν. ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ
Γ. Ν. Αεροπορίας 251	Γ.Ν.ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»	Γ. Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»
Γ. Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»	Γ. Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	Γ. Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
Γ. Ν. ΠΑΤΗΣΙΩΝ	Γ. Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟ
Γ.Ν.Α. «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ «	Γ. Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ	Γ. Ν. ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
Γ.Ν.Α. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ «	Παν. Γ. Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	Γ. Ν. ΑΙΓΙΟΥ
Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΘΡΑΚΗ	Γ. Ν. ΠΥΡΓΟΥ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»
ΙΚΑ – 6° ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	Παν. Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	Γ. Ν. ΛΑΜΙΑΣ
Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ	Γ. Ν. ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ
Γ.ΑΝΤΙΚ. ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»	Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΑΙΓΑΙΟ
Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ»	Γ. Ν. ΚΩ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ Ν. Α. ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ	Παν. Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	

οίησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας για την περίοδο 2011-2013, πραγματοποιήθηκε καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης, όσον αφορά στην ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται από τα Ιατρεία Πόνου (Ι.Π.) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Επίσης, επιχειρήθηκε η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των μεθόδων εργασίας που εφαρμόζονται στα Ι.Π., καθώς και η σημαντικότητα αυτών.

Υλικό και Μέθοδος

Το Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Αθηνών σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, απέστειλε ένα ειδικό ηλεκτρονικό έντυπο καταγραφής στο σύνολο των ΙΠ των νοσοκομείων του ΕΣΥ, όπως αυτά υποδείχθηκαν από τη Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η χρονική περίοδος καταγραφής του εν λόγω εντύπου ήταν από το Νοέμβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2011.

Συγκεκριμένα δημιουργήθηκε ένα δομημένο συνδυ-

αστικό έντυπο το οποίο περιλάμβανε τις εξής ενότητες:

- Δημογραφικά στοιχεία υπευθύνου του Ιατρείου Πόνου,
- Παρεχόμενες υπηρεσίες (είδος υπηρεσιών),
- Υποδομή (ανθρώπινοι και υλικοτεχνικοί πόροι),
- Εξυπηρετούμενοι ασθενείς,
- Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- Μέθοδοι εργασίας που εφαρμόζονται και αξιολόγησή τους
- Προβλήματα και προτάσεις βελτίωσης (ανοικτή ερώτηση)

Η καταγραφή των ανωτέρω στοιχείων πραγματοποιήθηκε με ηλεκτρονική συμπλήρωση από τους υπεύθυνους των Ι.Π. των νοσοκομείων σε μια ειδικά διαμορφωμένη ιστοσελίδα. Στην έρευνα συμμετείχαν 47 Ι.Π., σε σύνολο 61 (ποσοστό ανταπόκρισης 77%).

Η ανάλυση των δεδομένων παρουσιάζεται με περιγραφική στατιστική υπό τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών και μέσων τιμών, καθώς και τυπικών αποκλίσεων. Για την αποτύπωση των δυνατοτήτων των Ιατρείων Πόνου να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των ασθενών ολιστικά στη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, επιλέχθηκαν 13 κριτήρια αξιολόγησης. Η επιλογή των συγκεκριμένων κριτηρίων βασίστηκε

Πίνακας 2. Παρεχόμενες υπηρεσίες των Ιατρείων Πόνου

Υπηρεσίες	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Αποκατάσταση	6	12,8
Εργοθεραπείας	3	6,4
Φυσιοθεραπείας	12	25,5
Παρακολούθησης συμπτωμάτων	43	91,5
Ανακούφισης πόνου	45	95,7
Ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ασθενή	29	61,7
Ψυχολογικής υποστήριξης οικογένειας ασθενή	25	53,2
Διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας	26	55,3
Εξειδικευμένης κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας	32	68,1
Ψυχολογικής στήριξης των επαγγελματιών υγείας	7	14,9
Κατ' οίκον φροντίδας	11	23,4
Ιατρικής παρέμβασης	43	91,5
Νοσηλευτικής παρέμβασης	29	61,7

στα συμπεράσματα ερευνών σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς.¹⁴⁻¹⁸ Η εγκυρότητα του περιεχομένου των 13 ερωτήσεων εξετάστηκε με διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Η περιστροφή που εφαρμόστηκε ήταν Varimax και η επάρκεια της δειγματοληψίας εκτιμήθηκε με το δείκτη Kaiser – Meyer Olkin (ΚΜΟ)¹⁹. Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Cronbach και υπολογίστηκε ο συντελεστής Alpha²⁰⁻²¹ στην τιμή 0,902. Ακόμη, διενεργήθηκε διαχωρισμός των αποτελεσμάτων όσον αφορά στα Ι.Π. των αστικών περιοχών (Αθήνα / Θεσσαλονίκη) και αυτών της Περιφέρειας, προκειμένου να αξιολογηθούν οι διαφορές στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η εν λόγω διαφορά αξιολογήθηκε με τη μέθοδο chi-square (χ^2). Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των δεδομένων ήταν το SPSS 19.0.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Συνολικά, 47 Ιατρεία Πόνου, εκ των οποίων 26 ήταν στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη και 21 στην Περιφέρεια, συμμετείχαν στην καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών όσον αφορά στην κατ' οίκον φροντίδα ασθενών με νεοπλασίες, αλλά και στην αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τους ανθρώπινους πόρους, την υλικοτεχνική υποδομή κ.λπ. (πίνακας 1).

Η πλειοψηφία των υπεύθυνων ιατρών ήταν γυναίκες (70,5%), με την ειδικότητα του αναισθησιολόγου (85,1%). Η μέση τιμή των ετών υπηρεσίας των υπευθύνων ήταν $26 \pm 7,8$ έτη και η μέση ηλικία τους $53,3 \pm 9,3$ έτη.

Πίνακας 3. Ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνικοί πόροι των Ιατρείων Πόνου

Υπηρεσίες	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)
Ηλεκτρονικοί υπολογιστές	35	75,5
Διαδίκτυο	36	76,6
Βάσεις δεδομένων ιατρικής πληροφορίας	18	38,3
Ασθενοφόρα	11	23,4
Αυτοκίνητα	4	8,5

Πίνακας 4: Ανάλυση παραγόντων των 13 ερωτήσεων σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

	Διαστάσεις		
	Σωματική	Κοινωνική Υγεία	Ψυχική Υγεία
Ευγένεια	0,818		
Οδηγίες για τον τρόπο ζωής	0,803		
Κατανόηση	0,791		
Οδηγίες για τη λήψη φαρμάκων	0,777		
Ενημέρωση για τη νόσο	0,682		
Ταχύτητα ανταπόκρισης στις ανάγκες του ασθενή	0,558		
Ενδυνάμωση του ασθενούς στη διαχείριση των προβλημάτων σωματικής υγείας		0,883	
Βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων του φροντιστή		0,870	
Ενδυνάμωση του ασθενούς στη διαχείριση των προβλημάτων ψυχοκοινωνικής υγείας		0,834	
Χρόνος ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών της φροντίδας		0,794	
Περιποίηση		0,583	
Ψυχολογική στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος			0,892
Ψυχολογική στήριξη του ασθενή			0,831

Παρεχόμενες υπηρεσίες (είδος υπηρεσιών)

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης ζητούσε από τους υπεύθυνους των Ι.Π. να σημειώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η πλειοψηφία των Ι.Π. του ΕΣΥ δεν παρέχει τις εξής υπηρεσίες: α) υπηρεσίες αποκατάστασης, β) εργοθεραπεία, γ) φυσιοθεραπεία, δ) ψυχολογική στήριξη των επαγγελματιών υγείας και ε) κατ' οίκον φροντίδα (πίνακας 2).

Συγκεκριμένα, το 38,1% των Ι.Π. που βρίσκονται στην Περιφέρεια παρέχουν φυσιοθεραπεία στους ασθενείς τους, σε αντίθεση με το 15,4% αυτών της Αθήνας / Θεσσαλονίκης ($p \leq 0.05$). Επίσης, το 71,4% των Ι.Π. της Περιφέρειας προσφέρουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη στον ασθενή, συγκριτικά με το 53,8% των δυο αστικών κέντρων της μελέτης. Ωστόσο, το 52,4% των Ι.Π. της Περιφέρειας στερούνται διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας, σε σύγκριση με αυτά της Αθήνας/Θεσσαλονίκης (38,5%).

Υποδομή (ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνικοί πόροι)

Στην πλειοψηφία των Ι.Π. το μόνιμο προσωπικό που απασχολείται είναι 1-3 άτομα (55,3%), 1-2 άτομα εργάζονται υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης σε 8 Ι.Π. και εθελοντική εργασία παρέχουν 1-3 άτομα σε 6 Ι.Π. Σχετικά με τους απαραίτητους υλικοτεχνικούς πόρους, η πλειοψηφία των Ι.Π. είχαν έλλειψη ασθενοφόρων και αυτοκίνητων, σε ποσοστό 76,6% και 91,5% αντίστοιχα (πίνακας 3). Επίσης, το 42,9% των Ιατρείων Πόνου της Περιφέρειας δεν παρέχουν εξειδικευμένη κατάρτιση στους επαγγελματίες υγείας, σε αντίθεση με το 23,1% αυτών της Αθήνας/Θεσσαλονίκης.

Εξυπηρετούμενοι Ασθενείς

Οι υπεύθυνοι των Ι.Π. ερωτήθηκαν σχετικά με τον αριθμό των ασθενών που εξυπηρετούνται το μήνα, αλλά και συνολικά σε όλο το έτος, καθώς και για το αν παρέχεται στους ασθενείς κατ' οίκον νοσηλεία. Το 57,1%

Πίνακας 5. Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς:	Χαμηλή		Σχεδόν χαμηλή		Μέτρια		Σχεδόν υψηλή		Υψηλή	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Την ενημέρωση για τη νόσο	-	-	-	-	7	15,9	18	40,9	19	43,2
Τις οδηγίες για τη λήψη φαρμάκων	-	-	-	-	-	-	14	31,1	31	68,9
Τις οδηγίες για το τρόπο ζωής	-	-	-	-	3	6,7	18	40	24	53,3
Την περιποίηση	2	4,4	-	-	3	6,7	15	33,3	25	55,6
Την ευγένεια	-	-	-	-	2	4,5	9	20,5	33	75
Την κατανόηση	-	-	-	-	2	4,4	11	24,4	32	71,1
Την ψυχολογική στήριξη του ασθενή	-	-	2	4,5	10	22,7	18	40,9	14	31,8
Την ψυχολογική στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος	1	2,2	2	4,4	13	28,9	17	37,8	12	26,7
Την ταχύτητα ανταπόκρισης στις ανάγκες του ασθενή	-	-	3	7	-	-	21	48,8	19	44,2
Τον χρόνο ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών της φροντίδας	4	9,1	7	15,9	13	29,5	11	25	9	20,5
Την ενδυνάμωση του ασθενούς στη διαχείριση των προβλημάτων σωματικής υγείας	3	6,7	4	8,9	11	24,4	17	37,8	10	22,2
Την ενδυνάμωση του ασθενούς στη διαχείριση των προβλημάτων ψυχοκοινωνικής υγείας	5	11,1	3	6,7	15	33,3	13	28,9	9	20
Τη βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων του φροντιστή	5	11,6	1	2,3	10	23,3	15	34,9	12	27,9

(24) των Ι.Π. εξυπηρετούν από 1 έως και 5 ασθενείς το μήνα, το 9,5% 6-10 ασθενείς και το 33,3% αυτών άνω των 11 ασθενών. Επίσης, η πλειοψηφία των Ι.Π. (40,5%) εξυπηρετούν πάνω από 21 άτομα το έτος. Η μέση τιμή του αριθμού των ασθενών που εξυπηρετούνται από τα Ι.Π. ανά μήνα και ανά έτος είναι 23 (\pm 49) και 100 (\pm 15) άτομα αντίστοιχα. Από το σύνολο των ασθενών μόνο στους 5 εξ αυτών δίνεται επίσκεψη κατ' οίκον το μήνα από τους υπεύθυνους και ο μέσος χρόνος παραμονής τους στο σπίτι είναι 2 ώρες \pm 15,8.

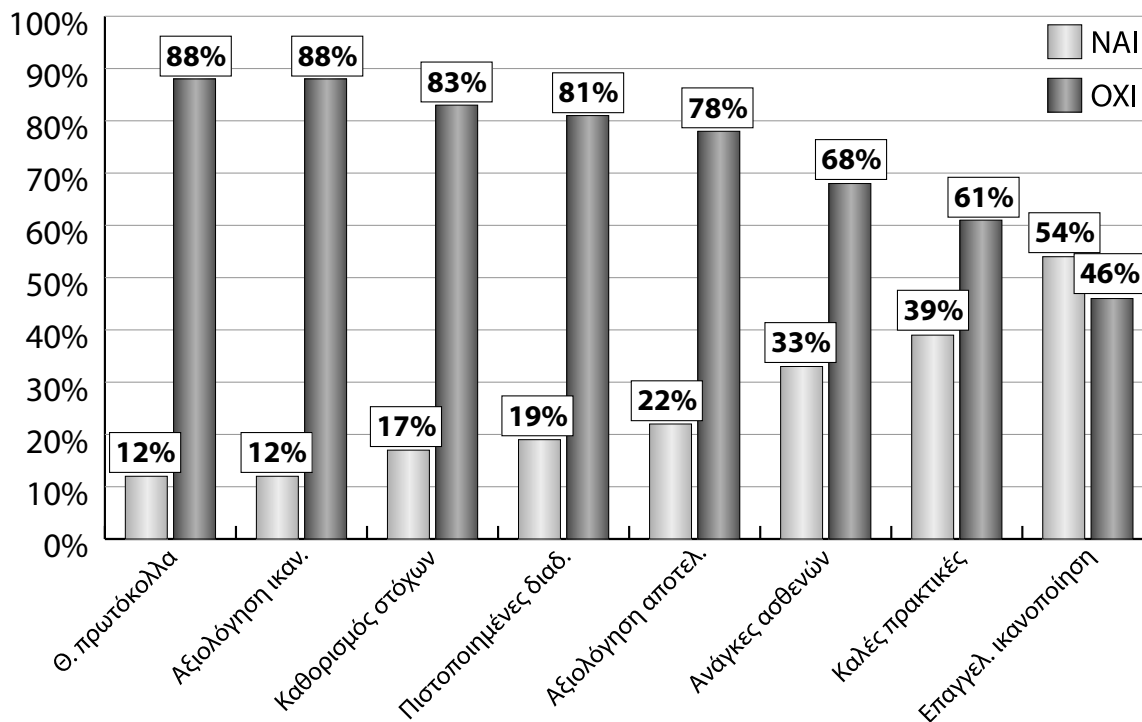
Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των Ι.Π., ως πρώτο βήμα θεωρείται η αξιολόγηση της ποιότητας αυτών από την πλευρά των

υπεύθυνων. Ειδικότερα, ζητήθηκε από τους υπεύθυνους η εκτίμηση των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασθενείς με βάση την 5βαθμη κλίμακα Likert. Οι υπηρεσίες που διερευνήθηκαν σχετιζόνταν με τα ακόλουθα:

- τις οδηγίες για τη νόσο, τη λήψη του φαρμάκου, τον τρόπο ζωής καθώς και την σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία,
- τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,
- την ταχύτητα των διοικητικών διαδικασιών,
- τη βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων του φροντιστή.

Προκειμένου να διερευνηθεί η εγκυρότητα των 13 ερωτήσεων αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών που τέθηκαν στους υπεύθυνους των Ι.Π. πραγματοποιήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Η επάρκεια της δειγματοληψίας σύμφωνα με τον δείκτη Kaiser –



Εικόνα 1: Μέθοδοι εργασίας που εφαρμόζονται στα Ιατρεία Πόνου

Meyer Olkin (KMO) ήταν 0,724, και η πολυπαραγοντική ανάλυση εξήγαγε 3 παράγοντες, όπου ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 47,24 της συνολικής διακύμανσης (πίνακας 4).

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους υπεύθυνους των Ι.Π., όπως αυτοί αξιολόγησαν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Η πλειοψηφία των υπευθύνων βαθμολογούν υψηλή την ποιότητα που παρέχουν στους ασθενείς ως προς: την ενημέρωση για τη νόσο (43,2%, 19 Ι.Π.), τις οδηγίες για τη λήψη φαρμάκων (68,9%, 31 Ι.Π.) και για το τρόπο ζωής (53,3%, 24 Ι.Π.), την περιποίηση (55,6%, 25 Ι.Π.), την ευγένεια (75%, 33 Ι.Π.), την κατανόηση του προσωπικού (71,1%, 32 Ι.Π.), την ψυχολογική στήριξη του ασθενή (31,8%, 14 Ι.Π.) και την ταχύτητα ανταπόκρισης στις ανάγκες του ασθενή (44,2%, 19 Ι.Π.).

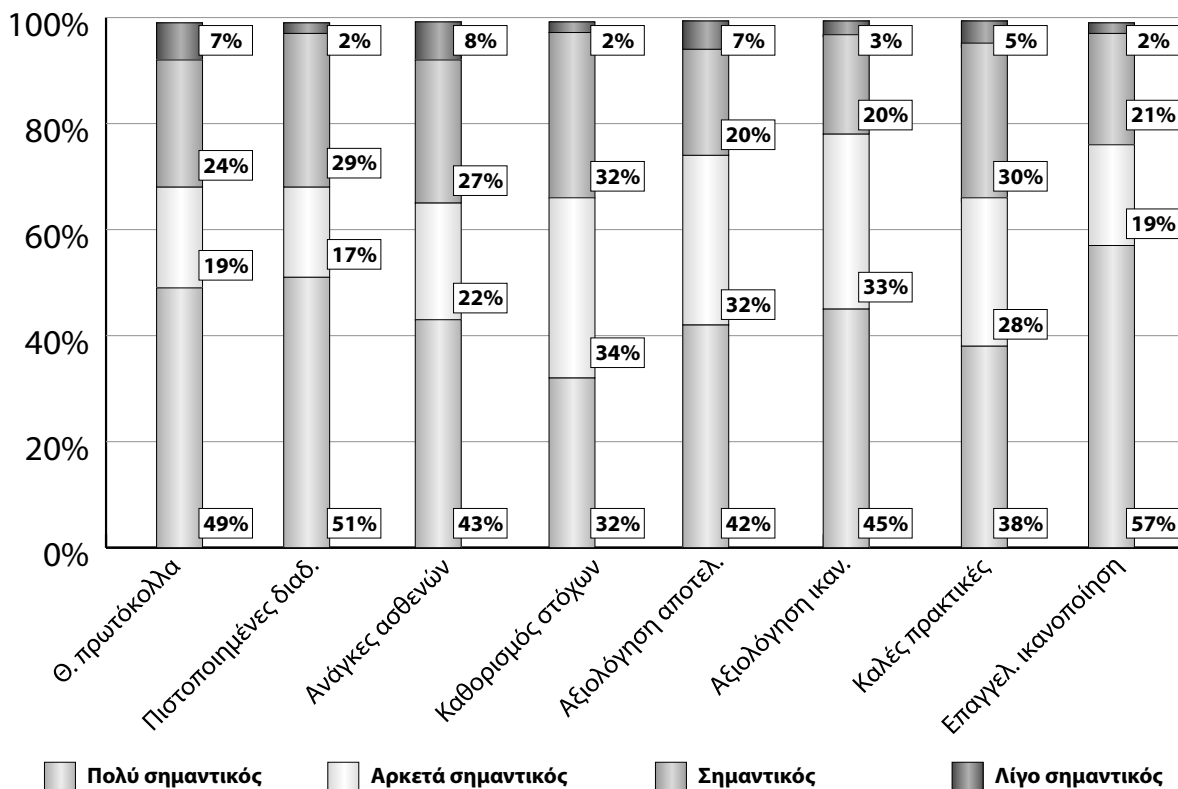
Ωστόσο, ένα υψηλό ποσοστό των υπευθύνων σημείωσε πως η ψυχολογική στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος (28,9%, 13 Ι.Π.), ο χρόνος ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών της φροντίδας (29,5%, 13 Ι.Π.), η ενδυνάμωση του ασθενή στη διαχείριση των προβλημάτων σωματικής υγείας (24,4%, 11 Ι.Π.) αλλά και η βελ-

τίωση των ατομικών δεξιοτήτων του φροντιστή (23,3%, 10 Ι.Π.) παρέχονται σε μέτριο βαθμό. Σημαντικός είναι ο αριθμός των υπευθύνων (33%, 15 Ι.Π.), οι οποίοι βαθμολόγησαν μέτρια την ποιότητα που προσφέρουν όσον αφορά την ενδυνάμωση του ασθενούς στη διαχείριση των προβλημάτων ψυχοκοινωνικής υγείας.

Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών σχετικά με την ενδυνάμωση του ασθενούς στη διαχείριση των προβλημάτων σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας που παρέχεται στα Ι.Π. των δυο αστικών περιοχών αλλά και της Περιφέρειας διαφέρει ($p \leq 0.05$). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι η ποιότητα των δυο εν λόγω υπηρεσιών είναι χαμηλότερη στα Ι.Π. της Περιφέρειας σε σύγκριση με αυτά της Αθήνας/Θεσσαλονίκης. Το ίδιο αποτέλεσμα εξήχθη και σχετικά με τη βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων του φροντιστή ($p \leq 0.05$).

Μέθοδοι εργασίας

Η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και κατ'έκταση η βελτίωση της παροχής αυτών είναι θεμιτό να στηρίζεται σε ένα οργανωμένο και διοικητικό μοντέλο, προκειμένου οι υπηρεσίες που πα-



Εικόνα 2: Βαθμολόγηση σημαντικότητας των μεθόδων εργασίας που εφαρμόζονται στα Ιατρεία Πόνου

ρέχονται να διέπονται από ποιότητα. Έτσι, ζητήθηκε από τους υπεύθυνους των Ι.Π. να σημειώσουν εάν εφαρμόζουν ή όχι τις προτεινόμενες μεθόδους εργασίας, αλλά και την σημαντικότητα αυτών στην εργασία τους.

Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται η χρήση ή μη των προτεινόμενων μεθόδων εργασίας από τους υπεύθυνους στα Ι.Π. Σύμφωνα με τα στοιχεία, η πλειοψηφία αυτών δεν εφαρμόζει ή χρησιμοποιεί κάποια οργανωμένη δομή. Εξάιρεση αποτελεί η αξιολόγηση που πραγματοποιείται σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού (53,7%).

Επιπλέον, ζητήθηκε από τους υπεύθυνους των Ι.Π. να αξιολογήσουν τη σημασία της χρήσης των εν λόγω μεθόδων εργασίας, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η εφαρμογή αυτών θα αποτελούσε διευκόλυνση στην εργασία τους, αλλά και αποτελεσματικότερη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Σύμφωνα με τις απαντήσεις (εικόνα 2), οι μέθοδοι εργασίας που προτάθηκαν, αξιολογήθηκαν από την πλειοψηφία των υπευθύνων των Ι.Π. ως πολύ σημαντικές για την εργασία τους. Πρέπει να σημειωθεί ότι κανένας υπεύθυνος δεν σημείωσε την απάντηση «ασήμαντη».

Τέλος, στοχεύοντας στη διερεύνηση ύπαρξης διαφοράς των Ι.Π. της Αθήνας/Θεσσαλονίκης και της Περιφέρειας, σε σχέση με την εφαρμογή ή όχι των ανωτέρω μεθόδων εργασίας, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των εν λόγω δυο ομάδων. Εξάιρεση, αποτέλεσε η εφαρμογή πιστοποιημένων διαδικασιών όπου μόνο ένα Ι.Π. από τις Περιφέρειες τις εφαρμόζει, σε αντίθεση με τα 7 Ι.Π. των αστικών περιοχών ($p \leq 0.05$).

Προβλήματα στη λειτουργία και προτάσεις βελτίωσης

Στο τέλος του ερωτηματολογίου χαρτογράφησης των παρεχόμενων υπηρεσιών των Ι.Π., ζητήθηκε από τους υπεύθυνους (ως ανοιχτή ερώτηση) να καταγράψουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά τη λειτουργία αυτών και προτάσεις βελτίωσης, προκειμένου οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται με αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των υπευθύνων, τα κύρια προβλήματα στη λειτουργία των Ι.Π. είναι η έλλειψη:

- προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού), η κατάρτιση αυτού, καθώς και η συνεργασία μεταξύ των μελών του προσωπικού,
- γραμματειακής υποστήριξης και κατ' επέκταση μηχανοργάνωσης,
- υλικοτεχνικής υποδομής και κατάλληλων χώρων, αλλά κυρίως έλλειψη χώρου για επεμβατικές τεχνικές,
- επιστημόνων (ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών),
- υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι από τα Ι.Π. της Περιφέρειας αναφέρθηκε ότι οι ογκολογικές κλινικές δεν παραπέμπουν τους ασθενείς σε αυτά. Επιπλέον, οι ασθενείς στην Περιφέρεια δήλωσαν ότι δεν ήταν ενημερωμένοι σχετικά με την ύπαρξη και λειτουργία Ι.Π. στην περιοχή τους. Ακόμη, οι υπεύθυνοι των Ι.Π. της Περιφέρειας επισήμαναν ότι δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ αυτών και του Ιατρικού Συλλόγου, των ιατρείων του ΙΚΑ και των Κέντρων Υγείας της περιοχής.

Τέλος, οι υπεύθυνοι των Ι.Π., ως άμεσα αρμόδιοι για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ανέφεραν προτάσεις βελτίωσης της λειτουργίας των Ι.Π.:

- Τοποθέτηση μόνιμου και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού).
- Συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού σχετικά με την διαχείριση του πόνου.
- Ύπαρξη ψυχολογικής υποστήριξης τόσο του ασθενή, όσο και της οικογένειας αυτού.
- Διάθεση ειδικά προσαρμοσμένου χώρου για τη λειτουργία του Ι.Π., με πλήρη υλικοτεχνικό και τεχνολογικό εξοπλισμό, σύμφωνα με τις διεθνείς προδιαγραφές.
- Δημιουργία κατάλληλων υποδομών και προγραμμάτων για την ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας, αλλά και φυσιοθεραπευτική και ψυχολογική υποστήριξη.

Οι παραπάνω προτάσεις βελτίωσης θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα ολοκληρωμένο σχέδιο πολιτικής υγείας για τα Ι.Π.. Η βελτίωση λειτουργίας αυτών θα έχει υγειονομικά και ψυχολογικά οφέλη για τους ασθενείς και για τους επαγγελματίες υγείας όπως είναι μείωση του φόρτου εργασίας, αύξηση της αποτελεσματικότητας και ενδεχομένως μια μείωση των δαπανών.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της καταγραφής των παρεχόμενων υπηρεσιών των Ιατρείων Πόνου διαπιστώ-

θηκε ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες εστιάζονται κυρίως στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ενώ υστερούν σε υπηρεσίες ενδυνάμωσης του ασθενή, ψυχολογικής στήριξης του οικογενειακού περιβάλλοντος, αποκατάστασης, εργοθεραπείας, φυσιοθεραπείας (παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ Αθήνας/Θεσσαλονίκης και της Περιφέρειας), ψυχολογικής στήριξης των επαγγελματιών υγείας, βελτίωσης των ατομικών δεξιοτήτων του φροντιστή, και κατ' οίκον φροντίδα. Η πλειοψηφία των υπεύθυνων δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιητικός ο τρόπος ενημέρωσης των ασθενών για τη νόσο, οι παρεχόμενες οδηγίες για τη λήψη φαρμάκων και για το τρόπο ζωής, η περιποίηση, η ευγένεια, και η γενικότερη κατανόηση του προσωπικού στα προβλήματα των ασθενών.

Έρευνες έχουν δείξει, ότι η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της νόσου σε βιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο δημιουργεί τις προϋποθέσεις για καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου.²² Ειδικά στις μακροχρόνιες ασθένειες, είναι σημαντική για την αποτελεσματικότερη θεραπευτική στρατηγική η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών καθώς και η υποστήριξη τους από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον²³. Επίσης η αντιμετώπιση του πόνου πραγματοποιείται αποτελεσματικότερα όταν δημιουργούνται οι προϋποθέσεις επικοινωνίας, εκπαίδευσης και βελτίωσης των δυνατοτήτων άντλησης πληροφοριών από τους ασθενείς.²⁴ Με τον τρόπο αυτό παρέχεται η δυνατότητα δημιουργίας σταθερών δεσμών επικοινωνίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και ιατρών.²⁵⁻²⁷

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που δεν διαχειρίζονται σωστά τον πόνο τους και φοβούνται, κινδυνεύουν μέσω κακής ψυχολογικής κατάστασης να αναπτύξουν κατάθλιψη, με αρνητικές επιπτώσεις για την εξέλιξη τους υγείας τους.²⁸

Σχετικά με το προσωπικό που απασχολείται στα Ιατρεία Πόνου διαπιστώθηκε μειωμένος αριθμός τόσο των μόνιμων υπάλληλων όσο και των ατόμων μερικής απασχόλησης. Συνέπεια της έλλειψης προσωπικού είναι η αδυναμία δημιουργίας διεπιστημονικής και διατομεακής ομάδας πολύ δε περισσότερο η δημιουργία σταθερών δικτύων υποστήριξης των ασθενών. Σύμφωνα με έρευνες και ειδικά για τους χρονίως πάσχοντες ασθενείς,²⁹ η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στηρίζεται στην ανάπτυξη δικτύου διεπιστημονικής ομάδας τόσο από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και από ψυχολόγους και εξειδικευμένα άτομα που θα δύνανται να ανιχνεύσουν τις ανάγκες των ασθενών αλλά και των ατόμων που τους φροντίζουν.^{29,30} Η λειτουργία των Ιατρείων Πόνου είναι πιο

αποτελεσματική εφόσον εντάσσεται σε ένα ευρύτερο δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μεταφέροντας τη φροντίδα του ασθενούς από τον χώρο του Νοσοκομείου (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη) στον χώρο της καθημερινής του λειτουργίας και δραστηριότητας.³¹

Ένα άλλο αδύνατο σημείο που αφορά κυρίως τα ΙΠ της Περιφέρειας είναι η έλλειψη συγκεκριμένου σχεδίου συνεχιζόμενης κατάρτισης. Σύμφωνα με τις οδηγίες της Σύστασης R (24)Ε/2003 της Επιτροπής των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφέρεται η σπουδαιότητα της συνεχόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης σχετικά με την καλύτερη διαχείριση του πόνου, τις νέες θεραπευτικές μεθόδους μείωσης του πόνου, αλλά και ψυχολογικά και πνευματικά θέματα για την στήριξη των ασθενών.³¹⁻³²

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα Ι.Π. θα μπορούσαν να μετα-

θέσουν το επίκεντρο των παροχών υπηρεσιών από τη μονοδιάστατη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη διεπιστημονική ολιστική αντιμετώπιση στις διαστάσεις της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, η οποία ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας από διαφορετικές ειδικότητες.

Πιο συγκεκριμένα και για την περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας των ΙΠ θα μπορούσαν να δώσουν έμφαση στη:

- A) Δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ασθενών,
- B) Συνεργασία με γιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
- B) Συνεργασία με τοπικούς φορείς αλλά και το κράτος ακολουθώντας συγκεκριμένα διεθνώς αναγνωρισμένα μοντέλα Μακροχρόνιας Φροντίδας Ασθενών,
- Γ) Πιστοποίηση των διαδικασιών για την ενιαίου τύπου παροχή υπηρεσιών τους στους ασθενείς και συγγενείς αυτών.

ABSTRACT

Pain Clinics Operation Evaluation in Greek National Health System

George Pierrakos,¹ Athena Kalokerinou,² Theodoula Adamikidou,³ John Nikolados,⁴ Aspasia Goula,⁵ Dimitra Latsou,⁶ Kalliopi Vourliotou,⁷ Markos Sarris⁸

¹PhD Nurse Assistant Professor TEI of Athens, ²Professor Head of the Laboratory Community Health Nursing University of Athens,

³Phd Nurse Researcher Laboratory Community Health Nursing, ⁴Research fellow TEI of Athens, ⁵Lecturer TEI of Athens, ⁶Researcher TEI of Athens,

⁷Head of Quality Division Ministry of Health, ⁸Professor TEI of Athens

Introduction: Palliative care is considered to be the active integrated (complete) care for people to address problems associated with life-threatening illness. Of particular importance are the control of pain, of other symptoms and of psychological, social and spiritual problems, with a focus on achieving the best possible quality of life for patients and their families. **Aim:** In the context of the project entitled: Development of a quality model in health education, self-care and rehabilitation of patients with, an evaluation of the quality of services provided by the staff of Pain Clinics (PC) in NHS hospitals, was done. **Method:** A census study was done, by sending 61 electronic questionnaires to respective Pain Clinics. Forty seven PC responded (77% response rate), of which 26 were in Athens / Thessaloniki and 21 in the Regions. The study took place in the time period of November and December months of 2011. The managers of the PC evaluated the quality of service with the use of 13 evaluation criteria, based on the conclusions of previous surveys of patients, in 5 degrees of Likert scale. The reliability test was performed by the Cronbach method and Alpha coefficient was calculated at 0.902. **Results:** The multi-factorial analysis of 13 quality criteria showed 3 main factors: a) Care Support, b) Patient Empowerment and c) Psychological Support. Excellent ratings were given to courtesy (75%), understanding (71.1%) and the instructions for taking medications (68.9%). To a smaller percentage, excellent ratings were given to psychological family support (26.7%), empowering of the patient in the management of physical health problems (22.2%), psychosocial health (20%) and the time for the

completion of the relevant administrative procedures (20.5%). The managers of the PC recognize the importance of all the 8 methods of work that were proposed to them, most notably the following: 24 state the evaluation of patient satisfaction (57.1%), 21 the setting of targets for the provided services (51.2%) and 20 the implementation of certified procedures (48.8%). Finally it was found that certified procedures are being implemented in only one PC in the Regions, whereas in urban areas 7 PC ($p \leq 0.05$) apply them. **Conclusions:** Although the contribution of the Pain Clinics to the services provided by the National Health System is extremely important, there is a need for multidisciplinary holistic approach to the problems of patients in the dimensions of physical, mental and social health, and developing networks with Primary Health Care services.

Keywords: *pain relief, pain clinics, satisfaction, chronic illness, primary health care services*



Corresponding Author: George Pierrakos, Nurse Assistant Professor TEI of Athens, 23 Piperopoulou st. Stamata Attikis 14565, tel: 6977 215 521, e-mail: gpierrakos@yahoo.gr

Βιβλιογραφία

- Lynn J. Learning to Care for People with Chronic Illness Facing the End of Life. *JAMA*. 2000, 284:2508-2511.
- Ehrenfeld M. Nursing and home care in Europe. *Int Nurs Rev* 1998, 45:61-4.
- Rosén P, Anell A, Hjortsber C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001, 55:121-128.
- Barnard D. Palliative Care: Whole-Person Care of the Dying Patient. *WFSA* 1998, Vol 2 No 1 Art.16.
- Martin C. M. Chronic disease and illness care. *Can Fam Physician* 2007, 53:2086-91.
- Pantilat SZ, Billings JA. Prevalence and structure of palliative care services in California hospitals. *Arch Intern Med*. 2003, 163:1084-8.
- Selwyn PA, Forstein M. Pain: diagnosis and management in the palliative care of AIDS. *J Palliat Care* 2003, 4:46-49.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition 2009:7.
- Μητροσύλη Μ. Δίκαιο της Υγείας. Μονάδες Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, Ασθενείς. Εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα, 2009:43.
- Robbins H, Gatchel RJ, Noe C, Gajraj N, Polatin P, Deschner M, et al. A prospective one-year outcome study of interdisciplinary chronic pain management: compromising its efficacy by managed care policies. *Anesth Analg* 2003, 97:156-162.
- Chou R, Loeser JD, Owens DK, Rosenquist RW, Atlas SJ, Baisden J et al. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain. *Spine* 2009, 34:1066-1077.
- Ham C. and Silva D. Integrating Care and Transforming Community Services: What Works? Where Next? *HSMC Policy Paper* 2009, 5:2.
- Wolf D. A. Population Change: Friend or Foe of the Chronic Care System? *Health Aff* 2001, 20:28-42.
- Πιερράκος Γ., Τομάρας Π.Η Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας Νοσηλευτική 2009, 48: 104-113.
- Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι. Παράγοντες που Διαμορφώνουν την Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24:578-582.
- Πιερράκος Γ., Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Χ., Υφαντόπουλος Ι. Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων 2006, 40:151-157.
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Γ, Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση Ικανοποίησης Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας 2008, 25:73-82.
- Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005, 22:284-295.
- Kaiser H.F A Second Generation little jiffy. *Psychometrika*, 1970, 35:401-415.
- Westgard JO, Groth T. Power function graphs for statistical control rules. *Clin Chem* 1979, 25: 394-400.
- Martin J Bland, Douglas G Altman Statistics notes: Cronbach's alpha *BMJ*, 1997, 314:572.
- Rogerson MD, Gatchel RJ, Biern SM. A cost utility analysis of interdisciplinary early intervention versus treatment as usual for high-risk acute low back pain patients. *Pain Pract*. 2009, 10:382-395.
- Noe C. MD, Williams Ch. F. The benefits of interdisciplinary pain management. *J Fam Pract* 2012, 61:S12-S16.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving

- primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002, 288:1909-1914.
25. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003, 290:2428-2429.
 26. Ahles TA, Wasson JH, Seville JL, Johnson DJ, Cloe BF, Hanscom B, et al. A controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. *Ann Fam Med* 2006, 4:341-350.
 27. Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM, Prakken SD, Miller TM, Perhac JS, et al. A primary care, multi-disciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. *BMC Health Serv* 2005, 5:3.
 28. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain* 2007, 131:38-47.
 29. Mitchell G, Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model. *Aust Fam Physician* 2001, 30:59-62.
 30. Hoffmann RL, Mitchell AM. Caregiver burden: historical development. *Nurs Forum*, 1998, 33:5-12.
 31. Harding R, Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med*, 2003, 17:63-74.
 32. Murray S.A, Boyd K, Sheikh A. Palliative care in chronic illness. *BMJ* 2005, 330:611-612.
 33. Kelly AM. Integrating Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Standards Into Pain Management Practices. *Home Health Care Management Practice* 2003, 15: 231.
 34. Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, et al. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliat Med* 2008, 22:270-280.