



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Έρευνα για την αποτύπωση και μελέτη της ικανοποίησης πολιτών από την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής στα πλαίσια άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Μελέτη περίπτωσης: Οι Κινητές Μονάδες Προληπτικής Ιατρικής της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.

Παναγιωτοπούλου Ειρήνη

Επιβλέπων Καθηγητής
κ. Πανόπουλος Αναστάσιος

Ιούνιος, 2014

ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Έρευνα για την αποτύπωση και μελέτη της ικανοποίησης πολιτών από την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής στα πλαίσια άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Μελέτη περίπτωσης: Οι Κινητές Μονάδες Προληπτικής Ιατρικής της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.

Παναγιωτοπούλου Ειρήνη

Επιβλέπων Καθηγητής
κ. Πανόπουλος Αναστάσιος

Ιούνιος, 2014

ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκησης Μονάδων Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες που μου δώσανε την ευκαιρία να αποκτήσω τις γνώσεις και εμπειρίες ενός τόσο ενδιαφέροντος και χρήσιμου Μεταπτυχιακού Προγράμματος. Ιδιαίτερα τον επιστημονικά επιβλέποντα καθηγητή κο Πανόπουλο Αναστάσιο για την καθοδήγηση και την υποστήριξη του για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διοικητή της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας κ. Μακρή Λάζαρο για την θετική του ανταπόκριση στην παραχώρηση άδειας και στοιχείων όσον αφορά την πραγματοποίηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας και όλους τους πολίτες που συμμετείχαν στην έρευνα και αφιέρωσαν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ μέσα από την καρδιά στο σύζυγό μου Πρόδρομο, στο γιο μου Θανάση και στους γονείς μου για την αμέριστη στήριξη και συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

Παναγιωτοπούλου Ειρήνη

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	vii
Abstract	viii
Κεφάλαιο Πρώτο.....	1
Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο Δεύτερο.....	4
Κοινωνική πολιτική και τομέας υγείας – Κράτος πρόνοιας.....	4
2.1 Η ανάπτυξη του κοινωνικού τομέα και η κοινωνική πολιτική.....	4
2.2 Επίπεδα άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής	6
Κεφάλαιο Τρίτο.....	7
Υγεία -Δημόσια υγεία – Προαγωγή και αγωγή υγείας Προληπτική ιατρική και πρόληψη	7
3.1 Υγεία.....	7
3.2 Δημόσια Υγεία	8
3.3 Προαγωγή υγείας.....	9
3.4 Αγωγή υγείας	10
3.5 Προληπτική ιατρική και πρόληψη.....	10
Κεφάλαιο Τέταρτο.....	13
Μορφές οργανισμών υγείας - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας -Θεσμικό πλαίσιο	13
4.1 Μορφές οργανισμών υγείας	13
4.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εννοιολογική προσέγγιση και θεσμικό πλαίσιο.....	14
Κεφάλαιο Πέμπτο.....	19
Η κρίση στην υγεία και η ανάπτυξη προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής.....	19
5.1 Η κρίση στον κοινωνικό τομέα και την υγεία	19
5.2 Προγράμματα προληπτικής ιατρικής των κινητών Μονάδων υγείας στα πλαίσια άσκησης της κοινωνικής πολιτικής στον Ελλαδικό χώρο	20
Κεφάλαιο Έκτο	27
Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας- Η Διεθνής εμπειρία.....	27
6.1 Η έννοια της ικανοποίησης	27
6.2 Η Διεθνής εμπειρία.....	28
6.2.1 Η περίπτωση του Νέου Δελχί.....	29
6.2.2 Η περίπτωση Al-Laith στη Σαουδική Αραβία.....	30
6.2.3 Η περίπτωση των ΗΠΑ	32
6.2.4 Η περίπτωση του Δουβλίνου.....	35
6.2.5 Η περίπτωση του Πανεπιστημίου Μπρίστολ	36

6.2.6 Εργαλεία μελέτης της ικανοποίησης των ασθενών	37
Κεφάλαιο Έβδομο	39
Μεθοδολογία	39
7.1 Σκοπός	39
7.2 Διαδικασία και δείγμα της έρευνας	39
7.3 Εγκυρότητα και αξιοπιστία	40
7.4 Στατιστική ανάλυση	41
Κεφάλαιο Όγδοο	42
Αποτελέσματα	42
Κεφάλαιο Ένατο.....	50
Συζήτηση	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	72

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	43
Πίνακας 2. Κοινωνική κατάσταση των συμμετεχόντων.....	44
Πίνακας 3. Συχνότητα επίσκεψης κινητών μονάδων.....	45
Πίνακας 4. Χρόνος αναμονής για ραντεβού/εξέταση.....	46
Πίνακας 5. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της κινητής μονάδας.....	47
Πίνακας 6. Άποψη για τις υπηρεσίες της κινητής μονάδας σε σχέση με τις προσδοκίες.....	48
Πίνακας 7. Σύσταση και επιθυμία χρήσης της κινητής μονάδας.....	49
Πίνακας 8. Αξιολόγηση κινητής μονάδας και προσωπικής υγείας.....	49
Πίνακας 9. Υποδείξεις για τη βελτίωση της λειτουργίας των κινητών μονάδων.....	50

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων.....	45
Γράφημα 2. Πηγές ενημέρωσης για τις κινητές μονάδες.....	46
Γράφημα 3. Το είδος των εξετάσεων της Κινητής Μονάδας το διάστημα της έρευνας.....	47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η προληπτική ιατρική αποτελεί τον πυλώνα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι κινητές μονάδες έρχονται να αυξήσουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων.

Σκοπός: Ήταν να διερευνηθεί η ικανοποίηση των χρηστών κινητών μονάδων υγείας σε δύο επαρχιακούς νομούς, η σχέση με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και παράμετροι που σχετίζονται με την ικανοποίηση, όπως ο χρόνος αναμονής για εξέταση και κλείσιμο ραντεβού.

Υλικό – μέθοδος: Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας και την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα και ερωτήσεις αποτύπωσης της ικανοποίησης τους σε παραμέτρους της λειτουργίας των κινητών μονάδων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 123 επισκέπτες που εξετάστηκαν στις κινητές μονάδες υγείας κατά το χρονικό διάστημα από τις 1 Απριλίου έως 14 Μαΐου του 2014 σε αγροτικές περιοχές των νομών Λάρισας και Τρικάλων.

Αποτελέσματα: Η ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών από τις κινητές μονάδες κυμαίνεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, όπως και η αξιολόγηση του συνόλου των υπηρεσιών, του εξοπλισμού και του προσωπικού τους. Διενεργείται πλειάδα διαγνωστικών και προληπτικών εξετάσεων. Δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές δε διαφοροποιούν τη θετική αξιολόγηση των μονάδων.

Συμπεράσματα: Οι χρήστες των κινητών μονάδων υγείας είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από την ευκολία και την αμεσότητα της εξέτασής τους χωρίς κοινωνικές ή άλλες διακρίσεις.

Λέξεις κλειδιά: Κινητές μονάδες υγείας, ΠΦΥ, κοινωνική πολιτική, προληπτική ιατρική, ικανοποίηση χρηστών.

Abstract

Introduction: Preventive medicine is the pillar of the National Health System. Mobile units are supposed to increase the accessibility of health services, particularly for vulnerable groups.

Purpose: It was to investigate the user satisfaction of mobile health units in two provincial areas, its relationship with demographic and socioeconomic characteristics and other parameters associated with satisfaction, such as the waiting time for examination and closing date.

Material & Method: For the collection of survey data and measuring patient satisfaction-users used A self-report questionnaire was used fro data collection. It consisted of a demographic – social section and questions surveying satisfaction of the mobile units functioning parameters. The sample consisted of 123 visitors of the mobile health units during the period 1 April to 14 May 2014 in rural areas of the county of Larissa and Trikala.

Results: The mobile units users satisfaction is at very high levels, as well as the evaluation of all services, equipment and personnel. The customer ratings iç not differ in regard to demographic and socioeconomic variables. A variety of diagnostic and preventive tests takes place.

Conclusions: The users of mobile health units are completely satisfied with the ease and immediacy of their examination without social or other discriminations.

Keywords: mobile health units, Primary health care, social policy, preventive medicine, units users satisfaction

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό ζήτημα και πάνω απ' όλα ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1946 η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας. Η οικονομική κρίση τα τελευταία χρόνια έχει σημαντικότερες συνέπειες για την οικονομική, κοινωνική ζωή και για την υγεία πολλών εκατομμυρίων ατόμων σε κάθε μέρος του κόσμου αναδεικνύοντας δυο βασικά προβλήματα: (α) την αυξανόμενη τάση κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και (β) την ανισοτιμία στην κοινωνική προστασία και την υγεία. Υπό το πρίσμα αυτών των εξελίξεων, προέκυψε η ανάγκη των πολιτικών υγείας τόσο στη χώρα μας, όσο και διεθνώς, για την μεταρρύθμιση και τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ως πρωταρχικός θεσμός του κοινωνικού κράτους.

Στη διακήρυξη που διατυπώθηκε στη συνδιάσκεψη της Άλμα Άτα στο Καζακστάν στις 6-12/9/1978, στο πλαίσιο του στόχου «Υγεία για όλους έως το 2000» που έθεσε ο ΠΟΥ, επισημαίνεται ότι η ανάπτυξη της ΠΦΥ αποτελεί «το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου, ως μέρος μιας ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης» (WHO, 1978). Η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως «η βασική φροντίδα υγείας, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, είναι προσβάσιμη στο σύνολο των πολιτών, της κοινότητας και των οικογενειών τους, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και με το κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να διασφαλίσουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξής τους μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού εποικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το

δυνατό κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας». Αυτή η προσέγγιση έδωσε το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση – αγωγή υγείας και η προστασία υγείας.

Σε συνέχεια των ανωτέρω, η 34^η γενική συνέλευση του ΠΟΥ, η οποία πραγματοποιήθηκε το 1981 στην Οτάβα, επιβεβαίωσε την ανάγκη για ανάπτυξη της ΠΦΥ θέτοντας ως βασικό στόχο τον αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας και την ενίσχυση της πρόληψης των νοσημάτων. Για να επιτευχθούν οι στόχοι, θεσμοθετήθηκε το 1986, με την διακήρυξη της Οτάβα, η πολιτική της προαγωγής υγείας. Οι στόχοι αυτοί ακόμα και σήμερα, το 2014, παραμένουν επίκαιροι, καθώς η σκληρή πραγματικότητα διαψεύδει τις προσδοκίες. Έχουν γίνει σημαντικά βήματα, αλλά πολλά ακόμα απαιτούνται.

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα θεμελιώθηκε ουσιαστικά με το Νόμο 1397/1983 (ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΕΣΥ) που αποτέλεσε τη σημαντικότερη τομή στο ελληνικό σύστημα υγείας μεταπολεμικά. Ουσιαστικά με το νόμο αυτό επιχειρήθηκε η εγκαθίδρυση και ανάπτυξη στην Ελλάδα του κράτους πρόνοιας και εν συνεχεία ακολούθησαν και άλλες μεταρρυθμίσεις. Στο άρθρο 27 του Ν. 4238/2014 αναφέρεται η σύσταση και λειτουργία των Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο κοινωνικός τομέας είναι ο χώρος μέσα στον οποίο τα άτομα και οι διάφοροι κοινωνικοί φορείς επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας (Λιαρόπουλος 2007).

Οι κινητές μονάδες έρχονται να αυξήσουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων. Στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, στα πλαίσια της ανασυγκρότησης του συστήματος για ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, λειτουργούν από τον Ιούλιο του 2010, τέσσερις Κινητές Μονάδες με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διαθέτουν εξοπλισμό και το κατάλληλο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να παρέχουν πρόσβαση σε έλεγχο α) για την οστεοπόρωση με τη μέτρηση οστικής μάζας, β) για την αναπνευστική λειτουργία (με τη σπιρομέτρηση

για καπνιστές/στριες άνω των 40 ετών), γ) για τον καρκίνο του μαστού με τη μαστογραφία, δ) για παθήσεις του ουροποιητικού με υπερηχογράφημα της ουροδόχου κύστης, του προστάτη και των νεφρών, ε) για βιοχημικό/αιματολογικό έλεγχο με γενικές και ειδικές εξετάσεις και στ) για αγγειακές παθήσεις με υπερηχογράφημα των καρωτίδων και της κοιλιακής αορτής στους κατοίκους των ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών, της ζώνης ευθύνης.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών ως εργαλείο, έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών που σχετίζονται με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος των κινητών μονάδων.

Στην μεταπτυχιακή διατριβή γίνεται προσπάθεια για τη διερεύνηση και την αποτύπωση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες του προγράμματος προληπτικής ιατρικής που παρέχονται από τις κινητές μονάδες της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, στα πλαίσια άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα αποσκοπούν στην ανάδειξη της σπουδαιότητας του προγράμματος προληπτικής ιατρικής καθώς και τα κοινωνικά οφέλη που απορρέουν από την άσκηση της.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Κοινωνική πολιτική και τομέας υγείας – Κράτος πρόνοιας

2.1 Η ανάπτυξη του κοινωνικού τομέα και η κοινωνική πολιτική

Ο Τομέας Υγείας αποτελεί υποσύνολο ενός ευρύτερου συνόλου που ονομάζεται Κοινωνικός Τομέας, μέσα στον οποίο, οι διάφοροι κοινωνικοί φορείς επιδιώκουν την κοινωνική ευημερία. Η ανάπτυξη του κοινωνικού τομέα είναι συνάρτηση των γενικότερων εξελίξεων που σημειώθηκαν σε παγκόσμια κλίμακα μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο κατά το διάστημα της 30ετίας 1950-1980 με κύρια χαρακτηριστικά: α) την οικονομική ανάπτυξη που ακολούθησε τη βιομηχανική, και πιο πρόσφατα την τεχνολογική επανάσταση και β) την πολιτική μετατόπιση προς τα αριστερά, με ιδιαίτερα έντονη την τάση για κρατική παρέμβαση προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Το σύνολο των δραστηριοτήτων μέσα από τις οποίες επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας αποτελεί την κοινωνική πολιτική.

Η σύγχρονη έννοια της κοινωνικής πολιτικής είναι συνυφασμένη με την έννοια του κοινωνικού κράτους που σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρεται ως κράτος ευημερίας ή ως κράτος πρόνοιας (Λιαρόπουλος, 1996).

Ο Esping – Andersen (Andersen, 1990) διακρίνει τρεις τύπους προνοιακών καθεστώτων στα πλαίσια των οποίων η κοινωνική πολιτική διαφοροποιείται ανάλογα

με το ποια είναι η σχέση της με κράτος, την αγορά και την οικογένεια:

A) τα Φιλελεύθερα καθεστώτα (Liberal). Ο ρόλος του κράτους είναι να παρέχει βοήθεια προς αυτούς που δεν μπορούν να καλύψουν επαρκώς τις κοινωνικές ανάγκες μέσα από την αγορά. Συναντάται στις ΗΠΑ, Καναδά και την Αυστραλία.

B) το Συντηρητικό – Κορπορατιστικό πρότυπο (Conservative- corporatist). Ο ρόλος του κράτους είναι η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών με βάση την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση, με αποτέλεσμα να υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες. Το μοντέλο αυτό συναντάται κυρίως στην Αυστρία, τη Γαλλία, τη Γερμανία και την Ιταλία.

Γ) τα κοινωνικο - δημοκρατικά καθεστώτα. Το Σοσιαλδημοκρατικό (Social - democratic), συναντάται κυρίως στα Σκανδιναβικά κράτη. Ο ρόλος του κράτους είναι η καθολική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών όχι μόνο προς τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις, αλλά και προς τα μεσαία στρώματα. Άλλο χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι και η δυνατότητα εξατομίκευσης των παροχών στα επιθυμητά από τους πολίτες επίπεδα (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Σύμφωνα με το εναρμονισμένο ευρωπαϊκό σύστημα στατιστικών κοινωνικής προστασίας (ESSPROS) ο όρος «κοινωνική πολιτική» αναφέρεται στο σύνολο των παροχών σε χρήμα ή σε είδος από πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών μέσα από σύνολα ρυθμίσεων και παροχών σε τομείς όπως: η υγεία, η ασφάλιση, η απασχόληση, η στέγαση και οι προνοιακές υπηρεσίες, συνδεδεμένων ιδίως με:

την παιδική μέριμνα

την προστασία της τρίτης ηλικίας

την ενίσχυση της οικογένειας

την υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες (<http://socialpolicy.gr/2011/>)προσπελάστηκε

19-2-2014

2.2 Επίπεδα άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής

Κύριος φορέας στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής είναι το κράτος στα πλαίσια του οποίου, η κοινωνική πολιτική ασκείται σε δύο επίπεδα, το κεντρικό και το τοπικό (Στασινοπούλου, 2003).

Στο κεντρικό επίπεδο ανήκουν τα υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας καθώς και η κεντρική διοίκηση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και όλοι οι αρμόδιοι φορείς δημόσιου χαρακτήρα.

Στο τοπικό επίπεδο η κοινωνική πολιτική ασκείται βασικά από την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια αυτοδιοίκηση που σύμφωνα και με το ελληνικό σύνταγμα, μπορεί να σχεδιάζει και να εφαρμόζει δράσεις κοινωνικής πολιτικής στα πλαίσια βέβαια που ο νόμος ορίζει, ενώ παράλληλα είναι και σημαντικός φορέας υλοποίησης κοινωνικών πολιτικών του κεντρικού κράτους. Σε ό,τι αφορά στο υπερεθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, η κοινωνική πολιτική ασκείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τον ΟΗΕ, τον ΟΟΣΑ και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΗΚΥΟ).

Κεφάλαιο Τρίτο

Υγεία -Δημόσια υγεία – Προαγωγή και αγωγή υγείας Προληπτική ιατρική και πρόληψη

3.1 Υγεία

Η υγεία δεν είναι απλά ένα βιολογικά προσδιοριζόμενο φαινόμενο αλλά είναι μια κοινωνική κατάσταση αφού επηρεάζεται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο γεννιέται, ανατρέφεται, μορφώνεται, εργάζεται και ζει. Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία είναι γενετικοί, γεωφυσικοί κλιματολογικές συνθήκες και περιβαλλοντικοί όπως η κατοικία, η εργασία, η ρύπανση, ο τρόπος διαβίωσης, παράγοντες που έχουν σχέση με τις συνθήκες ζωής όπως το κάπνισμα το αλκοόλ, η διατροφή τα ναρκωτικά, η άσκηση, κοινωνικοοικονομικοί, πολιτισμικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες, δημογραφικές μεταβολές και μετακινήσεις πληθυσμών, οι κοινωνικές σχέσεις, παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας όπως για παράδειγμα η ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης και παράγοντες που έχουν να κάνουν με την εκπαίδευση της υγείας (Καραγιάννη, 2007).

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της προστασίας της προσωπικής ζωής και ελευθερίας και το δικαίωμα να απολαμβάνει τα επιτεύγματα της κοινωνίας. Το δικαίωμα στην Υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας σε μία χώρα και το υπάρχον σύστημα παροχής των υπηρεσιών

Η πολιτική υγείας αποτελεί το σύνολο των παρεμβάσεων και δράσεων του κράτους που σε διοικητικό, νομοθετικό και οικονομικό επίπεδο ρυθμίζουν την παραγωγή, τη διανομή και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση της υγείας του (Λιαρόπουλος, 1996).

3.2 Δημόσια Υγεία

Η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην υγεία του κοινωνικού συνόλου, με την εφαρμογή και επίβλεψη της να είναι ευθύνη και θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Κουρέα – Κρεμαστινού, 2007). Στο άρθρο που δημοσιεύτηκε στην Επιθεώρηση «Επιστήμη» το 1920 ο Charles Edward Winslow αναφέρει ότι: «Η υγεία είναι η Επιστήμη και η Τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της επιμήκυνσης της ζωής και της αποτελεσματικής προαγωγής της Υγείας και της φυσικής κατάστασης μέσω συντονισμένων προσπαθειών της κοινότητας για:

1. Την εξυγίανση του περιβάλλοντος.
2. Τον έλεγχο των μολύνσεων του πληθυσμού.
3. Την εκπαίδευση του ατόμου στις αρχές της προσωπικής υγείας-υγιεινής.
4. Την οργάνωση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκυρη διάγνωση και την προληπτική θεραπεία των παθολογιών.
5. Την ανάπτυξη των κοινωνικών μηχανισμών που θα εξασφαλίσουν στον καθένα ένα επαρκές επίπεδο ζωής.
6. Τη διατήρηση της υγείας, τελικός σκοπός, που θα επιτρέπει σε κάθε άτομο να απολαμβάνει το αδιαφιλονίκητο δικαίωμα του στην υγεία και στην μακροζωία».

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία.

Στην ευρύτερη έννοια περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων.

Τέλος, οι δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το γήρας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απουσία εισοδήματος, και η προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. (<http://www.bestrong.org.gr/el/health/healthinfo/publichealth/>)

3.3 Προαγωγή υγείας

Η Προαγωγή της Υγείας αποτελεί έναν ευρύ τομέα δραστηριοτήτων στο χώρο της υγείας που καλύπτει μεγάλο φάσμα παρεμβάσεων και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1986) ορίστηκε ως «η διαδικασία που παρέχει τη διευκόλυνση σε άτομα και κοινότητες ανθρώπων να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία τους και έτσι να βελτιώσουν την υγεία τους». Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα του ατόμου να μπορεί να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του, να ικανοποιεί τις ανάγκες του και να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό. Είναι μία διαδικασία που στοχεύει στην επίτευξη ευεξίας ενθαρρύνοντας αλλαγές στις προσωπικές συνήθειες ή στο περιβάλλον μέσα στο οποίο διαβιώνει το άτομο (Brubaker, 1983).

Την ίδια εποχή ο χάρτης της Οτάβα διατύπωσε τις απαραίτητες επιμέρους στρατηγικές, δηλαδή την οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής υποστηρικτικής προς την υγεία, την δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την ενίσχυση κοινοτικής δράσης, την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και τον αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας.

Το 1997 η Διακήρυξη της Τζακάρτα έκανε λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες τους οποίους αντιμετωπίζει η προαγωγή υγείας, ώστε να δημιουργήσει το μεγαλύτερο κέρδος υγείας, να συνεισφέρει στη μείωση των ανισοτήτων, να ισχυροποιήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα και να οικοδομήσει το κοινωνικό κεφάλαιο. Τελικός στόχος είναι να αυξήσει το προσδόκιμο υγείας και να μικρύνει

τις διαφορές ανάμεσα σε χώρες και πληθυσμιακές ομάδες (Υ.Υ.Κ.Α., 2002-2006). (<http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=570>)

3.4 Αγωγή υγείας

Αγωγή υγείας ορίζεται η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους. Πολλά από τα συχνότερα σήμερα νοσήματα στις αναπτυγμένες χώρες όπως καρδιαγγειακά και νεοπλάσματα, οφείλονται στην μακροχρόνια επίδραση εξωγενών βλαπτικών παραγόντων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν με την υιοθέτηση μιας κατάλληλης συμπεριφοράς.

Η αγωγή υγείας κατέχει σημαντική θέση στο χώρο της προληπτικής ιατρικής αποσκοπώντας στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας πολλών θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην αναβάθμιση των φροντίδων αποκαταστάσεως. Τέλος, δεν επικεντρώνεται μόνο στην αυτοπροστασία του ατόμου, αλλά και σε ετεροκεντρικές ή συλλογικές δραστηριότητες όπως ο περιορισμός της διασποράς των αφροδισίων νοσημάτων και η περιστολή της ρυπάνσεως του περιβάλλοντος (Τριχοπούλου & Τριχόπουλος, 1986, <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=570>).

3.5 Προληπτική ιατρική και πρόληψη

Η προληπτική ιατρική που έχει για κύριο σκοπό την προφύλαξη του ανθρώπου από τα διάφορα νοσήματα ή τις σωματικές βλάβες έχει τις ρίζες της, όπως και η ιατρική, στην προϊστορική εποχή όπου οι πρωτόγονοι άνθρωποι τυλίγονταν με δέρματα ζώων ή κατέφευγαν σε σπηλιές για να προφυλαχθούν από νοσήματα που οφείλονταν στις καιρικές συνθήκες. Αργότερα η πρόληψη συμπεριέλαβε την αποφυγή των αρρώστων με λοιμώδη νοσήματα, την απομόνωση τους, αλλά και την καύση των νεκρών από τις επιδημίες. Ο Ιπποκράτης διατύπωσε πρώτος με

σαφήνεια ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν». Αλλά και άλλοι όπως ο Πυθαγόρας διατύπωσαν συμβουλές πρόληψης: «Ουδ' υγείας της κατά σώμα αμέλειαν έχειν χρεϊ αλλά ποτού τε μέτρον, και σίτου, γυμνασίων τε ποιείσθαι».

Στην προληπτική ιατρική οφείλεται η μεγαλύτερη επιτυχία της πρωτογενούς πρόληψης που είναι η καταπολέμηση σοβαρών λοιμωδών νόσων με την χρήση εμβολιασμών. Η γενικευμένη μάλιστα χρήση των εμβολίων έχει οδηγήσει στην πλήρη εξάλειψη σοβαρών νοσημάτων όπως η ευλογιά. Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο την καταπολέμηση των αιτιολογικών παραγόντων, ώστε να αποφευχθεί η έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών. Αφορά στο σύνολο του πληθυσμού και αποσκοπεί στην αποφυγή της έκθεσης σε νοσογόνους παράγοντες ή στην ενίσχυση της άμυνας του οργανισμού απέναντι τους. Η προληπτική ιατρική αποσκοπεί στο να διαγνώσει τη νόσο σε πρώιμο στάδιο με τον προσυμπτωματικό έλεγχο που αποτελεί τη βάση της δευτερογενούς πρόληψης. Η γενική αρχή στην οποία στηρίζονται ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η δευτερογενής πρόληψη είναι ότι μια θεραπευτική αγωγή είναι πιθανότερο να είναι αποτελεσματική αν εφαρμοστεί νωρίς (όταν οι βλάβες είναι ακόμα αναστρέψιμες), παρά αν εφαρμοστεί αργά (όταν οι βλάβες δεν είναι πια αναστρέψιμες και έχουν δημιουργηθεί επιπλοκές και αναπηρίες).

Τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (καρδιαγγειακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια), τα κακοήθη νεοπλάσματα συνεχώς αυξάνονται και είναι οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα. Ασθένειες όπως η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα.

Οι εξετάσεις προ-κλινικού ελέγχου είναι ιδιαίτερα σημαντικές γιατί μπορεί να επιμηκύνουν το χρόνο επιβίωσης, να μειώσουν τις επιπλοκές και να αυξήσουν την πιθανότητα πλήρους ίασης. Εξετάσεις αυτού του είδους είναι η μαστογραφία, το τεστ Παπανικολάου και η κολονοσκόπηση για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού, της μήτρας και του παχέος εντέρου αντίστοιχα κ.α.

Η Τριτογενής Πρόληψη αφορά στο άτομο το οποίο ήδη πάσχει. Στοχεύει στην

πρόληψη του θανάτου, η επιβράδυνση της νόσου και η βελτίωση της πρόγνωσης. Συμβάλλει στην αποθεραπεία ή στην πιστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής και στην αποφυγή υποτροπής της νόσου (Linkov et al., 2003, Παπαδόπουλος, 2010).

Κεφάλαιο Τέταρτο

Μορφές οργανισμών υγείας - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας -Θεσμικό πλαίσιο

4.1 Μορφές οργανισμών υγείας

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τη νομική τους μορφή διακρίνονται σε ιδιωτικές (π.χ. ιδιωτικά ιατρεία εργαστήρια) β) δημόσιες (π.χ. στρατιωτικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας γ) ΝΠΙΔ ιδιωτικά νοσοκομεία, εργαστήρια – διαγνωστικά κέντρα και δ) ΝΠΔΔ όπως τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας.

Οι υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το εύρος των υπηρεσιών που παρέχουν διακρίνονται σε α) μονάδες ανοιχτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες παρέχουν μόνο πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως τα κέντρα υγείας και πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών και β) σε μονάδες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης οι οποίες παρέχουν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια περίθαλψη, όπως είναι τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης (Σιγάλας, 1999).

Ανάλογα του αντικειμένου και του ρόλου που παίζουν στην παραγωγή υγείας οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε: α) Υπηρεσίες αγωγής υγείας, β) Προληπτικές υπηρεσίες, γ) Θεραπευτικές Υπηρεσίες, δ) Υπηρεσίες αποκατάστασης και ε) Κοινωνικοϊατρικές υπηρεσίες (Λιαρόπουλος, 1996).

4.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εννοιολογική προσέγγιση και θεσμικό πλαίσιο

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεμελιώθηκε στη σύγχρονη ιστορία το 1978 στο Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ και της UNICEF, στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma-Ata, όπου έλαβαν μέρος 134 κράτη. Σε αυτή τη διάσκεψη σηματοδοτήθηκε μια νέα φιλοσοφία για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας Σύμφωνα με τους (Lawn et al., 2008), η φιλοσοφία που διαπνέει τη διακήρυξη μπορεί να συνοψιστεί στις ακόλουθες αρχές: (α) ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και υγεία για όλους, (β) κοινωνική συμμετοχή, (γ) προαγωγή υγείας, (δ) ορθολογική χρήση των πόρων, (ε) διατομεακή δράση και συνεργασία. Συγκεκριμένα η διακήρυξη της Άλμα-Άτα διεύρυνε το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας στη βάση του ορισμού της «υγείας» σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, και κατέστησε σαφές ότι οι ανισότητες στην υγεία δεν μπορεί να είναι αποδεκτές όχι μόνο από ανθρωπιστική ή κοινωνική σκοπιά, αλλά και από πολιτικο-οικονομική θεώρηση, καθώς η υγεία αποτελεί παραγωγικό πόρο, παράγοντα σταθεροποίησης και ειρήνης για τα σύγχρονα κράτη και κατέληξε σε ένα περίγραμμα με επτά σημεία για την ΠΦΥ όπου επισημαίνεται η έννοια και το περιεχόμενο της όπως αναφέρονται παρακάτω.

Με βάση τα χαρακτηριστικά αυτά προκύπτει μια νέα θεώρηση για τη διατήρηση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, η οποία επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη.

Περίγραμμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σύμφωνα με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα.

1. Αντανakλά και εξελίσσεται από τις οικονομικές συνθήκες, τα κοινωνικό-πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά των κρατών και των κοινωνιών και βασίζεται στην εφαρμογή των σχετικών αποτελεσμάτων από τις κοινωνικές, βιοϊατρικές και ιατρικές έρευνες, καθώς και την εμπειρία από τη δημόσια υγεία.
2. Εντοπίζει τα κύρια ζητήματα υγείας στην κοινότητα και παρέχει αντίστοιχες υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. Περιλαμβάνει κατ' ελάχιστο: εκπαίδευση σχετικά με τα κυριότερα προβλήματα υγείας και μεθόδους για την πρόληψη και τον έλεγχο αυτών, προώθηση της παροχής τροφής και της ορθής διατροφής, επαρκή παροχή καθαρού νερού και βασικής στέγης, φροντίδα για την μητρότητα, τα παιδιά και τον οικογενειακό προγραμματισμό, ανοσοποίηση κατά των κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων, πρόληψη και έλεγχο των ενδημικών νοσημάτων, κατάλληλη θεραπεία βασικών νοσημάτων και τραυμάτων, καθώς και παροχή της αντίστοιχης φαρμακευτικής αγωγής.
4. Περιλαμβάνει εκτός από τον τομέα υγείας κάθε σχετικό τομέα της εθνικής και κοινωνικής ανάπτυξης και ιδιαίτερα τη γεωργία, την κτηνοτροφία, τα τρόφιμα, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τις πολιτικές στέγασης, τα δημόσια έργα, την επικοινωνία. Απαιτεί τη συνεργασία των τομέων αυτών για τις αντίστοιχες δράσεις.
5. Απαιτεί και προωθεί στο μέγιστο την κοινοτική και την ατομική συμμετοχή στο σχεδιασμό, στον προγραμματισμό και στον έλεγχο της ΠΦΥ, κάνοντας πλήρη χρήση των τοπικών, εθνικών και άλλων πόρων. Στην κατεύθυνση αυτή παρέχει εκπαίδευση ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα για συμμετοχή.
6. Αναπτύσσεται μέσω ενιαίων, λειτουργικών, αμοιβαία υποστηρικτικών συστημάτων, τα οποία οδηγούν με προοδευτικό τρόπο σε βελτίωση της υγείας για όλους. Δίνει προτεραιότητα σε όσους έχουν μεγάλη ανάγκη.
7. Στηρίζεται σε τοπικά επίπεδα και επίπεδα αναφοράς, σε επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, μαίες, επικουρικό προσωπικό, εργάτες) που έχουν τα κατάλληλα κοινωνικά και τεχνικά προσόντα για να εργαστούν ως «ομάδα υγείας» και να ανταποκριθούν στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας.

Πηγή : Declaration of Alma-Ata

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

β) Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.

γ) Την παροχή πρώτων βοηθειών.

δ) Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.

ε) Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.

στ) Την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.

ζ) Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης.

η) Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού.

θ) Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

ι) Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

ια) Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.

ιβ) Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Η ΠΦΥ εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας. Η χώρα μας προσπάθησε να παρακολουθήσει τις εξελίξεις στο χώρο της ΠΦΥ και να εναρμονιστεί με τις διεθνείς διακηρύξεις μέσα από μια σειρά νομοθετημάτων, χωρίς όμως να καταφέρει να πραγματοποιήσει τους στόχους που είχαν τεθεί αρχικά (Polyzos et al., 2008). Αποτέλεσμα είναι ότι σήμερα η ΠΦΥ στην Ελλάδα

παρουσιάζει ακόμα πολυδιάσπαση, μεγάλες ελλείψεις σε οργάνωση, σύγχρονες υλικοτεχνικές υποδομές, αλλά και όραμα για τη συνέχεια (Mossialos et al., 2009).

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από:

1. Τα αγροτικού τύπου ΚΥ του ΕΣΥ και τα διασυνδεδεμένα με αυτά περιφερειακά ιατρεία (ΠΙ).
2. Τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΠΥ και των ΟΤΑ.
3. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων.
4. Τα ιατρεία των οικογενειακών γιατρών, που είναι συμβεβλημένοι με το ΕΣΥ.
5. Τα ιδιωτικά ιατρεία και άλλους σχηματισμούς ιδιωτικού δικαίου οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τους ασφαλιστικούς φορείς.
6. Ειδικά κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διάγνωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης.
7. Τις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας.

Το 1983 με το Ν. 1397 γίνεται η πρώτη σημαντική απόπειρα να αποκτήσει η χώρα ένα οργανωμένο Σύστημα Υγείας, στο οποίο να έχουν όλοι οι Έλληνες πολίτες δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία. Δημιουργούνται νέες ιατρικές ειδικότητες και ιδρύονται 400 Κέντρα Υγείας (ΚΥ).

Ακολουθεί ο νόμος 1579/217/ΤΑ/23-12-85 που αναφέρεται σε ειδικά προγράμματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης, έρευνας, που ωστόσο θα ρυθμιστούν με υπουργικές αποφάσεις και ο νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ.123 τ. Α 15/7/1992), για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση

του συστήματος υγείας που ήρε το θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ και αναφερόταν στην κατ' οίκον νοσηλεία, τον οικογενειακό ιατρό και τη συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην ΠΦΥ. Επίσης καθόριζε ότι οι Κινητές Μονάδες Υγείας αποτελούν μέρος της δομής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) του Υπουργείου Υγείας, έχει στην αρμοδιότητα της τη λειτουργία των Κινητών Μονάδων Υγείας.

Ο νόμος 3235/2004 στοχεύει στη συνέχεια και την ολοκλήρωση της φροντίδας και θέτει το κράτος σε ρόλο εγγυητή της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας.

Με το Ν. 3918/2011 γίνεται μεταβολή στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με στόχο την ενοποίηση και το λειτουργικό συντονισμό των παρόχων ΠΦΥ.

Η πιο πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση είναι εκείνη του Ν.4238/2014 που συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.

Με το άρθρο 27 του Ν. 4238/2014 αντικαθίσταται το άρθρο 14 του Ν. 2071/1992 και συνιστώνται Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Δ.Υ.Πε. ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και κάθε άλλου συναρμόδιου Υπουργού, καθορίζονται ο τρόπος λειτουργίας, ο πάσης φύσεως εξοπλισμός, η στελέχωση και οι ειδικότητες του προσωπικού, οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Κινητών Μονάδων Π.Φ.Υ., καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, μετά από σχετική γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Κεφάλαιο Πέμπτο

Η κρίση στην υγεία και η ανάπτυξη προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής

5.1 Η κρίση στον κοινωνικό τομέα και την υγεία

Σήμερα ο κοινωνικός τομέας αντιμετωπίζει πολύ σοβαρά προβλήματα οργάνωσης και χρηματοδότησης. Η οικονομική κρίση τα τελευταία χρόνια έχει σημαντικότερες συνέπειες για την οικονομική, κοινωνική ζωή και για την υγεία πολλών εκατομμυρίων ατόμων σε κάθε μέρος του κόσμου καθώς θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας και ανασφάλειας το ήμισυ σχεδόν των εργαζομένων παγκοσμίως.

Η δραματική μορφή του φαινομένου αυτού υπάρχει στη χώρα μας από το Μάιο του 2010 γιατί υπό την πίεση του εκτροχιασμού των δημοσίων οικονομικών και της αδυναμίας δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές, η Ελλάδα τίθεται υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

Η δυσμενής εξέλιξη των μακροοικονομικών δεικτών αναδεικνύονται σε κρίσιμους παράγοντες στη διαμόρφωση του κοινωνικού και πολιτικού πλαισίου καθώς η ύφεση, η ανεργία και η απώλεια εισοδήματος προκαλούν σημαντική μείωση της ευημερίας των πολιτών και οδηγούν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού σε συνθήκες φτώχειας και

κοινωνικού αποκλεισμού (ΕΛΣΤΑΤ, 2012).

(http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%)

Η ύφεση απειλεί κυρίως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, και αναδεικνύει δυο βασικά προβλήματα: (α) την αυξανόμενη τάση κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και (β) την ανισοτιμία στην κοινωνική προστασία και την υγεία καθώς η υποβάθμιση των παρεχόντων συστημάτων Υγείας σε φάρμακα, εξετάσεις, ιατρικό προσωπικό κλπ έχει αποτέλεσμα τη δυσκολότερη πρόσβαση σε υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, την οικονομική επιβάρυνση και την αδυναμία παροχής οικονομικά ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας στους ασθενέστερους. Υπό το πρίσμα αυτών των εξελίξεων, προέκυψε η ανάγκη των πολιτικών υγείας τόσο στη χώρα μας, όσο και διεθνώς, για την μεταρρύθμιση και τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ως πρωταρχικός θεσμός του κοινωνικού κράτους (Μπουρσανίδης, 1998).

5.2 Προγράμματα προληπτικής ιατρικής των κινητών Μονάδων υγείας στα πλαίσια άσκησης της κοινωνικής πολιτικής στον Ελλαδικό χώρο

Ο τομέας της ιατρικής περίθαλψης αποτελεί ένα βασικό στόχο της κρατικής πρόνοιας και παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες. Παρόλα αυτά όμως, δεν έχουν, όλα τα κομμάτια του πληθυσμού εύκολη πρόσβαση στις διάφορες υπηρεσίες ιατρικής μέριμνας και υποστήριξης. Αυτό συμβαίνει για ποικίλους λόγους, αλλά ξεχωρίζουν δύο. Ο ένας αφορά τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και ο άλλους τους γεωγραφικούς. Όσον αφορά τον πρώτο παράγοντα, ο κρατικός προϋπολογισμός για τον τομέα της υγείας μειώνεται συνεχώς, εμφανίζοντας σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό, φάρμακα, εξοπλισμό και εγκαταστάσεις. Όσον αφορά τους γεωγραφικούς λόγους, αυτοί σχετίζονται άμεσα με την τοπογραφία και τη μορφολογία της χώρας. Η ύπαρξη πολλών οροσειρών, απομακρυσμένων νησιών αλλά και η έλλειψη υποδομών, δεν ευνοούν τις εύκολες μετακινήσεις του πληθυσμού.

Σε προηγούμενες δεκαετίες έγινε προσπάθεια επίλυσης του συγκεκριμένου προβλήματος με τη δημιουργία κέντρων υγείας σε πολλές κωμοπόλεις και μικρούς οικισμούς της χώρας. Ωστόσο, η προσπάθεια αυτή, εκ του αποτελέσματος θεωρήθηκε σε μεγάλο βαθμό αποτυχημένη. Τα συγκεκριμένα κέντρα υγείας στην πραγματικότητα δε στελεχώθηκαν ποτέ από το απαιτούμενο ιατρικό προσωπικό και τελικά εγκαταλείφθηκαν πολλά από αυτά σχεδόν αχρησιμοποίητα, αφήνοντας πίσω τους ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού χωρίς καν την ελάχιστη ιατρική μέριμνα, καθώς και κενές εγκαταστάσεις.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω δεδομένα θεωρήθηκε ότι ο βέλτιστος τρόπος για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών ατόμων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές είναι η χρήση κινητών μονάδων ιατρικής περίθαλψης. Με αυτόν τον τρόπο, ομάδες πληθυσμού που δεν είναι σε θέση να μετακινηθούν εύκολα και γρήγορα, έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν βασικές αλλά ουσιαστικές ιατρικές υπηρεσίες. (<http://www.zeroenergybuildings.org/2012/07/blogpost.html#sthash.DutwQpxU.dpuf>)

Στην Ελλάδα λειτουργούν διάφορα προγράμματα προληπτικής ιατρικής και ειδικότερα προγράμματα κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Σημειώνεται ότι και διεθνώς λειτουργούν με αξιώσεις κινητές μονάδες υγείας σε συγκεκριμένες περιοχές και στα πλαίσια άσκησης κοινωνικής πολιτικής από συγκεκριμένους φορείς. Έχουν μάλιστα αξιολογηθεί η ικανοποίηση των χρηστών και τα οφέλη που αποκομίζουν χρήστες και κοινωνία από τη λειτουργία των μονάδων.

Στην Ελλάδα και σύμφωνα με τη δημοσίευση σε εφημερίδες μέσω του ιστοτόπου ανευρέθηκαν οι ακόλουθες κινητές μονάδες:

Ενδεικτικά αναφέρονται:

1. Οι Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας που συνίστανται με το ν. 2716/1999, ανήκουν είτε στα νοσοκομεία ή σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα παρέχοντας υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πρόληψης, νοσηλείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης κλπ. και λειτουργούν σε 18 νομούς της χώρας μας σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία, τους δημότες και τους φορείς τους.

Με την αριθ. Υ5β/ΓΠ οικ 35724/2002 (ΦΕΚ Β'485) Υπουργική Απόφαση ορίστηκε ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο στο ποσό των 11 € για κάθε επίσκεψη, με μέγιστο αριθμό επισκέψεων 4 τον μήνα και η σύναψη συμβάσεων μεταξύ των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων και των μονάδων ψυχικής υγείας, χωρίς όμως να δίνονται σαφείς οδηγίες ως προς τη διαδικασία ή το χρονοδιάγραμμα της σύμβασης (Λούντζης, 2012).

2. Οι ειδικές κινητές μονάδες της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, που λειτουργούν με την βοήθεια εθελοντών ιατρών και άλλων ειδικοτήτων παραϊατρικού προσωπικού σε συνδυασμό με την αρωγή της Μη Κερδοσκοπικής Οργάνωσης «Αποστολή» και του Γενικού Φιλόπτωχου Ταμείου της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Οι μονάδες λειτουργούν με τη βοήθεια του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» και με την υποστήριξη και άλλων νοσοκομείων της Αττικής. (http://www.iaath.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=797&Itemid=1)

3. Η Κινητή Διαγνωστική Μονάδα για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας στην Κρήτη που εντάσσεται στο Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας Ελλάδα – Κύπρου 2007-2013, με τίτλο «Δημιουργία Διασυνοριακής Ομπρέλας Προστασίας του Γενικού και Πάσχοντος Πληθυσμού για τη ΣΚΠ», με κύριους εταίρους την Ελληνική Εταιρεία για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας και το Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Στόχο έχει την παροχή βοήθειας στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, στους συγγενείς τους και γενικά σε όλους τους πολίτες σε θέματα ενημέρωσης, διάγνωσης της ασθένειας, ψυχολογικής υποστήριξης και παροχής απαραίτητης φροντίδας. Η κινητή μονάδα περιλαμβάνει ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και είναι επανδρωμένη με επιστήμονες ειδικοτήτων Ψυχολογίας, Νευρολογίας και Κοινωνικού Λειτουργού και φιλοξενείται στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας παρέχοντας δωρεάν εξέταση. (<http://www.zougla.gr/greece/article/me-kiniti-monada-polemoun-ti-sklirinsi-kata-plakas-sti-kriti>)

4. Οι κινητές μονάδες πρόληψης του καρκίνου του μαστού με στόχο την ενημέρωση και προαγωγή της υγείας όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το πρόγραμμα αυτό εντάσσεται στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015. Σύμφωνα με δημοσίευση στην

εφημερίδα «Γραμμή Ζωής» από τις 10 Οκτωβρίου μέχρι τις 10 Δεκεμβρίου 2011, τρεις κινητές μονάδες περιόδευσαν σε 145 σημεία της Ελλάδας της ευθύνης όλων των Υγειονομικών Περιφερειών. Ενδεικτικά στη Μακεδονία και Θράκη ενημερώθηκαν προσωπικά περισσότερες από 15.000 γυναίκες. Τεστ Παπανικολάου έκαναν περισσότερες από 5.300 γυναίκες και βρέθηκαν 42 παθολογικά περιστατικά. (http://www.anticancer.gov.gr/images/newspaper/Grammi_Zois_T_1.pdf)

5. «Το Χαμόγελο του Παιδιού», είναι ένας εθελοντικός οργανισμός, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που διαθέτει τρεις κινητές ιατρικές μονάδες, μία κινητή μονάδα προληπτικής οδοντιατρικής και ιατρικής και ένα κινητό πολυϊατρείο για την παροχή φροντίδας υγείας σε παιδιά δυσπρόσιτων περιοχών που αδυνατούν να προσέλθουν στα ιατρικά κέντρα, που δεν έχουν οικονομική δυνατότητα και είναι κοινωνικά αποκλεισμένα.

Διαθέτει εξοπλισμό με ιατρικά μηχανήματα και προγράμματα της πλέον σύγχρονης τεχνολογίας. (<http://www.hamogelo.gr/79.1/Prolhptikh-Iatrikh>)

6. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) του Υπουργείου Υγείας τον Οκτώβριο του 1996 ίδρυσε εξειδικευμένη κινητή μονάδα οδοντιατρικής για HIV/AIDS ασθενείς που προέρχονται από όλη τη χώρα με σκοπό την προαγωγή της στοματικής υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Η μονάδα λειτουργεί σε ετοιμότητα επί 24ώρου βάσεως και όλες τις ημέρες της εβδομάδας, διαθέτει άριστη υλικοτεχνική υποδομή και σύγχρονες τεχνικές για τον έλεγχο των λοιμώξεων παρέχοντας: α) όλες τις θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις, β) χειρουργικές επεμβάσεις στοματικής κοιλότητας, γ) στοματολογικές εξετάσεις και αντιμετώπιση αντίστοιχων εκδηλώσεων, δ) Προσθετικές εργασίες σε άπορα ή οικονομικά ασθενή οροθετικά άτομα μετά από έγκριση της υπηρεσίας ε) επικοινωνία για οδηγίες και συμβουλές. Τέλος, εκπονεί επιστημονικό, ερευνητικό και εκδοτικό έργο με ομιλίες, ενημερωτικά άρθρα και επιστημονικές ανακοινώσεις, δημοσιεύσεις σε αντίστοιχα ελληνικά και διεθνή μέσα και προσφέρει εκπαίδευση σε οδοντιάτρους του ΕΣΥ και σε ελεύθερους επαγγελματίες στην οδοντιατρική άσκηση.

Το (ΚΕΕΛΠΝΟ) ίδρυσε επίσης 6 κινητές μονάδες που λειτουργούν από τις 9 Ιουνίου 2011. Το πρόγραμμα αφορά την υγειονομική και ψυχοκοινωνική παρέμβαση στο

κέντρο της Αθήνας με στόχο την καταγραφή, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία προβλημάτων υγείας σε πολίτες που είναι άστεγοι, μετανάστες με ή χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, θύματα διακίνησης και εμπορίας ανθρώπων και ασυνόδευτοι ανήλικοι, παράνομα εκδιδόμενα άτομα, ανασφάλιστοι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών που δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Για το χρονικό διάστημα μεταξύ 09 Ιουνίου 2011 έως και 01 Ιουλίου 2012 εξετάστηκαν 25.959 άτομα τα οποία προέρχονται από χώρες της Αφρικής και της Ασίας. (http://www.keelpno.gr/Portals/0/Newsletter/_2013.pdf)

7. Κινητή μονάδα Προληπτικής Οδοντιατρικής της Νομαρχίας Πειραιά, της οποίας σκοπός είναι να συμβάλει στην προαγωγή της στοματικής υγείας των παιδιών των νηπιαγωγείων και δημοτικών σχολείων του Πειραιά. Παρέχει τόσο πρωτογενή πρόληψη (αγωγή υγείας) όσο και δευτερογενή πρόληψη (Προληπτική Οδοντιατρική εξέταση). Για το χρονικό διάστημα της τελευταίας σχολικής περιόδου η Κινητή Μονάδα της Νομαρχίας εξέτασε συνολικά 3.365 μαθητές από 38 σχολεία με το ποσοστό συμμετοχής στο πρόγραμμα να ανέρχεται σε 63,5%. (<http://www.osp.gr/Media/Default/Proliptiki/School/%.pdf>)

8. Η Κινητή μονάδα του τμήματος Ιατρικής της Εργασίας του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών πραγματοποιεί διάφορες εξετάσεις προληπτικού ελέγχου όπως μονοξειδιομέτρηση, σωματομετρία, δυναμομέτρηση, αλκοολομέτρηση κ.ά σε εργαζομένους στο χώρο της εργασίας τους. (<http://www.iatrikokentro.gr/el/content/%>)

9. Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας εγκαινίασε στις 09/01/2014 δύο Κινητές Ιατρικές Μονάδες και ένα Μαγνητικό Τομογράφο τελευταίας τεχνολογίας σηματοδοτώντας την έναρξη του Εθνικού Προγράμματος Αγωγής - Προαγωγής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε νησιωτικές, ακριτικές και παραμεθόριες περιοχές της Ελλάδας. Το Πρόγραμμα πραγματοποιείται με πρωτοβουλία και αποκλειστική δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (www.SNF.org), με σκοπό την πρόσβαση όλων των κατοίκων της χώρας σε αξιόπιστες και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας. Οι μονάδες διαθέτουν ειδικότητα γυναικολόγου, διαιτολόγου, καρδιολόγου, οδοντίατρου, ορθοπεδικού, οφθαλμιάτρου, πνευμονολόγου και ωτορινολαρυγγολόγου και

παρέχουν εξετάσεις ψηφιακού μαστογράφου, ακτινογραφίας και μέτρηση οστικής πυκνότητας.

10. Στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, λειτουργούν από τις 7 Ιουλίου του 2010, τέσσερις Κινητές Μονάδες μετά από χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης προϋπολογισμού 1.612.800,00€. Διαθέτουν τον ανάλογο εξοπλισμό για την εφαρμογή προγράμματος προληπτικής ιατρικής στην περιοχή ευθύνης της. Η προμήθεια των κινητών μονάδων έγινε για την υποστήριξη της υγείας των κατοίκων της Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, ειδικότερα των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, και των κατοίκων ορεινών, νησιωτικών και γενικότερα των απομακρυσμένων περιοχών.

Οι κινητές μονάδες διακρίνονται ως εξής:

A) Δύο Μονάδες τύπου A (ΚΗΗ 1483 & ΚΗΗ 1484) που παρέχουν Ακτινολογικές εξετάσεις (Ακτινογραφία θώρακος, Μαστογραφία, υπέρηχο μαστού).

B) Δύο Μονάδες τύπου B (ΚΗΗ 1481 & ΚΗΗ 1482) που παρέχουν αιματολογικές – βιοχημικές εξετάσεις (γενικές και ειδικές), μέτρηση οστικής πυκνότητας σπιρομέτρηση και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Το πρώτο ζεύγος των κινητών μονάδων δραστηριοποιείται στο Νομό Λάρισας και το δεύτερο στο νομό Τρικάλων (Κ.Υ. Φαρκαδόνας).

Οι υπεύθυνοι των ακτινολογικών εργαστηρίων και της ακτινοπροστασίας των κινητών μονάδων είναι Καθηγητές ακτινοδιαγνωστικής και ακτινοφυσικοί ιατρικής.

Για το συντονισμό και την εποπτεία κινητών μονάδων υπάρχει υπεύθυνος συμβουλευτικής Π.Φ.Υ. ξεχωριστά για κάθε ζεύγος κινητών μονάδων.

Η στελέχωση των κινητών μονάδων απαρτίζεται από:

1) Ιατρικό προσωπικό: Ιατροί Ακτινολόγοι του Π.Γ.Ν. Λάρισας και Γ.Ν. Τρικάλων

και Γενικοί ιατροί των Κέντρων Υγείας,

2) Επαγγελματίες Υγείας: Επισκέπτριες Υγείας, Μαίες, Ραδιολόγοι Ακτινολόγοι και Τεχνολόγοι Ιατρικών Εργαστηρίων και

3) Οδηγοί του Γ.Ν. Τρικάλων και των Κέντρων Υγείας.

Το κόστος των αναλώσιμων υλικών και της συντήρησης των μηχανημάτων βαραίνει την υπηρεσία της 5^{ης} ΥΠΕ.

Από την έναρξη υλοποίησης του προγράμματος (29 μήνες) μέχρι τέλος Φεβρουαρίου 2014 πραγματοποιήθηκαν από το 1^ο ζεύγος των κινητών μονάδων συνολικά: 5.467 μαστογραφίες, 47.266 αιματολογικές – βιοχημικές εξετάσεις σε 3.915 άτομα, 9.710 άτομα για οστεοπόρωση, 3.154 για σπυρομέτρηση και 405 άτομα για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και περιφερειακών αγγείων.

Από το 2^ο ζεύγος των κινητών μονάδων πραγματοποιήθηκαν 546 μαστογραφίες, εξετάστηκαν για οστεοπόρωση 765 άτομα, για σπυρομέτρηση 323 άτομα και 10.244 αιματολογικές – βιοχημικές εξετάσεις σε 788 άτομα.

Συνολικά και από τα δύο ζεύγη των κινητών μονάδων πραγματοποιήθηκαν: 6.013 μαστογραφίες, 57.510 αιματολογικές – βιοχημικές εξετάσεις σε 4.703 άτομα, 10.475 άτομα για οστεοπόρωση, 3.477 για σπυρομέτρηση και 405 άτομα για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και περιφερειακών αγγείων.

Οι περιοχές στις οποίες δραστηριοποιήθηκαν οι μονάδες, έχουν ως εξής:

Περιοχή Δήμου Ελασσόνας, Δήμου Τυρνάβου και Κοιλιάδας Λάρισας, Γόννων και Συκουρίου, Περιοχή Αγιάς, Φαρσάλων, Φαρκαδόνας Τρικάλων, Κιλελέρ, Μακρυχωρίου, Σκιάθου, Σκοπέλου, Αργαλαστής, Ζαγοράς, Μεγαλοχωρίου Τρικάλων, Λίμνης Πλαστήρα, Νέας Σμύρνης Λάρισας (POMA), Δήμου Τεμπών, Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (ανασφάλιστοι), Παλαιόπυργο Τρικάλων.

Κεφάλαιο Έκτο

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας- Η Διεθνής εμπειρία

6.1 Η έννοια της ικανοποίησης

Η μέτρηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας είναι ένας δείκτης αξιολόγησης με ιδιαίτερη σημασία, καθώς συμβάλλει στην κατανόηση των αντιλήψεων των «πελατών» και στον προσδιορισμό των αναγκών και των προσδοκιών τους από το υγειονομικό σύστημα, ενώ παράλληλα βοηθά στην ανίχνευση αδυναμιών του συστήματος και στην περαιτέρω βελτίωσή του. Σύμφωνα με τον Donabedian (1997), η ποιότητα για τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης όπως τις αντιλαμβάνονται οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Petersen (1988), η ικανοποίηση του ασθενή συνδέεται με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την παροχή φροντίδας υγείας χωρίς να γνωρίζει τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας. Κατά τον Guzman (1988), η ικανοποίηση του ασθενή απορρέει από την φροντίδα υγείας που του έχει παρασχεθεί και η οποία καθορίζει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή. Ο Williams (1994) συνοψίζει τις τρεις θεωρίες που δημιουργήθηκαν και αφορούν την ικανοποίηση: είναι η θεωρία της ασυμφωνίας, σύμφωνα με την οποία υπάρχει χάσμα ανάμεσα στην αρχική επιθυμία του ατόμου για ικανοποίηση και στο τι τελικά λαμβάνει σε σχέση με την αρχική προσδοκία του. Η θεωρία της πλήρωσης σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση ορίζεται σαν τη διαφορά μεταξύ της επιθυμητής αμοιβής και της πραγματικής αμοιβής και η θεωρία της ισοτιμίας, σύμφωνα με την οποία η ποιότητα είναι δείκτης για την ισορροπία μεταξύ εισροών και εκροών. Αυτή είναι υποκειμενική γιατί περικλείει τον ρόλο της κοινωνικής σύγκρισης και αποτελεί εργαλείο στο οικονομικό επιτελείο, προκειμένου να λάβει τις σωστές αποφάσεις για την επένδυση των δαπανών (Rosselli et al., 1996).

Ένας από τους πλέον σύγχρονους τρόπους διερεύνησης της ποιότητας φροντίδας υγείας είναι η διατύπωση της γνώμης των χρηστών για τις υπηρεσίες, η οποία συνίσταται στην αξιολόγηση της κρίσης τους για τους επαγγελματίες υγείας και τη διαδικασία παραγωγής και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών (τυχόν λάθη, λάθος χειρισμοί, προβλήματα κλπ) και την εξαγωγή των ανάλογων συμπερασμάτων σχετικά με την υπευθυνότητα και την αποδοτικότητα του παραγόμενου έργου του προσωπικού και την ανταπόκριση τους στις ανάγκες των πασχόντων (Πίνη και συν., 2011). Η ικανοποίηση των χρηστών από τις κινητές μονάδες υγείας προσδιορίζεται από τους ενδογενείς παράγοντες, τα δημογραφικά - κοινωνικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, κλπ), τους εξωγενείς παράγοντες (ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, προσβασιμότητα του χώρου, φιλικότητα κλπ) που επηρεάζονται άμεσα από το περιβάλλον, τους ανθρώπινους πόρους (ιατρικό – λοιπό προσωπικό) και τον τρόπο λειτουργίας των κινητών μονάδων.

Το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποδεικνύεται από τον μεγάλο αριθμό των ερευνών κυρίως στο εξωτερικό (Αναγνωστοπούλου και συν., 2012). Λιγότερες ωστόσο είναι οι μελέτες που αφορούν στη διερεύνηση και αξιολόγηση της ικανοποίησης των πολιτών - χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής των κινητών μονάδων. Στην Ελλάδα ειδικότερα δεν κατέστη δυνατό να εντοπιστεί σχετική μελέτη.

Επισημαίνεται όμως ότι οι χρήστες υγείας – ασθενείς δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις προκειμένου να παρέχουν έγκυρη και αξιόπιστη αξιολόγηση για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνήθως η ικανοποίησή τους στηρίζεται στην ποσότητα των υπηρεσιών και όχι στην ποιότητα, γεγονός που συχνά οδηγεί σε εσφαλμένες εκτιμήσεις (Αναγνωστοπούλου και συν., 2012).

6.2 Η Διεθνής εμπειρία

Διεθνώς έχει καταγραφεί, έστω και σε περιορισμένο βαθμό, η ικανοποίηση των χρηστών από τις κινητές μονάδες που λειτουργούν με αξιώσεις. Πιο αναλυτικά:

6.2.1 Η περίπτωση του Νέου Δελχί

Μια πρόσφατη μελέτη (Binod Kumar Patro et al., 2008) διεξήχθη για να αξιολογήσει την κοινοτική αντίληψη και την ικανοποίηση των πελατών για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από κινητές ιατρικές μονάδες υγείας σε μια αστική αποικία στο Νέο Δελχί.

Σκοπός της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σχετικά με τις υπηρεσίες των κινητών Μονάδων στους τομείς της κλινικής υγείας και τη χρήση τους, καθώς και να εκτιμηθεί η ικανοποίηση των πολιτών που έχουν χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες τους. Στην Ινδία, υπάρχει μια κατάφωρη ανισότητα στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας στις αστικές περιοχές. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί προσεγγιστικό μέτρο για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η έρευνα έγινε με τη συνέντευξη. Ένα σύνολο από 377 συνεντεύξεις, από τις οποίες οι 295 αφορούσαν συνεντεύξεις κοινότητας και 82 συνεντεύξεις εξόδου. Το 82% των ερωτηθέντων γνώριζαν την λειτουργία των κινητών μονάδων υγείας και μόλις πάνω από το ήμισυ 54,9% είχε χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες αυτών. Μερικοί από τους σημαντικότερους λόγους για τη μη χρήση των υπηρεσιών ήταν περισσότερο η πίστη σε ιδιώτες ιατρούς, το άβολο χρονοδιάγραμμα της κινητής μονάδας υγείας, μεγάλες ουρές, μη διαθεσιμότητα όλων των φαρμάκων και των εξετάσεων και η απόσταση από τα σπίτια. Το επίπεδο ικανοποίησης αξιολογήθηκε σε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν ήταν ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι με διάφορες πτυχές των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται. Επιπλέον, τους ζητήθηκε να ταξινομήσουν την απάντησή τους σε ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι και δυσαρεστημένοι ή πολύ δυσαρεστημένοι, αντίστοιχα, σε δύο ομάδες. Το επίπεδο ικανοποίησης εκτιμήθηκε σε όλες τις συνιστώσες των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη χρησιμοποίηση 12 αντικειμένων.

1. Επίπεδο ικανοποίησης των κοινοτικών ερευνών. Στους τομείς όπου το επίπεδο ικανοποίησης αξιολογήθηκε ως πολύ υψηλό περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες εμβολιασμού, οι ικανότητες και η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Υπήρξε

ένα υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας με τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων και τη διαθεσιμότητα των απαιτούμενων εξετάσεων. Περίπου το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ήταν δυσαρεστημένοι με τους χρόνους που τηρούνται από τις κινητές μονάδες, ενώ τα δύο πέμπτα των ερωτηθέντων ήταν δυσαρεστημένοι με τον χρόνο αναμονής.

2. Επίπεδο ικανοποίησης των συνεντεύξεων εξόδου. Στις συνεντεύξεις εξόδου, το επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας ήταν αρκετά υψηλό όπως επίσης και το επίπεδο ικανοποίησης από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού στους τομείς παροχής υπηρεσιών υγείας και εμβολιασμών. Το επίπεδο δυσαρέσκειας για το χρόνο αναμονής και τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων και των εξετάσεων ήταν μικρότερο σε σχέση με αυτό της κοινοτικής έρευνας.

6.2.2 Η περίπτωση Al-Laith στη Σαουδική Αραβία

Μια περιγραφική σύγχρονη μελέτη διεξήχθη για να διερευνήσει την αντίληψη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις κινητές μονάδες υγείας στα χωριά της περιοχής Al-Laith στη Σαουδική Αραβία (Aljasir & Alghamdi, 2010).

Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 16 έως 76 ετών, με μέση ηλικία τα 37,1 χρόνια. Οι περισσότεροι 90,3% ήταν άνδρες και 54,0% αυτών ήταν παντρεμένοι. Περίπου το ένα τρίτο 33,3% ήταν αναλφάβητοι, και μόνο το 2,8% ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου ενώ το ποσοστό ανεργίας άγγιζε το 72,7%.

Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες (93,2%) είχαν χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες κινητών μονάδων στο παρελθόν. Οι πιο κοινές πηγές των πληροφοριών σχετικά με τις κινητές μονάδες ήταν οι σεΐχηδες (γενάρχες) (39,2 %) και οι φίλοι τους (35,8%). Η απόσταση από το σπίτι στην κινητή μονάδα κυμάνθηκε από 0,5 χλμ. έως 13,0 χιλιόμετρα. Πριν από την λειτουργία των κινητών μονάδων υγείας, η πλειοψηφία (93,2%) είχαν λάβει υπηρεσίες από ένα κέντρο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο χωριό, με μέσο χρόνο ταξιδιού 56,8 λεπτά.

Ωστόσο, το 51,1% των ερωτηθέντων εξακολουθούσαν να χρησιμοποιούν το κέντρο

πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως για τη θεραπεία ασθενειών οξείας μορφής (48,6%).

Η πλειοψηφία των 176 χρηστών ήταν ικανοποιημένοι με τις ώρες εργασίας, τους γιατρούς και τις νοσοκόμες, και η κλίμακα βαθμολόγησης τους ήταν επιπέδου αποδεκτή και καλή. Περισσότεροι από το ένα τρίτο (35,8%) έκριναν την τοποθεσία ως μη ικανοποιητική και 20,5% ήταν δυσαρεστημένοι με το χρονοδιάγραμμα.

Οι ερωτηθέντες σημείωσαν την έλλειψη πολλών σημαντικών υπηρεσιών, ή υπηρεσιών που δεν είχαν χρησιμοποιηθεί από αυτούς, όπως οι υπηρεσίες για άτομα με αναπηρίες, εργαστηριακές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογράφημα και εμβολιασμοί. Αντίθετα, τα φάρμακα υπήρχαν σε όλες τις κινητές μονάδες και αυτή η πτυχή της φροντίδας κρίθηκε ως καλή από όλους τους συμμετέχοντες.

Οι υπηρεσίες εκπαίδευσης στις περισσότερες περιπτώσεις και ως επί το πλείστον κρίθηκαν ως καλές (83,5%).

Η δομή των υπηρεσιών και τα είδη των παρεχόμενων υπηρεσιών κρίθηκαν ως ικανοποιητικές με ποσοστό 94,9% και 98,9% αντίστοιχα. Ωστόσο υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτηθέντων από τις ορεινές περιοχές και εκείνων που προέρχονται από παράκτιες περιοχές. Οι κάτοικοι των παράκτιων περιοχών εξέφρασαν την ικανοποίησή τους (100,0%) από ό,τι εκείνων που προέρχονταν από την ορεινή περιοχή (91,9 %) ($p=0,03$).

Οι περισσότεροι χρήστες θεώρησαν λιγότερο ικανοποιητικές τις υπηρεσίες των κινητών μονάδων ή ίσες με εκείνες που παρέχονταν από κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Περίπου τα δύο τρίτα (62,5 %) θεώρησαν ότι οι κινητές μονάδες, παρείχαν υπηρεσίες κατώτερης ποιότητας σε σύγκριση με τις υπηρεσίες των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πλειοψηφία των υπηρεσιών εν μέρει ή συνολικά ήταν καλές, αλλά 90,9% των χρηστών έκριναν ότι δεν μπορούσαν να εξαρτώνται από τις κινητές ιατρικές μονάδες για την κάλυψη των εκτάκτων αναγκών τους για φροντίδα. Το κοινό πρέπει να ευαισθητοποιηθεί για τις υπηρεσίες και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη διευκόλυνση στην πρόσβαση και τη βελτίωση της ποιότητας τους.

6.2.3 Η περίπτωση των ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ λειτουργούν οι εξής μονάδες:

1. Lucille Packard Children's Hospital Women's Health Van

Πρόκειται για την κινητή μονάδα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Stanford (University Medical Center) που απευθύνεται στην υγεία μητέρας και παιδιού, στους παράνομα διαμένοντες (αδήλωτους) μετανάστες και στον ανασφάλιστο πληθυσμό και παρέχει δωρεάν γυναικολογικές και μαιευτικές εξετάσεις (Edgerley et al., 2007). Μια αναδρομική μελέτη που διεξήχθη σε 108 ασθενείς για περισσότερο από ένα εξάμηνο έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν καλύτερη πρόσβαση σε προγεννητική φροντίδα.

2. Health Quest Mobile Van

Η κινητή μονάδα υγείας Quest παρέχει υγειονομική περίθαλψη σε αυτούς που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Garrett 1995). Παρέχει προληπτική ιατρική, πρωτοβάθμια και προστατευτική φροντίδα υγείας (υπηρεσίες οικογενειακού γιατρού, γυναικολογικές – μαιευτικές εξετάσεις και παροχές κ.λ.π.) στους αγροτικούς πληθυσμούς των κομητειών που ορίζονται από το Υπουργείο. Από τους ασθενείς που έλαβαν φροντίδα, το 12,4 % δήλωσε ότι δεν είχε καμία επαφή με γιατρό και το 6,4% είχε χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης για την θεραπεία ήσσονος σημασίας ασθενειών. Η απόσταση, το κόστος φροντίδας το μέσο μεταφοράς και η ανυπαρξία ασφάλισης ήταν τα κυριότερα εμπόδια για την επίσκεψη στο γιατρό, προβλήματα που η κινητή μονάδα καλείται να αντιμετωπίσει. Το 77% των επισκεπτών της μονάδας ανέφερε ότι ήταν ικανοποιημένοι και θα επανέλθει, ενώ το 38 % ανέφερε την ευκολία στη πρόσβαση για την παροχή φροντίδας υγείας από την κινητή μονάδα.

3. Project Mother Care: A Model Program to Reduce Infant Mortality

Το Νοσοκομείο Mothercare του New Haven, στο Connecticut έθεσε σε εφαρμογή μια κινητή μονάδα υγείας προκειμένου να προσφέρει προγεννητική φροντίδα σε προβληματικές γειτονίες του New Haven. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί η κατάχρηση

ουσιών σε έγκυες γυναίκες και να δοθούν μια σειρά από υπηρεσίες, μεταξύ των οποίων η προγεννητική φροντίδα, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες π.χ. παραπομπή σε πρόγραμμα απεξάρτησης ναρκωτικών (Reguero & Crane, 1994). Όσοι επισκέφθηκαν την κινητή μονάδα δήλωσαν ικανοποιημένοι για την παροχή των υπηρεσιών της. Το πρόγραμμα έχει γνωρίσει μεγάλη αποδοχή στην κοινότητα.

Η κινητή μονάδα δέχεται πάνω από 3.000 επισκέψεις των ασθενών και παρέχει πάνω από 10.000 υπηρεσίες κάθε χρόνο εξυπηρετώντας περισσότερα από 52.000 άτομα από την ίδρυσή της (http://www.srhs.org/services/comm_projmothecare.asp).

4. The Governor's Wellmobile: Maryland's Mobile Primary Care Clinic

Δύο κινητές μονάδες δραστηριοποιούνται στην ανατολική ακτή του Μέριλαντ, μία στην Κεντρική περιοχή και μία στη Δυτική (Heller και Goldwater 2004), υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου Maryland. Κάθε μία από τις κινητές μονάδες είναι εξοπλισμένες με δύο αίθουσες εξετάσεων, ένα πιστοποιημένο εργαστήριο και μία αίθουσα όπου γίνονται εκπαιδευτικά σεμινάρια. Επίσης είναι στελεχωμένες με δίγλωσσους νοσηλευτές και επαγγελματίες οδηγούς. Ταξιδεύουν καθημερινά και παρέχουν υπηρεσίες βοηθώντας όσους έχουν ανάγκη από στέγαση, τρόφιμα, φάρμακα και τις όποιες ειδικές ανάγκες φροντίδας. Το πρόγραμμα εξυπηρετεί 6000 κατοίκους σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές ετησίως παρέχοντας ευκαιρίες εκμάθησης για τους μαθητές στο προπτυχιακά, μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα στη Νοσηλευτική Σχολή. Επίσης, συνιστά δίκτυ ασφαλείας για τους ανασφάλιστους, αλλά και την πολιτεία και την κοινωνία γενικότερα, καθώς έχει βελτιώσει σημαντικά την πρόσβαση των πληθυσμών στην υγειονομική περίθαλψη. (http://www.mobilehealthclinicsnetwork.org/pdf/Baltimore_Lit_Review.pdf)

Η Patricia Post στη μελέτη της (<http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/mobilehealth.pdf>) προσδιόρισε δύο παράγοντες ως θεμελιώδους σημασίας για την επιτυχία της λειτουργίας των κινητών υγειονομικών μονάδων:

A) την επιλογή των χώρων υπηρεσίας, όπου οι άστεγοι άνθρωποι συναθροίζονται και τη συνεργασία με τους κοινοτικούς εταίρους (για τις παραπομπές, το χώρο που

μπορεί να παρκάρει η κινητή μονάδα, την παροχή υπηρεσιών στους στοχοθετημένους πληθυσμούς, ή/ και τη χρηματοδότηση) και

B) την αποτελεσματικότητα του προσωπικού ως προς τη σχέση εμπιστοσύνης με τους άστεγους πολίτες (79%). Αρκετοί από τους συμμετέχοντες τόνισαν τη σημασία ενός μεμονωμένου ιατρού ο οποίος είχε εργαστεί στο πρόγραμμα για πολλά χρόνια. Σχεδόν οι μισοί ποσοστό 45% θεώρησαν ότι η κινητή μονάδα ήταν ελκυστική και εύκολα αναγνωρίσιμη, κάνοντας τις υπηρεσίες υγείας πιο προσιτές για τα στρώματα του πληθυσμού και 39 % απέδωσαν την επιτυχία στο πρόγραμμά μέσω σύστασης από άστεγους και άλλους φορείς παροχής κοινωφελούς εργασίας, εδώ και πολλά χρόνια.

Η τεχνολογία των πληροφοριών για τη διευκόλυνση των αποτελεσμάτων από την παρακολούθηση, τη συνέπεια, τη συνέχεια της φροντίδας και τη σύνδεση με ολοκληρωμένες υπηρεσίες αναφέρθηκαν επίσης ως σημαντικά στοιχεία της επιτυχίας του προγράμματος.

Λόγοι για την επιτυχία του προγράμματος (% ερωτηθέντων):

1. Η επιλογή των χώρων υπηρεσίας/συνεργασία με τους εταίρους της Κοινότητας 82 %
2. Η συμπάθεια του προσωπικού για τους πολίτες, τους άστεγους, την ανταπόκριση στις ανάγκες, τη διάρκεια της υπηρεσίας 79 %
3. Αύξηση της διαθεσιμότητας υπηρεσιών και της προσβασιμότητας 45 %
4. Εμφάνιση / προβολή της κινητής μονάδας 45 %
5. Φήμη του προγράμματος και η συνέχισή του 39 %
6. Η τεχνολογία των πληροφοριών / παρακολούθηση των αποτελεσμάτων 27 %
7. Συνέχεια και συνέπεια 21 %
8. Σύνδεση με ολοκληρωμένες υπηρεσίες 21 %

9. Μόνο πηγή φροντίδας 12 %
10. Η δικτυακή πύλη κλινική / ιατρική στο σπίτι 9 %
11. Καλύτερη παροχή υπηρεσιών σε σοβαρά ψυχικά νοσήματα 9 %
12. Ευελιξία 9 %
13. Διεπιστημονική ομάδα 9 %
14. Κόστος - αποτελεσματικό μοντέλο υπηρεσιών 9 %
15. Ασφάλεια 9 %
16. Κίνητρα για την προμήθεια τροφίμων 9 %
17. Ενσωμάτωση των υπηρεσιών 6 %
18. Μείωση των επιβλαβών συνεπειών 6 %

6.2.4 Η περίπτωση του Δουβλίνου

Στο Δουβλίνο στην Ιρλανδία το 2010 συστάθηκε ένα δίκτυο κινητών μονάδων για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ευπαθείς ομάδες όπως οι άστεγοι, οι χρήστες ναρκωτικών, οι αλκοολικοί και οι ιερόδουλες και στην παροχή κατάρτισης για τους εκπαιδευόμενους γενικούς ιατρούς.

Οι παρεμβάσεις περιελάμβαναν παροχή ύπνου στους αστέγους, συμβουλές και υποστήριξη σχετικά με τη διαμονή και την παροχή δωρεάν τηλεφώνου. Παρεμβάσεις έγιναν επίσης για την ασφαλέστερη χρήση ναρκωτικών και δόθηκαν συμβουλές για την προαγωγή της υγείας και την ενημέρωση, για τη χρήση βελονών και συριγγών που ανταλλάσσουν οι χρήστες, για την προώθηση του ασφαλούς σεξ μέσω της παροχής προφυλακτικών, λιπαντικών και ενημερωτικών φυλλαδίων. Κατά την περίοδο αναφοράς, πραγματοποιήθηκαν συνολικά 68 παρεμβάσεις με τις 38 να

σχετίζονται με την ασφαλέστερη σεξουαλική πληροφόρηση και συμβουλευτική και 30 με την προσωπική ασφάλεια (Safetynet, 2010).

6.2.5 Η περίπτωση του Πανεπιστημίου Μπρίστολ

Τέλος μία ανεξάρτητη εκτίμηση για τη λειτουργία της κινητής μονάδας έγινε από μία ερευνήτρια σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Μπρίστολ στην οποία αναφέρει ότι η Allied Dunbar παρείχε £ 50.000 από το Σεπτέμβριο του 1999 για τη χρηματοδότηση μιας Κινητής Μονάδας υγείας που συστήθηκε από την Dementia Care Trust του Μπρίστολ για τρία χρόνια.

Η μονάδα προσέφερε μία από τις τρεις συμπληρωματικές θεραπείες (αρωματοθεραπεία-μασάζ, ρεφλεξολογία και Reiki) για τα άτομα με άνοια προκειμένου να ανακουφίσει συμπτώματα του στρες και να αυξήσει τα καλά συναισθήματα τους.

Ένα σύνολο 73 ζεύγη πελατών – φροντιστών ήταν εγγεγραμμένοι στη μονάδα. 55 ζεύγη είχαν ολοκληρώσει και τις τέσσερις θεραπείες. Τέσσερις εβδομάδες μετά την τελευταία θεραπεία τους, οι 55 φροντιστές έδωσαν τηλεφωνική συνέντευξη στον ανεξάρτητο αξιολογητή. Τα αποτελέσματα της έρευνας είχαν ως εξής:

Οι μισοί από τους φροντιστές ανέφεραν ότι οι πελάτες απολάμβαναν τις θεραπείες και ότι τις βρήκαν χαλαρωτικές. Σχεδόν δύο τρίτα ισχυρίστηκαν ότι θετικές αλλαγές στην υγεία και την ευημερία ήταν ακόμα εμφανείς μετά από τρεις και πέντε βδομάδες από την τελευταία σύνοδο. Πάνω από το ένα τρίτο των πελατών είπαν ότι έχουν επωφεληθεί. Οι θεραπείες ήταν αποδεκτές και αποτελεσματικές για ηλικίες άνω των 60 ετών.

Επιπλέον, οι αναλύσεις έδειξαν ότι τα ζεύγη πελατών – φροντιστών που ολοκλήρωσαν τις θεραπείες κατά μέσο όρο επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς πιο συχνά από ό, τι εκείνοι που σταμάτησαν τη θεραπεία τους.

6.2.6 Εργαλεία μελέτης της ικανοποίησης των ασθενών

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα αξιολόγησης της παρεχόμενης ποιότητας με πλέον διαδεδομένο το μοντέλο των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988). Οι ερευνητές αυτοί κατέληξαν στη δημιουργία του ερευνητικού εργαλείου *servqual*, το οποίο εξετάζει αποδίδοντας πέντε παράγοντες ποιότητας μέσα από 22 ζεύγη ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο *servqual* αξιολογεί τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των πελατών σε κάθε μία από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών. Κατασκευάστηκε με βάση το «Μοντέλο των Κενών», που παρουσίασαν οι ίδιοι ερευνητές στα αρχικά στάδια της έρευνας τους (Parasuraman, Zeitham & Berry, 1985). Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο και για τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα (Bakakus & Mangold, 1992). Άλλα ερωτηματολόγια, όπως το *servperf* αξιολογούν την αλληλεπίδραση, το φυσικό περιβάλλον και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από τη συμμετοχή (Cronin & Taylor 1992).

Το ερωτηματολόγιο *servqual* είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Προσφέρει δυνατότητα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της εφαρμοζόμενης πολιτικής στον τομέα της ποιότητας και βοηθά στην ανάληψη των πρωτοβουλιών που απαιτούνται για τη βελτίωσή της. Αναδεικνύει τους τομείς όπου παρουσιάζονται οι ελλείψεις, αλλά και τις υπηρεσίες εκείνες οι οποίες εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης του πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, μπορούν να αναδειχθούν οι υπηρεσίες εκείνες που εφαρμόζουν επιτυχημένα μοντέλα και να επιχειρηθεί η γενικευμένη εφαρμογή τους. Επίσης, ο προσδιορισμός των ελλειμμάτων σε κάποια κλίμακα του *servqual* θα οδηγήσει στην αναζήτηση των βαθύτερων αιτίων και θα επιτρέψει ουσιαστικές αλλαγές στη λειτουργία της υπηρεσίας. Για παράδειγμα, αν υποθέσουμε ότι οι ασθενείς θεωρούν απρόθυμο το προσωπικό κάποιας κλινικής. Αυτό μπορεί να κρύβει βαθύτερα αίτια, όπως την αδυναμία της υπηρεσίας να προσλάβει τους κατάλληλους επαγγελματίες, προβλήματα στην εκπαίδευση, και στο σύστημα αξιολόγησης. Το ερωτηματολόγιο συμβάλλει στην αναγνώριση των τομέων που χρήζουν βελτίωσης και παρέχει τη δυνατότητα για την ανάδειξη των δυσλειτουργιών του συστήματος (Lin et al., 2009, Garrard & Narayan, 2013).

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των ερωτηματολογίων αξιολόγησης της ικανοποίησης - συμπεριλαμβανομένου και του servqual - είναι ενδεικτικά των περιθωρίων βελτίωσης που υπάρχουν στους τομείς που εμφανίζουν ελλείμματα και μπορεί να σηματοδοτούν την ανάγκη για αλλαγή της εφαρμοζόμενης πολιτικής. Η ποιότητα των υπηρεσιών, ως αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών των πελατών σε σχέση με τις αντιλήψεις τους για την απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών, θεωρείται πλέον ως ένας από τους σημαντικότερους καθοριστές της συμπεριφοράς των πελατών για επανάληψη της υπηρεσίας και τη διατήρηση της αφοσίωσης τους απέναντι στον οργανισμό (Zeithaml et al.,1994, Zeithaml & Bitner, 2000).

Κεφάλαιο Έβδομο

Μεθοδολογία

7.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η ικανοποίηση των χρηστών κινητών μονάδων υγείας σε δύο επαρχιακούς νομούς, η σχέση με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και παράμετροι που σχετίζονται με την ικανοποίηση, όπως ο χρόνος αναμονής για εξέταση και κλείσιμο ραντεβού.

7.2 Διαδικασία και δείγμα της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε και κατατέθηκε για έγκριση προς την 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας, με την υπ' αριθμ. πρωτ. Φ6/4675/12-3-2014 αίτηση προκειμένου να έχει η ερευνήτρια τη συγκατάθεσή της για τη διακίνησή του στις κινητές μονάδες καθώς επίσης ζητήθηκε και η πρόσβαση σε τηρούμενα στοιχεία που αφορούν τις κινητές μονάδες (αριθμ. πρωτ. Φ6/5475/5476/26-3-2014 αιτήσεις προς τα αρμόδια τμήματα που διαχειρίζονται τις κινητές μονάδες). Η υπηρεσία της 5^{ης} ΥΠΕ απάντησε με το υπ' αριθμ. πρωτ. Φ6/5475/31-3-2014 έγγραφο της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού και 5476/28-3-2014 έγγραφο της Διεύθυνσης ΠΦΥ.

Το δείγμα της μελέτης είναι ο αριθμός των πολιτών που προσήλθαν στις κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για προληπτικό ιατρικό έλεγχο. Συντονιστής στο πρώτο ζεύγος κινητών μονάδων είναι ο κ. Μπαντούλης Αθανάσιος συνταξιούχος ιατρός και πρώην Υποδιοικητής του Γ.Ν. Λάρισας και στο δεύτερο ζεύγος ο κ. Σακελλαρίου Ιωάννης Διευθυντής του Κ. Υ. Φαρκαδόνας, σε συνεργασία και με την υποστήριξη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 1 Απριλίου 2014 έως τις 14 Μαΐου του 2014. Συγκεκριμένα το 1^ο ζεύγος κινητών μονάδων σύμφωνα με το πρόγραμμα βρίσκονταν στην περιοχή Συκουρίου του Δήμου Τεμπών και οι χρήστες που αναφέρονται στη μελέτη είναι κάτοικοι των περιοχών Τεμπών, Οσσας, Πουρναρίου, Λάρισας, Νέσσωνος, Συκουρίου, Κιλελέρ και Καλοχωρίου. Το δεύτερο ζεύγος δραστηριοποιήθηκε στις περιοχές Φαρκαδόνα, Ταξιάρχες, Κρηνίτσα, Παλαιόπυργο, Αρδάνι, Λογγάκι, Ζηλευτή και Νομή και οι χρήστες είναι κάτοικοι των περιοχών αυτών.

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 23 βασικών ερωτήσεων κλειστού τύπου (με υποερωτήματα). Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από δύο τμήματα. Το πρώτο αφορούσε σε ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την γενική λειτουργία των Μονάδων και τις προσφερόμενες υπηρεσίες και το δεύτερο σε ερωτήσεις δημογραφικού-κοινωνικού χαρακτήρα. Ενδεικτικές ερωτήσεις ήταν: Μετά που επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο των κινητών μονάδων, σε πόσες μέρες ορίστηκε το ραντεβού σας για να επισκεφτείτε τη συγκεκριμένη κινητή μονάδα; Πόσο χρόνο περιμένατε για να αρχίσει η εξέτασή σας; Θα πρότεινα αυτή την κινητή μονάδα σε κάποιον γνωστό μου; Εάν χρειαστεί στο μέλλον θα ήθελα να ξαναχρησιμοποιήσω την κινητή μονάδα;

Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτέλεσαν χρήστες υγείας που επισκέφθηκαν την κινητή μονάδα. Επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο, κατά την έξοδο τους από τις μονάδες και αφού τους είχαν παρασχεθεί οι υγειονομικές υπηρεσίες. Από τους 130 ερωτηθέντες οι 123 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

7.3 Εγκυρότητα και αξιοπιστία

Εγκυρότητα

Η εγκυρότητα ερωτηματολογίου αναφέρεται στο αν ένα ερωτηματολόγιο μετρά αυτό το οποίο έχει σχεδιαστεί για να μετρήσει. Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η εγκυρότητα προσώπου και η εγκυρότητα περιεχομένου. Η εγκυρότητα όψης αφορά στην αξιολόγηση της ευκολίας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και της

δυνατότητας κατανόησης των ερωτήσεων από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται (Γαλάνης, 2013). Για το παρόν ερωτηματολόγιο η εγκυρότητα όψης προσδιορίστηκε από με τη βοήθεια πιλοτικής διανομής του ερωτηματολογίου σε επιλεγμένους χρήστες μονάδων υγείας και επαγγελματίες υγείας. Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στην επάρκεια των στοιχείων του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε αυτό να υποστηρίζεται εννοιολογικά. Η εξασφάλιση της εγκυρότητας αυτής στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε με τον πιλοτικό έλεγχο σε επιλεγμένο πληθυσμό 10 χρηστών κινητής μονάδας. Οι συμμετέχοντες σε πιλοτικό έλεγχο εκφράστηκαν σχετικά με τη σαφήνεια της έννοιας που εμπεριεχόταν στην κάθε πρόταση και τα σχόλια τους ελήφθησαν υπόψη στον τελικό σχεδιασμό του ερωτηματολογίου.

Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου διερευνήθηκε με την εσωτερική συνάφεια της υποκλίμακας που αφορούσε στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, του προσωπικού και της κινητής μονάδας συνολικά. Συγκεκριμένα, δημιουργήθηκε υποκλίμακα 11 ερωτήσεων [διαβαθμισμένων σε 6βαθμη κλίμακα Likert (0-5 βαθμοί)], που απέδωσε συντελεστή α Cronbach ίσο με 0,94.

7.4 Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος t-test και ANOVA για τις ποσοτικές μεταβλητές. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

Κεφάλαιο Όγδοο

Αποτελέσματα

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (66,6%). Το 52,8% του δείγματος ήταν άνω των 60 ετών, ενώ έγγαμοι ήταν το 81,3% και με παιδιά το 84,6%. Όλοι πλην τριών ατόμων ήταν ελληνικής ιθαγένειας/υπηκοότητας.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

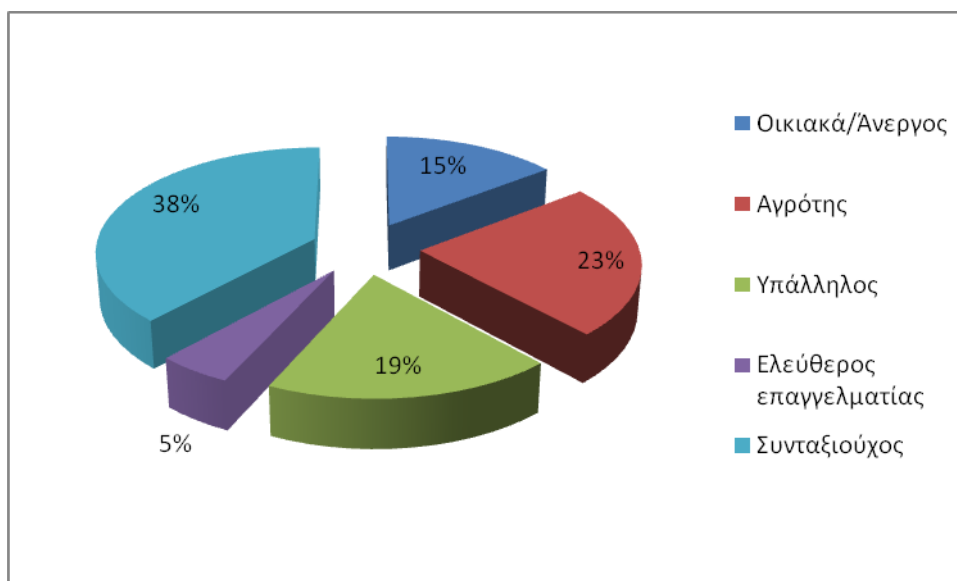
	N	%
Φύλο		
Άντρας	41	33,3
Γυναίκα	82	66,6
Σύνολο	123	100,0
Ηλικία		
18-39	13	10,6
40-59	45	36,6
60-79	54	43,9
80-100	11	8,9
Σύνολο	123	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	15	12,2
Έγγαμος	100	81,3
Διαζευγμένος	2	1,6
Χήρος	5	4,8
Σύνολο	123	100,0
Τέκνα		
Ναι	104	84,6
Όχι	19	15,5
Σύνολο	123	100,0
Ιθαγένεια, υπηκοότητα		
Ελληνική	120	97,5
Άλλη	3	2,5
Σύνολο	123	100,0

Στον ΕΟΠΥΥ ανήκε το 97,5%, με τους υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα (ΙΚΑ) να αντιστοιχούν στο 53,8% των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ. Το 44,7% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και το 30,1% Γυμνασίου-Λυκείου. Όταν τους ζητούνταν να δηλώσουν το επάγγελμά τους, συνταξιούχοι δήλωσαν το 39%, αγρότες το 24% και άνεργοι το 4% (Γράφημα 1).

Πίνακας 2. Κοινωνική κατάσταση των συμμετεχόντων.

	N	%
Κοινωνική κατάσταση		
Ανασφάλιστος /η Άνεργος/η	6	4,9
Προνοιακής κατάστασης	0	0,0
ΕΟΠΥΥ	117	95,1
<i>ΙΚΑ</i>	<i>63</i>	<i>53,8</i>
<i>ΟΓΑ</i>	<i>1</i>	<i>0,9</i>
<i>ΟΑΕΕ</i>	<i>32</i>	<i>27,4</i>
<i>ΔΥ/ΤΕΒΕ</i>	<i>15</i>	<i>12,8</i>
<i>ΤΥΔΚΥ</i>	<i>6</i>	<i>5,1</i>
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Αναλφάβητος	5	4,0
Απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό)	55	44,7
Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο – Λύκειο)	37	30,1
Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πανεπιστήμιο)	26	21,1
Σύνολο	123	100,0
Επάγγελμα		
Δημόσιος υπάλληλος	13	10,6
Ιδιωτικός υπάλληλος	8	6,5
Συνταξιούχος	47	38,2
Άνεργος	6	4,9
ΑΛΛΟ	49	39,8
<i>Αγρότης</i>	<i>29</i>	<i>59,2</i>
<i>Συμβασιούχος</i>	<i>2</i>	<i>4,0</i>
<i>Ελεύθερος επαγγελματίας</i>	<i>6</i>	<i>12,2</i>
<i>Οικιακά</i>	<i>12</i>	<i>24,6</i>

Γράφημα 1. Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων



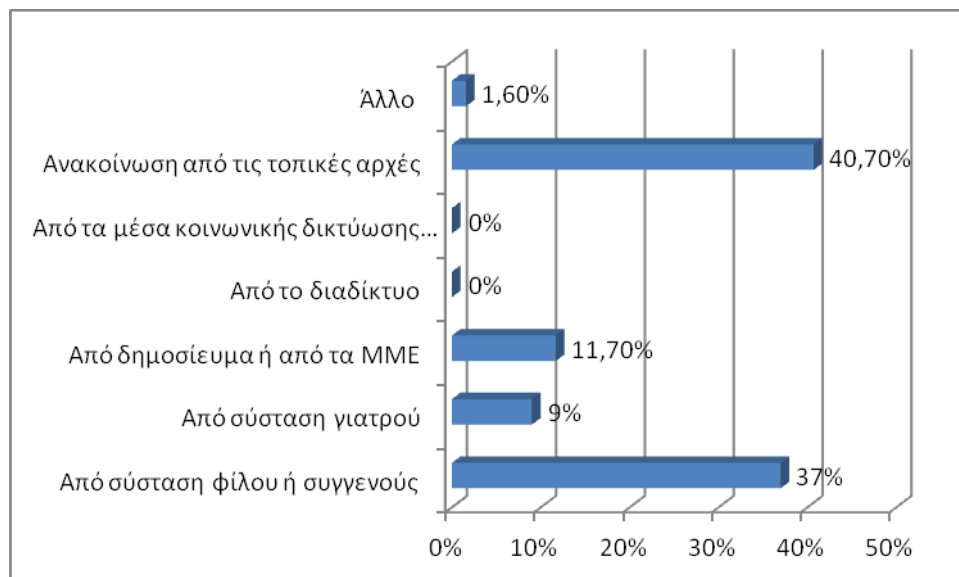
Το 69,1% τις επισκεπτόταν πρώτη φορά, ενώ στο διάστημα 7 έως 30 ημερών τις επισκέφτηκε το 31,6%, μέσα στους τελευταίους 12 μήνες το 21,1% ενώ για χρόνια είχε να τις επισκεφτεί το 47,3%, όσων τις είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν.

Πίνακας 3. Συχνότητα επίσκεψης κινητών μονάδων

	N	%
Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις κινητές μονάδες;		
Ναι	85	69,1
Όχι	38	30,9
Σύνολο	123	100,0
Αν Όχι, πότε περίπου τις επισκεφτήκατε τελευταία φορά;		
<i>Πριν μια εβδομάδα</i>	6	15,8
<i>Πριν 15 μέρες</i>	3	7,9
<i>Πριν 1 μήνα</i>	3	7,9
<i>Μέσα στους τελευταίους 12 μήνες</i>	8	21,1
<i>Πριν από χρόνια</i>	18	47,3
Σύνολο	38	100,0

Η κυριότερη πηγή ενημέρωσης ήταν οι δημοτικές αρχές και η σύσταση φίλων

Γράφημα 2. Πηγές ενημέρωσης για τις κινητές μονάδες



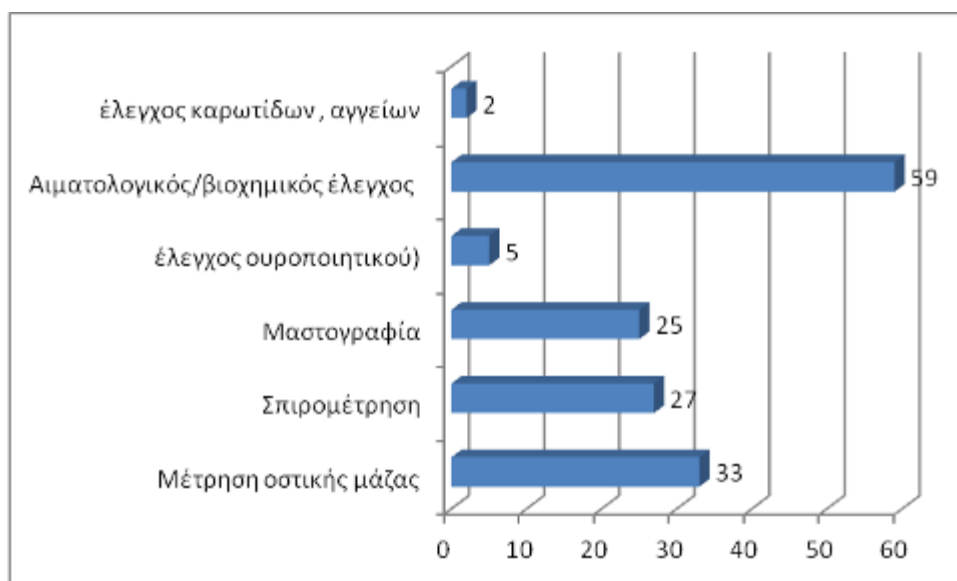
Το 97,6% ανέφερε χρόνο αναμονής για κλείσιμο ραντεβού από 1-10 ημέρες, ενώ το 3,2% από 11-15 ημέρες. Το 72,4% ανέφερε ότι περίμενε να εξεταστεί μέχρι και 15 λεπτά, ενώ άνω των 30 λεπτών αναμονή είχε το 1,6%.

Πίνακας 4. Χρόνος αναμονής για ραντεβού/εξέταση

	N	%
Μετά που επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο των κινητών μονάδων, σε πόσες μέρες ορίστηκε το ραντεβού σας για να επισκεφτείτε τη συγκεκριμένη κινητή μονάδα;		
1-5 ημέρες	60	48,8
6-10 ημέρες	59	48,0
11-15 ημέρες	4	3,2
Σύνολο	123	100,0
Πόσο χρόνο περιμένατε για να αρχίσει η εξέτασή σας;		
Μέχρι 15΄	89	72,4
Μέχρι 30΄	32	26,0
Μέχρι 45΄	2	1,6
Σύνολο	123	100,0

Ο αιματολογικός/βιοχημικός έλεγχος ήταν η συχνότερη εξέταση (59 άτομα) και ακολουθούσε η μέτρηση οστικής μάζας (33 άτομα), η σπιρομέτρηση (27 άτομα) και η μαστογραφία (25 άτομα).

Γράφημα 3. Το είδος των εξετάσεων της Κινητής Μονάδας το διάστημα της έρευνας.



Το ποσοστό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες της κινητής μονάδας ήταν εξαιρετικά υψηλό και αφορούσε το σύνολο των υπηρεσιών και των ικανοτήτων /συμπεριφοράς προσωπικού και του εξοπλισμού.

Πίνακας 5. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της κινητής μονάδας.

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Άριστη
Την ευκολία πρόσβασης στην κινητή μονάδα;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στην κινητή μονάδα;	0,0	0,0	1,7	3,3	95,0
Τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στην κινητή μονάδα;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Τον εξοπλισμό της κινητής μονάδας;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7

Τη συμπεριφορά του προσωπικού;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Την ευγένεια του προσωπικού;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Την επικοινωνία με το προσωπικό;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Την ενημέρωση από το προσωπικό;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Το σεβασμό προς εσάς που έδειχνε το προσωπικό;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Το ενδιαφέρον του προσωπικού;	0,0	0,0	0,0	3,3	96,7
Τον τρόπο που σας ειδοποίησαν;	0,0	0,0	1,7	3,3	95,0

Η φροντίδα που το προσωπικό παρείχε στους επισκέπτες τις κινητής μονάδας ήταν καλύτερη του αναμενομένου, ενώ οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν μεγάλη εμπιστοσύνη στις εξετάσεις και στις οδηγίες που τους δόθηκαν.

Πίνακας 6. Άποψη για τις υπηρεσίες της κινητής μονάδας σε σχέση με τις προσδοκίες

	Καλύτερη από αυτή που περίμενα	Καλή όπως την περίμενα	Μέτρια όπως την περίμενα	Κακή όπως την περίμενα	Χειρότερη από αυτήν που περίμενα
Θα έλεγα ότι η φροντίδα που μου παρασχέθηκε από το προσωπικό της κινητής μονάδας ήταν:	90,8	9,2	0,0	0,0	0,0
Κατά την έξοδό σας από την κινητή μονάδα, σας δόθηκαν επαρκείς οδηγίες για την περαιτέρω διαδικασία;	88,3	11,7	0,0	0,0	0,0
Έχετε εμπιστοσύνη στην αξιοπιστία των εξετάσεων και των αποτελεσμάτων των κινητών Μονάδων;	76,7	23,3	0,0	0,0	0,0
Σας δόθηκαν επαρκείς κατευθύνσεις μετά την απόκτηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων σας;	98,3	1,7	0,0	0,0	0,0

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα θα πρότειναν σε κάποιο γνωστό τους να επισκεφτεί την μονάδα, ενώ οι ίδιοι θα τη χρησιμοποιούσαν ξανά σε ποσοστό άνω του 95%.

Πίνακας 7. Σύσταση και επιθυμία χρήσης της κινητής μονάδας.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Θα πρότεινα αυτή την κινητή μονάδα σε κάποιον γνωστό μου:	95,1	4,9	0,0	0,0	0,0
Εάν χρειαστεί στο μέλλον θα ήθελα να ξαναχρησιμοποιήσω την κινητή μονάδα:	91,2	7,8	0,0	0,0	0,0

Ποσοστό άνω του 90% των επισκεπτών των κινητών μονάδων αξιολογεί πολύ θετικά την κινητή μονάδα, την ποιότητα ζωής και την κατάσταση της υγείας.

Πίνακας 8. Αξιολόγηση κινητής μονάδας και προσωπικής υγείας.

	0	1	2	3	4	5
Σε κλίμακα από το 0 (χειρότερο) ως το 5 (καλύτερο), με ποιον βαθμό θα αξιολογούσατε:	Χειρότερο					Καλύτερο
Την κινητή μονάδα που επισκεφτήκατε	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8	94,2
Την κατάσταση της υγείας σας	0,0	0,0	0,0	10,0	33,3	56,7
Την ποιότητα ζωή σας	0,0	0,0	0,0	2,5	27,5	70,0

Αναφορικά με τις υποδείξεις των επισκεπτών, η πλειονότητα όσων απάντησαν στο ερώτημα αυτό (77,3%) δήλωσε ότι θα ήθελε να γίνονται περισσότερες εξετάσεις και σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα.

Πίνακας 9. Υποδείξεις για τη βελτίωση της λειτουργίας των κινητών μονάδων

	N	%
Τι θα επιθυμούσατε να υποδείξετε για τη βελτίωση της λειτουργίας των κινητών μονάδων		
Να γίνονται περισσότερες εξετάσεις και σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα	17	77,3
Όλα καλά	3	13,6
Ξέρουν να κάνουν καλά την δουλειά τους	2	9,1

Όταν επιχειρήθηκε σύγκριση μεταξύ υποομάδων με διαφορετικά δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την αξιολόγηση των υπηρεσιών της κινητής μονάδας. Ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου, φύλου, ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης, οι υπηρεσίες αξιολογούνταν εξίσου θετικά. Πιο συγκεκριμένα σχετικά με το φύλο: $t(118)=0,260$, $p=0,795$, σχετικά με την ηλικιακή ομάδα: $F(3,116)=1,484$, $p=0,222$, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση: $F(3,116)=0,356$, $p=0,785$, σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο: $F(3,116)=0,313$, $p=0,816$ και σχετικά με το επάγγελμα: $F(3,116)=1,355$, $p=0,254$.

Κεφάλαιο Ένατο

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η ικανοποίηση των χρηστών των κινητών μονάδων υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλή, άσχετα από το φύλο και την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Στη 5βαθμη κλίμακα Likert, η βαθμολογία ανερχόταν στο 4,96 για τη συνολική ικανοποίηση από μια σειρά σημαντικών παραμέτρων, όπως η συμπεριφορά του προσωπικού και οι προσφερόμενες υπηρεσίες.

Το αποτέλεσμα αυτό φαντάζει ιδεατό, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς ότι ο αναφερόμενος χρόνος αναμονής είναι μικρότερος εκείνων αρκετών διεθνών μελετών και ότι οι πολίτες ευχαρίστως θα επισκέπτονταν ξανά τη μονάδα στο μέλλον ή θα τη σύστηναν σε κάποιο γνωστό τους, ένας τρόπος που φαίνεται ότι αυξάνει τη δημοφιλία των κινητών μονάδων και συμβάλλει στη γνωστοποίηση του έργου τους, καθώς το 57% των πολιτών δηλώνει ότι την ύπαρξή τους την πληροφορήθηκε από κάποιο φίλο/γνωστό.

Έχει βρεθεί ότι οι άνδρες και εκείνοι με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης εκφράζουν το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης (Ibrahim et al., 2005). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει για τους λιγότερο μορφωμένους και τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών (Harutyunyan et al., 2010). Στην παρούσα μελέτη δεν υπήρξαν αντίστοιχες διαφοροποιήσεις και όλοι οι πολίτες ανέφεραν ότι απολάμβαναν κατά μέσο όρο την ίδια ποιότητα υπηρεσιών. Σημειώνεται ωστόσο ότι εξ αντικειμένου στο σύνολό τους επρόκειτο για κατοίκους αγροτικής περιοχής. Πιθανόν το γεγονός ότι σημαντικό ποσοστό των χρηστών βρίσκονταν σε αγροτικές περιοχές, όπου παραδοσιακά αναφέρονται μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης και μεγαλύτερη ομοιογένεια πληθυσμού να συνέβαλε σε αυτό. Σε μελέτη στην Κύπρο βρέθηκε ότι το ποσοστό ικανοποίησης για τις περισσότερες παραμέτρους που διερευνήθηκαν

ήταν σχετικά υψηλό (70%), με τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης να συγκεντρώνουν τα ζητήματα που συνδέονται με τους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι η ευγένεια, οι γνώσεις και ο χρόνος που αφιέρωσαν στον ασθενή. Σε έρευνες που αφορούν ΚΥ συχνά προκύπτουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο μέσο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των αστικών και των αγροτικών ΚΥ, με τις αστικές να υπερτερούν στα περισσότερα σημεία. Όμως εδώ που «ο γιατρός πάει στον πολίτη» υπερβαίνονται πολλές γεωγραφικές και οικονομικές ανισότητες και αίρονται αντιξοότητες όπως η πληθώρα ετερογενών περιστατικών και αυξημένος εργασιακός φόρτος (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012).

Επίσης, έχει βρεθεί ότι ενώ η ικανοποίηση είναι συνήθως υψηλή με τη συμπεριφορά και την ενημέρωση και τις δεξιότητες του προσωπικού, είναι αρκετά χαμηλότερη για την υλικοτεχνική υποδομή της κινητής μονάδας (Binod et al., 2008). Στην παρούσα μελέτη και η υλικοτεχνική υποδομή αξιολογήθηκε εξαιρετικά, δείχνοντας την αρτιότητα των κινητών μονάδων που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη, τουλάχιστον σε σχέση με τις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίοι διαπιστώνουν ποιότητα καλύτερη του αναμενομένου. Ίσως αυτό το εύρημα δε θα πρέπει να προξενεί εντύπωση, με δεδομένο ότι η κατάσταση στα νοσοκομεία, από άποψη εξυπηρέτησης των πολιτών έχει επιβαρυνθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια λόγω ανακατατάξεων και ένδειας πόρων. Όταν σύμφωνα με επίσημα στοιχεία (ΟΕΝΓΕ και «Γ. Παπανικολάου») ο μέσος χρόνος για ένα ραντεβού στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ενδέχεται να υπερβαίνει το μήνα, ή να φτάνει το έτος γίνεται αντιληπτό το όφελος των πολιτών από την κινητή μονάδα και η συνακόλουθη ικανοποίηση από την ταχύτητα εξυπηρέτησης. Η ταχύτητα εξυπηρέτησης εξάλλου αναδεικνύεται ως βασική συνιστώσα της ικανοποίησης από τις κινητές μονάδες υγείας (Michael et al., 2013).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας εστιάζει, όπως και το servqual στον ανθρώπινο παράγοντα, αλλά δίνει μικρότερη έμφαση στην υλικοτεχνική υποδομή. Αντίθετα, ζητά εμφαντικά την αξιολόγηση της προσβασιμότητας και του χρόνου εξυπηρέτησης και της συνολικής ικανοποίησης από την υπηρεσία, παράμετροι σημαντικές για την επιτυχία του έργου μιας κινητής μονάδας. Δεν προσδιορίζει άμεσα το χάσμα ανάμεσα σε προσδοκία και πραγματικότητα, αλλά έμμεσα, καθώς

τόσο για τους συμμετέχοντες στην έρευνα, όσο και παγκοσμίως αποτελεί μια νέα πραγματικότητα, ενώ οι μονάδες προσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες, με στόχο την πληρέστερη εξυπηρέτηση πληθυσμών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Συνεπώς είναι δύσκολο να υπάρξουν νόρμες και προκαθορισμένες προσδοκίες που να αφορούν συγκεκριμένες πτυχές της λειτουργίας των μονάδων, οι οποίες τελικά κρίνονται από το αποτέλεσμα στην έγκαιρη πρόληψη και παρέμβαση.

Ωστόσο, δε θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός πολλοί πολίτες που δηλώνουν ενήμεροι για τις μονάδες και το έργο τους, θα κατέφευγαν στον ιδιωτικό τομέα αν είχαν τη δυνατότητα (είτε οικονομική είτε προσβασιμότητας). Έχει βρεθεί ότι το 82% των πολιτών μπορεί να είναι ενήμερο για τις κινητές μονάδες, αλλά το 75% θα προτιμούσε τον ιδιωτικό τομέα, καθώς φαίνεται να έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε αυτόν (Binod et al., 2008). Επίσης, μια σύγκριση ανάμεσα στην ικανοποίηση από τον ιδιωτικό τομέα και την κινητή μονάδα πιθανόν να φώτιζε περισσότερο τομείς που χρειάζονται βελτίωση και να αναδείκνυε διαφορές και αδυναμίες. Πιθανόν το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης να δείχνει ότι πια οι πολίτες έχουν χαμηλώσει τον πήχη των προσδοκιών τους και ότι η παρουσία μιας δομής φροντίδας που πληροί τα υπό άλλες συνθήκες αυτονόητα για ένα ανεπτυγμένο κράτος, να υπερτιμάται. Η προσφορά της κινητής μονάδας δεν αναιρείται, αλλά δεν θα πρέπει να θεωρείται οριστική λύση στα προβλήματα υγείας των κατοίκων της υπαίθρου ή των ευπαθών ομάδων. Αποτελεί σίγουρα μέρος της λύσης, αναδεικνύοντας όμως και τα μεγάλα προβλήματα του συστήματος υγείας. Και στο εξωτερικό η επιτυχία της μονάδας οφείλεται στην προσέγγιση ευπαθών ομάδων, όπως είναι οι άστεγοι, κάνοντας τις υπηρεσίες υγείας πιο προσιτές για ευρύτερα στρώματα του πληθυσμού (Albalushi et al., 2012, Sohrabi & Albalushi, 2011).

Ωστόσο, θα ήταν προτιμότερο να μην υπάρχουν άστεγοι και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες και η προσβασιμότητα τους να ήταν άμεση σε όλες τις δομές του συστήματος υγείας. Στην παρούσα μελέτη, το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης όλων των πολιτών για παραμέτρους, όπως ο χρόνος αναμονής ή η παροχή οδηγιών και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας δείχνει ότι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ακολουθεί τη διακήρυξη της Alma-Ata για την παροχή φροντίδας σε όλον τον πληθυσμό χωρίς διακρίσεις.

Στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί η χρήση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς (πχ δεν προσδιορίστηκε αντικειμενικά ο χρόνος αναμονής ούτε αξιολογήθηκε από ανεξάρτητο παρατηρητή η ποιότητα του εξοπλισμού). Επίσης, δε ρωτήθηκαν οι πολίτες για συγκριτική αξιολόγηση της ικανοποίησης από άλλους φορείς (ιδιωτικούς ή δημόσιους, όπως ΚΥ ή ιατρεία), ούτε έγινε επαναληπτική (follow-up) αξιολόγηση. Επίσης δεν αξιολογήθηκε το συνεχές της φροντίδας. Στην περίπτωση παθολογικού ευρήματος θα είχε ενδιαφέρον να αξιολογηθεί η ροή του περιστατικού μέχρι την τελική του αντιμετώπιση, γιατί αν αυτή δεν είναι εφικτή, η ικανοποίηση αναμένεται να είναι πολύ περιορισμένη και τα οφέλη για τον ασθενή πενιχρά.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κρίνονται ενθαρρυντικά, δημιουργούν όμως την ανάγκη για πιο ενδελεχή αξιολόγηση της φροντίδας που προσφέρεται από τις κινητές μονάδες, σε προοπτικές μελέτες και με όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική αξιολόγηση. Μέσα σε ένα αντίξοο οικονομικά και κοινωνικά περιβάλλον οι κινητές μονάδες θα μπορούσαν, υπό προϋποθέσεις να αποτελέσουν μια νησίδα αξιόπιστης υγειονομικής φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Albalushi, R.M., Sohrabi, M.R., Kolahi, A.A. (2012). Clients' satisfaction with primary health care in Muscat. *Int J Prev Med*, 3:713-717.

Bakakus, E., Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*, 26:767-786.

Brubaker, B.H. (1983) Health Promotion: A linguistic analysis, *Advances in Nursing Science*. 5:1-14

Binod, K.P., Rakesh, K., Anil, G., Baridalyne, N., Chandrakant, S.P. (2008). UG Study Group, Community Perception and Client Satisfaction about the Primary Health Care Services in an Urban Resettlement Colony of New Delhi *Indian J Community Med*, 33:250–254.

Cronin, J.J., Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: A re examination and extension. *Journal of Marketing*, 56:55-68.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press.

Edgerley, L.P., El-Sayed, Y., Druzin, M.L., Kiernan, M., Daniels, K.I. (2007). Use of community mobile health van to increase early access to prenatal care. *Maternal and Child Health Journal*, 11:235-239.

Garrard, F., Narayan, H. (2013). Assessing obstetric patient experience: a SERVQUAL questionnaire. *Int J Health Care Qual Assur.*, 26:582-92.

Garrett, D.K. (1995). Mobile Access: opening health care doors. *Nursing Management*, 26:29, 31-33.

Guzman, P.M., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L., Wright, W.R. (1988). Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12: 225-233.

Harutyunyan, T., Demirchyan, A., Thompson, M., Petrosyan, V. (2010). Patient satisfaction with primary care in Armenia: good rating of bad services? *Health Serv Manage Res*, 23:12-17.

Heller, B.R., Goldwater, M.R. (2004). The Governor's Wellmobile: Maryland's mobile primary care clinic. *The Journal of Nursing Education*, 43: 92-94.

Hilary, A. (2003). Social Policy Research Unit (SPRU), University of York Access to Health Care for Carers: Intervention Evaluations Supplementary Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).

Ibrahim, S., Manal, S., Maged, M., Adel, M. (2005). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region, Kuwait. *Middle East journal of family medicine*, 3:10-15.

International Conference on Primary Health Care. (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron*, 32:428-430.

Lawn, J.E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V.K., Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 372:917-927.

Lin, D.J., Sheu, I.C., Pai, J.Y., Bair, A., Hung, C.Y., Yeh, Y.H., Chou, M.J (2009). Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health Qual Life Outcomes*. 10:63.

Linkov, F., Shubnikov, E., Hussein, A.S., Lovalekar, M., LaPorte, R. (2003). Globalisation of prevention education: a golden lecture. *Lancet*, 362:1586-1587.

Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review. *Int J Integr Care*, 9:e88

Maxwell, J. R. (1984). Quality assessment in health. *BMJ*, 288:1470-1472.

Post, P. (2007). Mobile Health Care for Homeless People: Using Vehicles to Extend Care, MPA National Health Care for the Homeless Council.

Hawkins, A. (2007). Mobile Health Units: Review of the Literature Baltimore Healthy Start, Inc.

Michael, M., Schaffer, S.D., Egan, P.L., Little, B.B., Pritchard, P.S. (2013). Improving wait times and patient satisfaction in primary care. *J Healthc Qual*, 35:50-59.

Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system, A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*, 14:S151–S168.

Nelson, A. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling Publications.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 49:41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64:13-40.

Petersen, M.B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3):25-35.

Polyzos, N., Economou, C., Zilidis, C. (2008). National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms? The Sisyphus Myth 2008, *European Research Studies*,

11:91-118.

Reguero, W., Crane, M. (1994). Project MotherCare: One hospital's response to the highperinatal death rate in New Haven, CT. Public Health Reports.

Robinson, J., Mantoy-Meade, P., Murphy, K., McHugh, T., Wynne, M. (2010). Safetynet Network for Homeless Health Services Chrysalis Community Drug Project Dublin Simon Community Order of Malta, Ireland Mobile Health Clinic 2010 Service Activity Report.

Rosselli, V.R., Santalucia, C.A., Woodward, A.B., Luecke, R.W. (1996). Patient satisfaction under managed care: What every financial manager should know, Journal of Health Care Finance, 22:61-66.

Sohrabi, M.R., Albalushi, R.M. (2011). Clients' satisfaction with primary health care in Tehran: A cross-sectional study on Iranian Health Centers. J Res Med Sci, 16:756-762.

WHO-UNICEF Primary Health Care. (1978). Joint Report, International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata,USSR, 6-12, Geneva-New York.

WHO. (1993). Continuous Quality Development: A Proposal National Policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med, 38: 509-516.

Zeithaml, V.A., Berry, L.L., Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. Journal of Marketing, 60:31-46.

Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. (2000). Services marketing: integrating customer focus across the firm. N.Y.: McGraw-Hill.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. (2012). Αξιολόγηση και Διερεύνηση των Παραγόντων που Επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης Νοσηλευτική, 51:216–226.

Βραχάτης, Δ.Α., Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. Νοσηλευτική, 51: 10–17.

Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30:97-110.

Δικαίος, Κ., Χλέτσος Μ. (1999). Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Β', Πολιτική Υγείας / Κοινωνική Πολιτική. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα-Ελλάς σ. 130-132.

Καραγιάννη, Ρ. (2007). Μέτρηση και ανάλυση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα. Ph.D. Thesis, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν., Σισσούρας, Α. (2000). Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο σελ. 144-146.

Κωνσταντίνου, Ε, Μητρόπουλος, Ι. (2012). Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29:617-622.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Τόμος Α, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα σελ. 26-27.

Λιαρόπουλος, Λ., (1996). Οικονομία της Υγείας Διδακτικές Σημειώσεις Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Νόμος 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143Α/1983.

Νόμος. 1579/1985 - Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ217Α/1985.

Νόμος 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ 123Α/1992.

Νόμος 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. ΦΕΚ 53Α/2004.

Νόμος 3370/2005 Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις ΦΕΚ Α /176.

Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31Α/2011.

Νόμος 4238/2014 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Μπουρσανίδης, Χ. (1998). Πολιτική Υγείας. Στοιχεία διαμόρφωσης ορθολογικής πολιτικής υγείας και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας. Κείμενα Κοινωνικής Διοίκησης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

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

Παπανικολάου, Β. (2006). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών» Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδ. Θεμέλιο.

Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., Νιάκας, Δ. (2011). Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης, Τόμος 4, τεύχος 4, σελ. 42-52.

Σιγάλας, Ι., (1999). Οι μορφές των οργανισμών υγείας και οι οργανωτικές τους ιδιαιτερότητες, στο Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών υγείας Κεφάλαιο 2, ΕΑΠ, σελ. 61- 63.

Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. στο: Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις Τόμος Δ', Πάτρα: Εκδ. Ε.Α.Π. σελ. 15-97.

Στασινοπούλου, Ο. (2003). Κράτος Πρόνοιας-Ιστορική Εξέλιξη. Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις, Αθήνα, Gutenberg, σελ. 80-81.

Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

Τριχοπούλου, Α., Τριχόπουλος, Δ. (1986). Προληπτική Ιατρική. Αθήνα.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ

AFMC Primer on Population Health. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians, ανάκτηση 22 Μαΐου 2013 από

<http://phprimer.afmc.ca/Part1TheoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/Thestagesofprevention>

Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Τομέας Οικονομικών της Υγείας Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Αθήνα, ανάκτηση 27 Νοεμβρίου 2013 από

http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%

Aljasir, M.S. (2010). Alghamdi Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia ανάκτηση 26 Μαΐου 2013 από

<http://www.emro.who.int/emhj-volume-16-2010/volume-16-issue-10/article-12.html>

Annapurna, C., Ramya, K., Prabal, V.S. (2012). Comparative Case Study Mobile Medical Units In Bihar and Madhya Pradesh ACCESS Health International, ανάκτηση 27 Μαΐου 2013 από

http://www.accessh.org/CaseStudies_Pdf/MMU%20Comparative%20Case%20Study.pdf

Chronic Medical Illness and Homeless Individuals. A Preliminary. Review of the Literature, ανάκτηση 25 Μαΐου από

http://www.nhchc.org/Publications/literaturereview_chronicillness.pdf.

Δημόσια υγεία. www.bestrong.org.gr/el/health/healthinfo/publichealth/

Ανάκτηση 11 Ιουνίου από

<http://www.makthes.gr/news/reportage/116752/>

ΕΛΣΤΑΤ, 2012, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_02_2012_01_F_GR.pdf

Επίσημη ιστοσελίδα της εφημερίδας το ΒΗΜΑ Δυο υπερσύγχρονες κινητές ιατρικές μονάδες στην άγωνα γραμμή δημοσιεύτηκε 9-1-2014, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από

<http://www.tovima.gr/society/article/?aid=555436>

Επίσημη ιστοσελίδα του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων. Λούντζης Αλέξανδρος, Νομικό πλαίσιο κινητών μονάδων, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από

<http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/131-2012-06-12-11-08-22>

Επίσημη ιστοσελίδα Zero energy buildings Κινητή μονάδα ιατρικής περίθαλψης, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014

<http://www.zeroenergybuildings.org/2012/07/blogpost.html#sthash.DutwQpxU.dpuf>

Επίσημη ιστοσελίδα της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών Κινητή Μονάδα Παροχής

Υγείας της Ι.Α.Α. Πρόγραμμα κινητής μονάδας πρωτοβάθμιας υγείας Ιανουάριος – Ιούλιος 2012, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από http://www.iaath.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=797&Itemid=1

Επίσημη ιστοσελίδα της εφημερίδας Ζούγκλα Με κινητή μονάδα πολεμούν τη σκλήρυνση κατά πλάκας στη Κρήτη, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από <http://www.zougla.gr/greece/article/me-kiniti-monada-polemoun-ti-sklirinsi-kata-plakas-sti-kriti>

Επίσημη ιστοσελίδα του Χαμόγελου του παιδιού Προληπτική ιατρική, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από <http://www.hamogelo.gr/79.1/Prolhptikh-Iatrikh>

Επίσημη ιστοσελίδα της Εφημερίδας Γραμμή ζωής. Καρκίνος: Η πρώτη διάγνωση σώζει ζωές. Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2011 – 2015, Τεύχος1, Φεβρουάριος 2012, Ανάκτηση 25 Οκτωβρίου 2013 από http://www.anticancer.gov.gr/images/newspaper/Grammi_Zois_T_1.pdf

Επίσημη ιστοσελίδα της εφημερίδας Γραμμή ζωής. Καρκίνος: Δράσεις Προσυμπτωματικού Ελέγχου από την Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, Ανάκτηση 25 Οκτωβρίου 2013 από http://www.anticancer.gov.gr/view_new/92.

Επίσημη ιστοσελίδα του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων Πρόγραμμα Υγειονομικής και Ψυχοκοινωνικής παρέμβασης με κινητές μονάδες στο ιστορικό κέντρο της Αθήνας Ενημερωτικό δελτίο, ανάκτηση 28 Μαΐου 2013 από <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4750>

Επίσημη ιστοσελίδα του Οδοντιατρικού συλλόγου Πειραιώς Πρόγραμμα πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα σχολεία, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από <http://www.osp.gr/Media/Default/Proliptiki/School/%.pdf>

Επίσημη ιστοσελίδα του Ιατρικού Ομίλου Αθηνών Τμήμα ιατρικής της εργασίας
Επαγγελματικό Check-up Εργαζομένων, Ανάκτηση 19 Φεβρουαρίου 2014 από
<http://www.iatrikokentro.gr/el/content/%>

Παπαδόπουλος, Α. (2010). Η έννοια της Πρωτογενούς Πρόληψης στο Πρωτογενής
Πρόληψη Παθήσεων Ένας Οδηγός για γιατρούς, Πολίτες και Διοικούντες Ο.Α.Τ.Υ.Ε.
σελ. 13, Ανάκτηση 25 Οκτωβρίου 2013 από www.oatye.gr/img/praktika2010.pdf

Τούντας, Γ. (2008). Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας ανάκτηση 20-12-
2013 από
<http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=785>

WHO Alma Ata, ανάκτηση 25 Μαΐου 2014 από
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ 5^{ης} ΥΠΕ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΠΟΛΙΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΟΙ ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ 5^{ης} ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.

ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ , 2014

Αγαπητέ/ή Κύριε/Κυρία,

Η πιο πάνω μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Η μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου το οποίο αφορά: α) την καταγραφή των απόψεων σας για την λειτουργία των κινητών μονάδων σχετικά με τις υπηρεσίες Υγείας που προσφέρει, την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό μοντέλο Ποιότητας και β) την αποτύπωση της δικής σας γνώμης για τη βελτίωση της λειτουργίας τους (για το βαθμό επίτευξης των στόχων τους μέσα από την προσωπική σας εμπειρία)

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις ακόλουθες οδηγίες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Στο ερωτηματολόγιο δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Μην σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση. Απαντήστε αυθόρμητα. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην κ. Ειρήνη Παναγιωτοπούλου αρ. τηλ. 6942478025, 2410 626785

Αριθμός ερωτηματολογίου:

Ημερομηνία συμπλήρωσης:

4. Ποιος ο λόγος επίσκεψης σας σήμερα στην κινητή μονάδα;

- α) Μέτρηση οστικής μάζας
- β) Σπυρομέτρηση
- γ) Μαστογραφία
- δ) Έλεγχος ουροποιητικού
- ε) Αιματολογικός/βιοχημικός έλεγχος
- στ) Έλεγχος αγγείων, καρωτίδων και κοιλιακής αορτής

5. Πόσο χρόνο περιμένατε για να αρχίσει η εξέτασή σας;

- α) Μέχρι 15΄
- β) Μέχρι 30΄
- γ) Μέχρι 45΄
- δ) Μέχρι 60΄
- ε) Περισσότερο (προσδιορίστε)

6. Σε κλίμακα από το 0 (πολύ κακή) μέχρι 5 (τέλεια) πως αξιολογείτε συνολικά:

την ευκολία πρόσβασης στην κινητή μονάδα	
τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στην κινητή μονάδα;	
τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στην κινητή μονάδα;	
τον εξοπλισμό της κινητής μονάδας;	
τη συμπεριφορά του προσωπικού;	
την ευγένεια του προσωπικού;	
την επικοινωνία με το προσωπικό;	
την ενημέρωση από το προσωπικό;	
το σεβασμό προς εσάς που έδειχνε το προσωπικό;	
το ενδιαφέρον του προσωπικού;	
τον τρόπο που σας ειδοποίησαν;	

7. Θα έλεγα ότι η φροντίδα που μου παρασχέθηκε από το προσωπικό της κινητής μονάδας ήταν:

5	Καλύτερη από αυτήν που περίμενα
4	Καλή όπως την περίμενα
3	Μέτρια όπως την περίμενα
2	Κακή όπως την περίμενα
1	Χειρότερη από αυτήν που περίμενα

8. Κατά την έξοδό σας από την κινητή μονάδα, σας δόθηκαν επαρκείς οδηγίες για την περαιτέρω διαδικασία;

5	Καλύτερη από αυτήν που περίμενα
4	Καλή όπως την περίμενα
3	Μέτρια όπως την περίμενα
2	Κακή όπως την περίμενα
1	Χειρότερη από αυτήν που περίμενα

9. Έχετε εμπιστοσύνη στην αξιοπιστία των εξετάσεων και των αποτελεσμάτων των κινητών Μονάδων;

5	Καλύτερη από αυτήν που περίμενα
4	Καλή όπως την περίμενα
3	Μέτρια όπως την περίμενα
2	Κακή όπως την περίμενα
1	Χειρότερη από αυτήν που περίμενα

10. Σας δόθηκαν επαρκείς κατευθύνσεις μετά την απόκτηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων σας;

5	Καλύτερη από αυτήν που περίμενα
4	Καλή όπως την περίμενα
3	Μέτρια όπως την περίμενα
2	Κακή όπως την περίμενα
1	Χειρότερη από αυτήν που περίμενα

11 . Θα πρότεινα αυτή την κινητή μονάδα σε κάποιον γνωστό μου:

Συμφωνώ απόλυτα.....	5
Συμφωνώ.....	4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3
Διαφωνώ	2
Διαφωνώ απόλυτα	1

12. Εάν χρειαστεί στο μέλλον θα ήθελα να ξαναχρησιμοποιήσω την κινητή μονάδα

Συμφωνώ απόλυτα.....	5
Συμφωνώ.....	4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3
Διαφωνώ.....	2
Διαφωνώ απόλυτα	1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

13. Σε κλίμακα από το 0 (χειρότερο) ως το 5 (καλύτερο), με ποιον βαθμό θα αξιολογούσατε;

α) την κινητή μονάδα που επισκεφτήκατε

	0	1	2	3	4	5	
Χειρότερο							Καλύτερο

β) την κατάσταση της υγείας σας

	0	1	2	3	4	5	
Χειρότερο							Καλύτερο

γ) την ποιότητα ζωή σας

	0	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	---	--

7. Κοινωνική κατάσταση

- α) Ανασφάλιστος /η Άνεργος/η
- β) Προνοιακής κατάστασης
- γ) ΕΟΠΥΥ Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας:.....
- δ) Άλλη (προσδιορίστε).....

8. Επίπεδο εκπαίδευσης

- α) Αναλφάβητος
- β) Απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό)
- γ) Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο – Λύκειο)
- δ) Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πανεπιστήμιο)

9. Επάγγελμα:

- α) Δημόσιος υπάλληλος
- β) Ιδιωτικός υπάλληλος
- γ) Συνταξιούχος
- δ) Άνεργος
- ε) Άλλο.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο : Παναγιωτοπούλου

Όνομα : Ειρήνη

Πατρώνυμο : Κυριάκος

Τόπος κατοικίας: Λάρισα,

Σταγόν 33, ΤΚ 41334

Α.Δ.Τ.: ΑΙ285168

Αριθ. τηλεφώνου: 6942478025

e-mail: panagirine@gmail.com

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ 5 ^η Υ.Π.Ε. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ			
ΕΛΦΘΗ	ΑΡ. ΠΡΩΤ.	ΧΡΕΩΣΗ Φ.	ΤΜΗΜΑ
123.244	4676	Φ4	
ΗΜ/ΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑΝ ΠΛΟΣΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ	
	ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ		
	ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ		
	Ο ΑΡΧΟΛΟΓΟΣ ΥΠ. ΑΡΧΟΣ		

Π Ρ Ο Σ

5^η ΥΠΕ

Θέμα : Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου και χρήσης τηρουμένων στοιχείων της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

Λάρισα 12.03.2014

Στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα: «Έρευνα για την αποτύπωση και μελέτη της ικανοποίησης πολιτών από την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής στα πλαίσια άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Μελέτη περίπτωσης: οι κινητές μονάδες προληπτικής ιατρικής της 5ης ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.» παρακαλώ να μου εγκρίνετε την πρόσβαση στα τηρούμενα στοιχεία της 5^{ης} ΥΠΕ που αφορούν τις Κινητές Μονάδες και στην διακίνηση ερωτηματολογίου στις Κινητές Μονάδες.

Η ΑΙΤΟΥΣΑ



ΕΙΡΗΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ :

1. Ερωτηματολόγιο



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Λάρισα : 31/03/2014
Αρ. Πρωτ. Φ6/ 5475

5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Ταχ. Δ/ση: Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Κ.
41110, Λάρισα, Τ.Θ. 2101

Διεύθυνση: Ανάπτυξης Ανθρώπινου
Δυναμικού Μονάδων

Τμήμα: Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Υπεύθυνοι: Πατσιας Δημήτριος

Τηλέφωνο: 2413 - 500857

FAX: 2410 - 232929

E-mail: dpat@dypethessaly.gr

Προς: κ. Παναγιωτοπούλου Ειρήνη
Σταγών 33
ΤΚ 41334 - Λάρισα

Θέμα: Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίων
Σχετ. α) Η από 26-3-2014 αίτηση της κ. Παναγιωτοπούλου Ειρήνης
β) Το αρ. πρωτ. Φ6/4675/18-3-2014 έγγραφο μας

Σε απάντηση της ανωτέρω σχετικής επιστολής, σας γνωρίζουμε ότι εγκρίνουμε τη διακίνηση, από μέρους σας, του ερωτηματολογίου ικανοποίησης πολιτών που επισυνάπτεται στην από 12-3-2014 αίτησή σας.

Μετά το πέρας της συγκέντρωσης και αξιολόγησης των ερωτηματολογίων, υποχρεούστε όπως αποστείλετε τα αποτελέσματα της μελέτης και στην υπηρεσία μας.

Ο Διοικητής
της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

ΛΑΖΑΡΟΣ ΜΑΚΡΗΣ