



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Συγκριτική Αξιολόγηση των εμπειριών των
χρηστών από τα εξωτερικά Ιατρεία Δημοσίων
Νοσοκομείων και Κ.Υ. της 5^{ης} ΥΠΕ»**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΓΚΑΒΕΛΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Συγκριτική Αξιολόγηση των εμπειριών των
χρηστών από τα εξωτερικά Ιατρεία Δημοσίων
Νοσοκομείων και Κ.Υ. της 5^{ης} ΥΠΕ»**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΓΚΑΒΕΛΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	VI
Περίληψη	VII
Abstract	IX
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	XII
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	1
1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	1
1.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	1
1.1.1 ΟΙ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ	1
1.1.2 Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΕΣΥ.....	2
1.1.3 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	7
1.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	12
1.2.2 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	12
1.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
1.3.1 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	22
2. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ	22
2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ «ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ» (PATIENT EXPERIENCE) – ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	22
2.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ «ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ».....	23
2.3 ΕΜΠΕΙΡΙΑ VS ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ	25
2.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	29
2.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ / ΔΙΔΑΓΜΑΤΑ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	35
3. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	35
3.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	35
3.1.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΠΦΥ ΔΙΕΘΝΩΣ	37
3.2 ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ – ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ	40
3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ	41

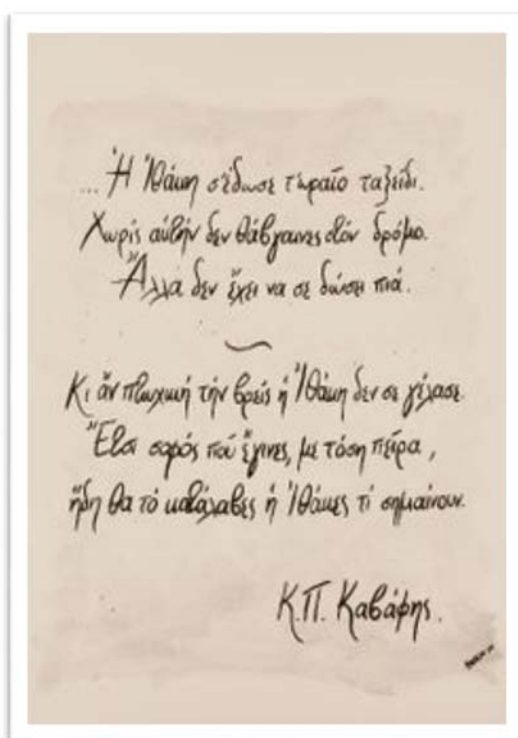
3.3.1 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	42
3.4 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΦΥ.....	45
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	50
4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	50
4.1 Σκοπός και Στόχοι της έρευνας	50
4.2 Πληθυσμός.....	50
4.3 Ερωτηματολόγιο	51
4.4 Συλλογή Δεδομένων	51
4.5 Στατιστική ανάλυση.....	52
4.6 Περιορισμοί	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	54
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	54
5.1. ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ	54
5.1.1. Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	54
5.1.2. Χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	58
5.1.3. Ικανοποίηση από τα Κέντρα Υγείας και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία .63	
5.1.4. Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας	71
5.1.5. Αποτελέσματα Ανάλυσης Συσχετίσεων	77
5.1.5.1 Κέντρα Υγείας	77
5.1.5.1.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας	77
5.1.5.1.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους	80
5.1.5.1.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους	83
5.1.5.2. Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.....	86
5.1.5.2.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.....	86
5.1.5.2.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους	89
5.1.5.2.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε συγγενείς/φίλους	92
5.2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	95
5.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	99

5.3.1 Απαντήσεις ανοικτού τύπου Κέντρων Υγείας	99
5.3.2 Απαντήσεις Ανοιχτού τύπου που αφορούν στο νοσοκομείο Χαλκίδας ...	102
5.4 Σύνοψη Αποτελεσμάτων Ερωτήσεων Ανοιχτού Τύπου.....	103
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	148

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα αρχικά να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Όλγα Σίσκου για την πολύτιμη καθοδήγηση, συμπαράσταση και συμβολή της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου μελέτης.

Επίσης, ευχαριστώ την οικογένειά μου, το σύζυγό μου Παναγιώτη καθώς και τις δύο κόρες μου Εύη και Έλενα – Ιωάννα για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους όλα αυτά τα χρόνια της προσπάθειάς μου.



Περίληψη

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση, η αξιολόγηση και η αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Κέντρα Υγείας - Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων) της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας με στόχο τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Μεθοδολογία: Ο μελετώμενος πληθυσμός (N=302) αποτελεί δείγμα ευκολίας και αφορούσε χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, κηδεμόνες/γονείς ανηλίκων χρηστών των υπηρεσιών ή συνοδούς χρηστών των υπηρεσιών, ηλικίας ≥ 18 ετών, όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων και επιπέδων εκπαίδευσης, οι οποίοι είχαν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και σχετικά καλή κατάσταση υγείας, που τους επέτρεπε να λάβουν μέρος στην έρευνα. Πρόκειται για συγχρονική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε την περίοδο Αυγούστου - Σεπτεμβρίου 2017. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο (2) δομημένα ερωτηματολόγια με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις, (το ένα απευθυνόταν στους χρήστες των Κέντρων Υγείας ενώ το δεύτερο στους χρήστες των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων). Από τα 380 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν απαντήθηκαν πλήρως, επεστράφησαν και συμπεριελήφθησαν στην έρευνα τα 302 (ποσοστό ανταπόκρισης 81,31%). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων κατέταξε ως πολύ σημαντικές τις διαστάσεις που αφορούν την αλληλεπίδραση τους με το γιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας όπως η επικοινωνία, η συμπεριφορά, η πληροφόρηση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την κατάσταση της υγείας τους, τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις για τη θεραπεία. Οι χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί την μονάδα υγείας χωρίς παραπομπή είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό επισκεφτεί Κέντρο Υγείας, ενώ οι χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί την μονάδα υγείας με παραπομπή είχαν επισκεφτεί τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου ($p < 0,001$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που επισκέφθηκαν Κέντρα Υγείας δεν είχαν προγραμματισμένο ραντεβού, σε αντίθεση με το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών των ΤΕΙ του Νοσοκομείου που είχαν προγραμματισμένο ραντεβού ($p < 0,001$). Για το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών

των Κέντρων Υγείας, οι ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης τους μέχρι την επίσκεψή τους, ήταν από αυθημερόν έως μία εβδομάδα, ενώ για το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών των ΤΕΙ ντου Νοσοκομείου, ήταν από μία εβδομάδα έως και περισσότερο από έναν μήνα ($p<0,001$). Οι χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί Κέντρο Υγείας ανέφεραν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ο υψηλός βαθμός θετικών εμπειριών ο οποίος απορρέει από την ποιότητα της σχέσης μεταξύ ασθενούς – ιατρού. Αν και αναδείχθηκαν ζητήματα που χρήζουν άμεσης επίλυσης και αφορούν ανεπάρκειες στην οργάνωση, την πρόσβαση, και την υποδομή, οι διαπροσωπικές πτυχές της περίθαλψης, όπως η ευγένεια, η ανθρωπιά και η συμμετοχή στη κοινή λήψη αποφάσεων φαίνεται ότι αποτελούν προτεραιότητα για τους χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: εμπειρία ασθενούς, ικανοποίηση ασθενούς, σύστημα υγείας, ποιότητα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Abstract

Purpose: The purpose of this research study is to investigate, evaluate and map out the experiences of users of primary health services (Health Centers - Outpatient Hospitals) of the 5th REL of Thessaly & Central Greece in order to identify the factors that influence and shape their satisfaction with the services provided.

Methodology: The population surveyed (N = 302) is a sample of convenience and it was addressed to users of primary health services, guardians / parents of underage users of services or escorts of users, ≥ 18 years of age, of all socio-economic groups and levels of education who having good knowledge of the Greek language and relatively good health status, which allowed them to take part in the research. This is a cross-study that took place during the months of August and September 2017. Two (2) structured questionnaires with closed and open-ended questions were used to collect the data (one addressed to healthcare users and a second to users of regular outpatient clinics. Of the 380 questionnaires used, 302 were returned and were included in the survey (81.31% response rate). Data analysis was conducted with the IBM SPSS 21.0 Statistical Package for Social Sciences.

Results: The results of the survey show that the majority of participants highly ranked their interaction with the doctor or other healthcare professionals in areas such as communication, behavior, information on the services provided for their state of health and their participation in treatment decisions. The users of the primary health services who had visited the health unit without referral had a higher percentage of visits to the Health Center, while the users of the primary health services who had visited the health unit by referral had visited the regular outpatient clinics of the Hospital ($p < 0.001$). Most of the users who visited Health Centers did not have a scheduled appointment, as opposed to the majority of users of the regular outpatient clinics of the Hospital who had a scheduled appointment ($p < 0.001$). As for the largest percentage of Health Center users, the days of their planned visit ranged from one day to one week, while for the majority of hospital regular outpatient clinics users, it ranged from one week to more than a month ($p < 0.001$). The users of primary health services who had visited the Health Center reported a higher satisfaction rate than the users of the primary health services who had visited the regular outpatient clinics ($p < 0.001$).

Conclusions: An important finding of the present study is the high degree of positive experience deriving from the quality of the relationship between patient and physician. Although issues emerged that require immediate resolution and concern deficiencies in the organization and infrastructure, the access of care and the interpersonal aspects of care such as kindness and humanity and participation in decision-making seem to be a priority for primary health care users.

Key words: patient experience, patient satisfaction, health care system, quality, Primary Health Care

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΩΝ

ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ:	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Κ.Υ	Κέντρο Υγείας
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
Υ.ΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΗΣΑΗΡS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα εθνικά συστήματα Υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στις σύγχρονες κοινωνίες και συντελούν στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών και της ευημερίας αυτών. Η αύξηση της αποδοτικότητας και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική επιδίωξη των εκάστοτε κυβερνήσεων ενώ η εξοικονόμηση πόρων αποτελεί διαρκής ανάγκη και καθίσταται ολοένα και πιο επιτακτική προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση της κρατικής δαπάνης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2014).

Η αξιολόγηση αποτελεί βασικό «εργαλείο» του σχεδιασμού- προγραμματισμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υγειονομικής υπηρεσίας και εν γένει του συστήματος υγείας ως αναδρομική παρατήρηση στα διάφορα επίπεδά του. Η αξιολόγηση στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει την αξιολόγηση των επιμέρους ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών αλλά και την αξιολόγηση παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας (Τούντας,1999).

Έχει γίνει πλέον αντιληπτό, ότι η καλύτερη αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού σε περιόδους οικονομικής κρίσης καθιστά απαραίτητη και επιτακτική την αξιολόγηση του υγειονομικού συστήματος, σχετικά με τη δομή, την οργάνωση, τη λειτουργία και τα παραγόμενα αποτελέσματά του, μέσω της δημιουργίας και χρήσης συγκρίσιμων δεικτών αξιολόγησης και της μέτρησης συγκεκριμένων διαστάσεων όπως η ποιότητα της φροντίδας. Η αξιολόγηση βάσει δεικτών και η συστηματική παρακολούθηση τους συντελεί στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων (Καστανιώτη και Πολύζος,2016).

Ολοένα και μεγαλύτερη συζήτηση γίνεται στις μέρες μας για την αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Σήμερα, περισσότερο από ποτέ, στο χώρο της υγείας υπάρχει η ανάγκη προσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας από ένα περιβάλλον το οποίο συνθέτεται από τη δημογραφική γήρανση, τη προσφυγική κρίση, τους περιορισμένους πόρους (οικονομικούς, ανθρώπινους) αλλά και τις αλλαγές στα πρότυπα της θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις που εξασφαλίζουν ότι ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας τονίζοντας ότι τόσο η εκπαίδευση, η συμμετοχή της οικογένειας, η συνεργασία, ο σεβασμός, το εξειδικευμένο προσωπικό όσο και η

επικοινωνία αποτελούν στοιχεία τα οποία συντελούν στην ικανοποίηση του ασθενή (Sheller, 2007).

Επιπλέον, η παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο δεν χρειάζεται να εκτρέψει πόρους από άλλες προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας καθώς οι πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη βελτίωση των υπηρεσιών με τους ασθενείς στο επίκεντρο μπορεί να έχουν χαμηλότερο κόστος και υψηλότερη αξία (Gosgrove et al, 2013).

Πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών διαπιστώνει επίσης ότι η παροχή φροντίδας επικεντρωμένη στον ασθενή συνδέεται με λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις, λιγότερες παραπομπές, λιγότερες νοσηλείες και επαναισαγωγές άρα και με λιγότερο κόστος (Bertakis & Azari, 2011).

Οι προσπάθειες για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας πρέπει να επικεντρωθούν όχι μόνο σε τεχνικές και διαρθρωτικές πτυχές αλλά και στην εμπειρία των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας και τη διαδικασία της φροντίδας, μέσω της μέτρησης όλων εκείνων των χαρακτηριστικών που είναι απαραίτητα για την αποδοτική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η κατανόηση της εμπειρίας των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό βήμα στην πορεία προς την επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα. Με την εξέταση των πτυχών της εμπειρίας του ασθενή καθίσταται δυνατή η εκτίμηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας της παρεχόμενης φροντίδας στις ανάγκες και τις αξίες του. Η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την εμπειρία των ασθενών αποτελεί σημαντικό βήμα ώστε να αναδειχθούν ζητήματα που έχουν σημασία για τον ίδιο τον ασθενή και τη φροντίδα που του παρέχεται, και να επιτευχθεί ο προσδιορισμός εκείνων των περιοχών που χρήζουν άμεσης βελτίωσης. Επιπλέον μέσω της αξιολόγησης των εμπειριών επιτυγχάνεται η παροχή ενδείξεων σημαντικών διαδικασιών και αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας που αφορούν την επικοινωνία μεταξύ των παρόχων και των ασθενών, τη συμμόρφωση των ασθενών σε ιατρικές συμβουλές και τα καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, τις βελτιωμένες πρακτικές ασφαλείας των ασθενών ή ακόμα και τις τυχόν περιττές παρεχόμενες υπηρεσίες, στοιχεία άκρως απαραίτητα για τη σύνθεση μιας ολοκληρωμένης εικόνας της υγειονομικής περίθαλψης. Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση, αξιολόγηση και η αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Κέντρα Υγείας - Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων) της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. Ο μελετώμενος πληθυσμός

περιλάμβανε 302 άτομα. Εξ αυτών τα 152 άτομα επισκέφτηκαν γενικούς ιατρούς /παθολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας των Κέντρων Υγείας και 150 επισκέφτηκαν ιατρούς ειδικότητας ή άλλους επαγγελματίες υγείας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου Χαλκίδας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο (2) δομημένα ερωτηματολόγια με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις, (το ένα απευθυνόταν στους χρήστες των Κέντρων Υγείας ενώ το δεύτερο στους χρήστες των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), αποτελούμενα από ερωτήσεις που αφορούσαν α) δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων, β) την χρήση των υπηρεσιών υγείας, γ) την ικανοποίηση από το κέντρο υγείας ή τα Τακτικά εξωτερικά ιατρεία δ) την επισήμανση των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας και ε) ανοικτού τύπου ερωτήσεις – ελεύθερη αποτύπωση της αντίληψης των ασθενών –χρηστών υπηρεσιών με στόχο την ανάδειξη- αποτύπωση των εμπειριών, των προσδοκιών αλλά και των συναισθημάτων των ερωτηθέντων όπως οι ίδιοι τα αντιλαμβάνονται.

Τα κεφάλαιο που ακολουθούν στο Γενικό Μέρος αναφέρουν:

Το **Κεφάλαιο 1** εισάγει το θέμα της ανάγκης αξιολόγησης της λειτουργίας του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και το συνδέει με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μέσα από την παρουσίαση κύριων ζητημάτων που απασχολούν την πολιτική οικονομία της υγείας (αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, ισότητα και ανταποκρισιμότητα) καθώς και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα υγείας

Το **Κεφάλαιο 2** πραγματεύεται το θέμα της «εμπειρίας» των ασθενών. Επιχειρείται η διάκριση της έννοιας εμπειρία –ικανοποίηση και η ανάδειξη της σχέσης εμπειρίας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αναδεικνύεται η σημασία της μέτρησης της εμπειρίας ως βασικό δείκτη ποιότητας με στόχο την μετατροπή των πρακτικών και εν γένει το μετασχηματισμό των συστημάτων υγείας προς την περίθαλψη με επίκεντρο τον άνθρωπο.

Το **Κεφάλαιο 3** μέσα από μια σύντομη ανάλυση της υφιστάμενης δομής και καταγραφής των προβλημάτων της ΠΦΥ, αναδεικνύει τις προτεραιότητες στην ανάπτυξη της, σύμφωνα με τις σύγχρονες τάσεις για την ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα, σε μια περίοδο ουσιαστικής συζήτησης για τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικά επιτεύγματα στον υγειονομικό τομέα τα οποία έχουν οδηγήσει τόσο στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής όσο και στη μείωση του αριθμού των δυνητικά απολεσθέντων ετών ζωής.

Οι εξελίξεις αυτές δεν άφησαν ανεπηρέαστο τον τομέα της υγείας αφού συνοδεύτηκαν από σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας περισσότερο από 2% ετησίως στις ανεπτυγμένες χώρες, υπερβαίνοντας τον μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ των περισσότερων χωρών του ΟΟΣΑ (Καϊτελίδου,2014).

Η αύξηση της υγειονομικής δαπάνης, συγκεντρώνει το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων, των κοινωνικών εταίρων και των διεθνών οργανισμών, καθώς δεν φαίνεται να συνδέεται από ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να τίθεται θέμα φθίνουσας απόδοσης στον υγειονομικό τομέα. Η κατάσταση αυτή απαιτεί μεταρρυθμίσεις και διαρθρωτικές αλλαγές, όπως επενδύσεις στη δημόσια υγεία και μεταφορά πόρων στην πρωτοβάθμια φροντίδα ώστε ο τομέας της υγείας να επανέλθει σε αποδοτικούς ρυθμούς (Κυριόπουλος,2017).

1.1.1 ΟΙ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

Ο υγειονομικός τομέας την παρούσα χρονική στιγμή, καλείται περισσότερο από ποτέ, να αντιμετωπίσει μια σειρά προκλήσεων οι οποίες εστιάζονται:

- Στις δημογραφικές αλλαγές, όπως γήρανση του πληθυσμού, με συνέπεια την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων
- Στην αύξηση του αριθμού των ασθενών με σοβαρές και χρόνιες παθήσεις
- Στην εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και βιοτεχνολογίας και την ανακάλυψη ακριβότερων θεραπειών
- Στην προσπάθεια των κυβερνήσεων για εξορθολογισμό και μείωση των δαπανών υγείας και φαρμάκου και έγκριση νέων θεραπειών και φαρμάκων εστιάζοντας στην αποτελεσματικότητα κόστους - οφέλους και όχι στη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών – χρηστών υπηρεσιών υγείας (Βέττας,2016).

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ ¹ αποτέλεσε μια πρωτοποριακή προσπάθεια μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας. Μέχρι εκείνη τη στιγμή, οι υπηρεσίες παρέχονταν κυρίως από ιδιωτικές δομές και χρηματοδοτούνταν από ένα ασφαλιστικό πλαίσιο από το οποίο απουσίαζαν τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά ενός ολοκληρωμένου συστήματος καθώς δεν συμπεριλάμβανε στις υγειονομικές καλύψεις μεγάλο μέρος των ανέργων και ανασφάλιστων πολιτών (Οικονομου,2012). Βασισμένο στην αρχή ότι *η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό και το κράτος είναι υπεύθυνο για τη παροχή αναγκαίας περίθαλψης στους πολίτες του*, σκοπός του νέου αυτού εγχειρήματος ήταν η δωρεάν, καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Παρά το γεγονός ότι, το σύστημα πέτυχε στο να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, κάποιες από τις σημαντικές νομοθετικές ρυθμίσεις που εμπεριέχονταν στο νομοσχέδιο και προέβλεπαν την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών για όλους τους πολίτες δεν εφαρμόστηκαν ποτέ στη πράξη ή εφαρμόστηκαν μερικώς (Σισσούρας,2012).

Ως αποτέλεσμα τούτου, εξακολούθησαν να συσσωρεύονται οι δομικές ανεπάρκειες στην οργάνωση, στη χρηματοδότηση και στη διανομή των υπηρεσιών με σημαντικότερες τον υψηλό συγκεντρωτισμό του συστήματος, την έλλειψη μηχανισμών διαχείρισης πληροφοριών, την υποστελέχωση των υποδομών, την έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού, την ανισότιμη - μη αποδοτική κατανομή των πόρων (υλικών, οικονομικών, ανθρώπινων) και από την απουσία μηχανισμών ελέγχου και καταγραφής των συναλλαγών στο χώρο της υγείας, συμβάλλοντας στη χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών (Οικονομου,2012).

Όσον αφορά την Πρωτοβάθμια περίθαλψη και τις υπηρεσίες πρόληψης αυτές σταδιακά εγκαταλείφθηκαν και το σύστημα απέκτησε μια περισσότερο νοσοκομειοκεντρική παρά ασθενοκεντρική κατεύθυνση (Αντωνοπούλου,2008).

1.1.2 Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΕΣΥ

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Το Μάιο του 2010, η χώρα προκειμένου να αποφύγει τον κίνδυνο της πτώχευσης και της στάσης πληρωμών, τέθηκε υπό διεθνή οικονομικό έλεγχο από την Ευρωπαϊκή

¹ Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/7.10.83) Εθνικό Σύστημα Υγείας <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>

Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα) εξαιτίας των υψηλών δημοσίων ελλειμμάτων, του μεγάλου δημοσίου χρέους και της αδυναμίας της ελληνικής κυβέρνησης να δανεισθεί με λογικά επιτόκια προκειμένου να καλύψει τις οικονομικές της υποχρεώσεις.

Ο κλάδος της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο των δράσεων και των πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού που ορίζονταν από το Μνημόνιο. Η αιτία ήταν ότι παρά τις θεσμικές παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν στο ΕΣΥ τις προηγούμενες δύο δεκαετίες αυτό εξακολουθούσε να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ισότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Οικονόμου, 2012).

Το Υπουργείο Υγείας εξέτασε μια σειρά προτάσεων - υποχρεώσεων, που στόχο είχαν α) την μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας στο 6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος από το 7% που ήταν το 2009, και β) την επίτευξη απαραίτητων μεταρρυθμίσεων οι οποίες θα στόχευαν στην επίτευξη της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας (Νιάκας, 2014).

Προκειμένου να επιτευχθεί ο 1^{ος} στόχος της περιστολής των δημοσίων δαπανών και αναδιάρθρωσης του ΕΣΥ, οι προτάσεις αυτές, περιελάμβαναν μεταξύ άλλων, οριζόντια μέτρα λιτότητας, όπως μείωση αποδοχών εργαζομένων σε όλο το δημόσιο αλλά και στις υπηρεσίες υγείας, περικοπές στους προϋπολογισμούς των δημοσίων υγειονομικών δομών, αναστολή προσλήψεων για την κάλυψη νέων και κενών θέσεων ώστε να μειωθεί το εργασιακό κόστος, αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών και τη βελτίωση των εσόδων των δημοσίων δομών. (Νιάκας, 2014)

Όσον αφορά τον 2^ο στόχο, περί επίτευξης απαραίτητων μεταρρυθμιστικών αλλαγών και λήψης μέτρων αυτές είναι:

- Με το Ν.3918/2011 δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ που προκύπτει από τη συγχώνευση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ, Κοινής Ωφέλειας – Ιδιωτικών Τραπεζών) προκειμένου να προσφέρει υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας) σε περισσότερους από εννέα εκατομμύρια πολίτες, διατηρώντας όλες τις μορφές παροχών στην εξωνοσοκομειακή - νοσοκομειακή φροντίδα με την ελεύθερη χρήση των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα σε όλους τους ασφαλισμένους. Το εγχείρημα αυτό, αποσκοπεί σε μια ενιαία παροχή υπηρεσιών υγείας, απορροφά τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ, έχει τους

δικούς του ιατρούς αλλά συγχρόνως δικτυώνεται και με ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη. Επιπλέον ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ταυτόχρονα ως πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών υγείας και καλείται να καλύψει τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων στην υγεία με χαμηλό προϋπολογισμό.

- Με το Ν.4238/2014 αλλάζει ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ και παραμένει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας. Μια κίνηση που σύμφωνα με πολλούς ερευνητές² αποτελεί την αφετηρία στην ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας στη χώρα (Χλέτσος,2015). Επιπρόσθετα, ο ΕΟΠΥΥ αναλαμβάνει τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Ο ρόλος του είναι ο συντονισμός της ΠΦΥ, η ρύθμιση των συμβάσεων με όλους τους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης και η θέσπιση προτύπων ποιότητας και αποτελεσματικότητας με στόχο την ανακούφιση της πίεσης που ασκείται στην περιπατητική και νοσοκομειακή περίθαλψη. (Economou,et al,2015)
- Η θεσμοθέτηση των ΚΕΝ³ συμπεριλαμβάνεται στα μέτρα που στοχεύουν στον περιορισμό των δαπανών του συστήματος υγείας αποτελώντας έναν νέο τρόπο αποζημίωσης των δημοσίων νοσοκομείων. Από τις αρχές του 2012, οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας γίνονται με βάση το σύστημα DRG⁴ -ΚΕΝ (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) μέσω της αξιοποίησης της εμπειρίας από άλλες χώρες (Polyzos et al, 2013).
- Την ίδρυση από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της δικτυακής υποδομής ESY.net. Το ESY δεν διαθέτει τα χαρακτηριστικά οργανωμένης καταγραφής, βάσει δεικτών, στόχων, δράσεων κλπ. Εξαιτίας της ελλείψεως μιας ομογενοποιημένης βάσης δεδομένων από την οποία θα προέκυπταν στοιχεία για θέματα εισροών (ανθρώπινο δυναμικό, οικ. επιχορηγήσεις, έσοδα από νοσήλια) αλλά και θέματα εκροών (νοσηλεύόμενοι, εξετάσεις, έξοδα), από την πλευρά του υπουργείου οι οποιοσδήποτε αποφάσεις – οδηγίες δίδονταν αφενός χωρίς συνολικό

²Kondilis E, Smyrnakis E, Giannakopoulos S, Zdoukos T, Benos A. Privatising the Greek health-care system. A story of corporate profits and rising inequalities. In: Lister J, editor. Europe's Health for Sale. The Heavy Cost of Privatisation. Oxfordshire, UK: Libri Publishing; 2011. pp. 29–43..

³ ΦΕΚ 1702/β/2011

⁴ καθιέρωση «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία και κατάργηση των κρατικών τιμολογίων για τα ημερήσια νοσήλια και των πρόσθετων ιατρικών πράξεων στις νοσηλείες.

σχεδιασμό και αφετέρου δε χωρίς την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων που βελτιώνουν την αποδοτικότητα. (Polyzos,2012).

- Με το Ν.3918/2011 θεσμοθετείται η ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας, η ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ και των εφαρμογών του e-ΔΑΠΥ και e-prescription όπου παρέχονται ηλεκτρονικές υπηρεσίες στους πολίτες καθώς και σύνδεση με τους παρόχους υγείας.
- Η θεσμοθέτηση του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών «clowback»⁵ (Ν.4093/2012) αφορούσε αρχικά τις φαρμακευτικές εταιρείες οι οποίες ως όφειλαν να επιστρέψουν το $\frac{1}{12}$ του κονδυλίου που είναι εγγεγραμμένο στον ετήσιο Προϋπολογισμό, ενώ συμπεριλήφθηκαν (Ν.4172/13) στο μηχανισμό και δαπάνες που αφορούν διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία και φυσικοθεραπείες που παρέχονται από ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών με την υποχρέωση ότι η μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ δεν θα υπερβαίνει το $\frac{1}{2}$ των εγκεκριμένων πιστώσεων του προϋπολογισμού. Με το Ν.3918/2011 καθιερώνεται η υποχρεωτική έκπτωση (rebate) επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από ιδιώτες παρόχους υγείας και φαρμακοποιούς.
- Το 2013 αξιόλογο μεταρρυθμιστικό έργο αποτέλεσε η υιοθέτηση του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ (SHA)⁶. Ελλείπει του συστήματος αυτού στην Ελλάδα, οι πολιτικές που εισήχθησαν σχηματίστηκαν σε ένα πλαίσιο ανεπαρκούς πληροφόρησης καθώς τα επίσημα στοιχεία που αφορούσαν τις δαπάνες υγείας από πλευράς κατανάλωσης ήταν άκρως περιορισμένα. Με το σύστημα αυτό πλέον δίδεται η δυνατότητα ως προς ακριβή προσδιορισμό του ύψους της δαπάνης και την κατανομή της σε επιμέρους δραστηριότητες ώστε να επιτευχθεί η ορθολογική χρήση των πόρων στην υγεία, η εξάλειψη των στρεβλώσεων και η εφαρμογή τεκμηριωμένων πολιτικών υγείας (Goranitis,Siskou, Liaropoulos, 2014).
- Μέτρα αύξησης της αποτελεσματικότητας και απόδοσης του νοσοκομειακού τομέα με την εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και

⁵ εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών σε υπηρεσίες και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα μέσω της εφαρμογής αναλογικών περικοπών(rebate ή clowback) στις ετήσιες απαιτήσεις του.

⁶ Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, που προτάθηκε από τον ΟΟΣΑ, εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 2003. Η Ελλάδα ήταν η τελευταία από τις 35 χώρες που την ενέκρινε το 2012. Το SHA συντελεί στη συστηματική περιγραφή των χρηματοοικονομικών ροών που σχετίζονται με την κατανάλωση υγειονομικών προϊόντων και υπηρεσιών.

βελτίωση της μηχανογράφησης, συγχωνεύσεις νοσοκομείων και αναδιάταξης των κλινικών του ΕΣΥ, μέτρα αύξησης των εσόδων μέσω αύξησης της προβλεπόμενης συμμετοχής των εξωτερικών ασθενών, ολόμερη λειτουργία των νοσοκομείων.

- Όσον αφορά τον φαρμακευτικό τομέα (Ν.3848/2010) η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε διάφορα μέτρα με σκοπό τον περιορισμό του κόστους αλλά και τον έλεγχο της κατανάλωσης. Οι αλλαγές αυτές περιελάμβαναν: α) μειώσεις τιμών, β) επανεισαγωγή θετικής λίστας, η οποία είχε καταργηθεί το 2006 σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της πρόσβασης στα φάρμακα γ) μεταβολή στα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων και χονδρεμπόρων δ) προσφορά των νοσοκομειακών φαρμάκων ε) προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, στ) εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (Vardoros, Stargardt 2013).

Με βάση τα ανωτέρω, οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στο ελληνικό σύστημα υγείας την εποχή του «Μνημονίου», στην προσπάθεια τους να αντιμετωπιστούν οι παθογένειες του παρελθόντος έχουν επικεντρωθεί στη λειτουργική και οικονομική διάσταση, παραμελώντας σε μεγάλο βαθμό την προσανατολισμένη στον ασθενή παροχή φροντίδας (Οικονόμου,2012).

1.1.3 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

- **Ισότητα στην χρηματοδότηση και την οικονομική προστασία**

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα όσον αφορά το υγειονομικό σύστημα επηρέασε και συνεχίζει να επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τομείς όπως την ισότητα στη χρηματοδότηση, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την αποδοτικότητα των οργανισμών, τη διαφάνεια και λογοδοσία και φυσικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Έρευνες έχουν τεκμηριώσει επαρκώς, ότι η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ιδιαίτερα άδικη καθώς η δημόσια χρηματοδότηση επιβαρύνει δυσανάλογα τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες εξαιτίας του υψηλού επιπέδου επίσημων και ανεπίσημων δαπανών για την υγεία, της εκτεταμένης φοροδιαφυγής και του μεγάλου ποσοστού έμμεσων δαπανών (Σίσκου και συν,2008)

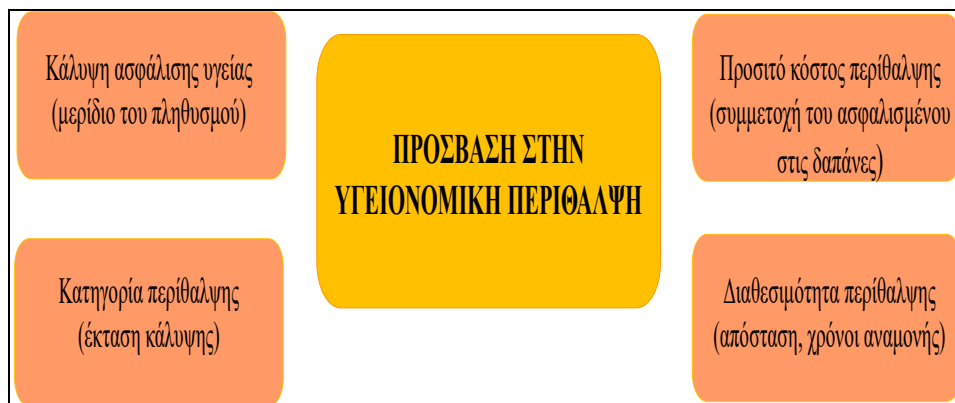
Η επιβολή των μέτρων για περιορισμό της δημόσιας δαπάνης υγείας (έως 6% του ΑΕΠ) σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ, σημαίνει ότι ο τομέας της υγείας και δη της δημόσιας, καλείται να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού με μειωμένους οικονομικούς και όχι μόνο πόρους. Τα νοικοκυριά εξαιτίας της ανεργίας ή της επισφαλούς εργασίας και των μέτρων λιτότητας, έχουν χάσει σημαντικό μέρος του οικογενειακού προϋπολογισμού και δεν δύνανται να στραφούν προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας επιβαρύνοντας επιπλέον το σύστημα υγείας. Επιπλέον, η αύξηση των τελών χρήσης που αφορούν την περίθαλψη εξωτερικών ασθενών, η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων με αμοιβή, οι αυξήσεις στις τιμές των φαρμάκων και της αντίστοιχης συμμετοχής, ο αποκλεισμός από εργαστηριακές ή άλλου είδους εξετάσεις παρεχόμενες μέχρι πρότινος από τον ΕΟΠΥΥ αποτελούν πρόσθετη επιβάρυνση για το πληθυσμό και ιδιαίτερα για τα φτωχότερα στρώματα (Economou et al,2015).

- **Προσβασιμότητα**

Μία εκ των αρχών που διατυπώνεται στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη είναι η *αύξηση της προσβασιμότητας των συστημάτων υγείας*, όπου υπογραμμίζεται η σημασία ύπαρξης διαφανών κριτηρίων για πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και η υποχρέωση των κρατών να διαθέτουν το κατάλληλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης το οποίο δεν θα αποκλείει τμήματα του πληθυσμού από την λήψη υπηρεσιών υγείας. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης που ασκείται μεταξύ παραγόντων όπως το εύρος της κάλυψης, του

προσιτού κόστους περίθαλψης, της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών και επηρεάζεται άμεσα από την οργάνωση και διαχείριση του συστήματος υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2014).

ΕΙΚΟΝΑ 1.1 Η προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη



Σε περιόδους οικονομικής χρήσης, οι συνεχώς μειούμενοι πόροι των νοικοκυριών επιδρούν αρνητικά στην προσβασιμότητα, εξαιτίας της αυξημένης ζήτησης των δημοσίων υπηρεσιών, των μεγάλων χρόνων αναμονής, του αυξημένου κόστους συμμετοχής αλλά και της μειωμένης δυνατότητας για πραγματοποίηση άτυπων πληρωμών (Economou et al,2015).

Η θέσπιση πρόσφατης νομοθεσίας⁷ αποβλέπει στο να συμπληρώσει τα κενά κάλυψης του πληθυσμού και να διασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση, λαμβάνοντας υπόψη ότι η προγενέστερη κάλυψη για την πλειονότητα των ανέργων ή αυτών που αδυνατούσαν να καταβάλλουν εισφορές σταματούσε μετά από το μέγιστο χρονικό διάστημα των δύο ετών. Με την ανεργία να ξεπερνά το 2015 το 25%, η απώλεια κάλυψης επηρέασε κατά προσέγγιση 2,5 εκατ. άτομα, συμπεριλαμβανομένων των εξαρτημένων μελών των πρώην ασφαλισμένων. Καθίσταται πλέον δικαίωμα όλων των Ελλήνων πολιτών η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη παρέχοντας ολοκληρωμένη υγειονομική κάλυψη όχι μόνο στους ιδίους αλλά και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες (Economou et al,2017).

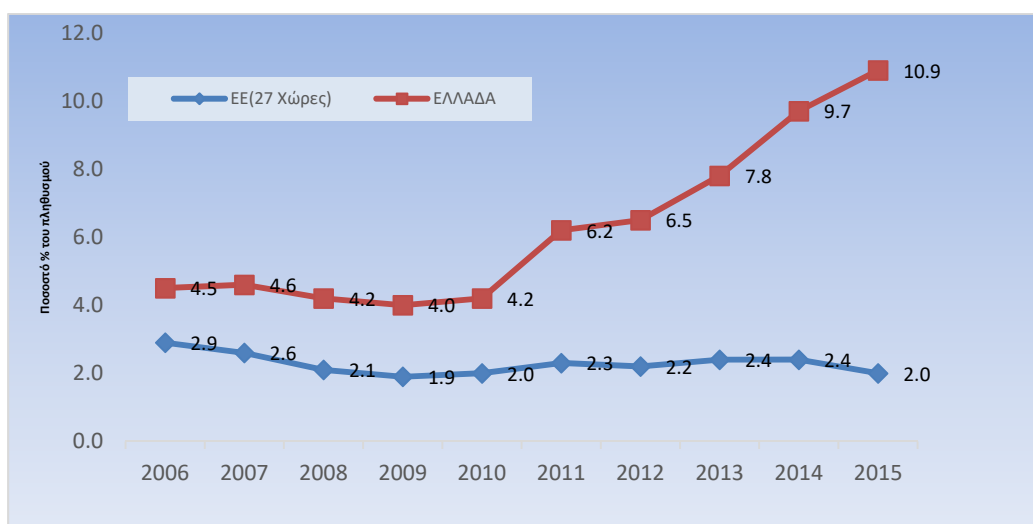
⁷ Με τον ν. 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θεσπίζεται το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες⁸ για ιατρική φροντίδα αυξήθηκαν, ιδίως για τις ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος και οφείλονται στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην προσβασιμότητα (κόστος, απόσταση), στην διαθεσιμότητα (έγκαιρη παροχή υπηρεσιών) αλλά και στην ικανότητα αποδοχής (προσωπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, εργασία)(Pappa et al,2013).

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης και των προγραμμάτων λιτότητας με τη μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, τη μεταφορά μέρους του κόστους των υπηρεσιών στους χρήστες, οι ελλείψεις σε προσωπικό και η υπολειτουργία της Π.Φ.Υ., αποτελούν παράγοντες που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του δείκτη αυτού (Economou et al,2015).

Στην Εικόνα 1.2 παρουσιάζεται η εξέλιξη των ανεκπλήρωτων αναγκών για διάφορες χώρες της ΕΕ και καθίσταται εμφανές ότι η Ελλάδα παρουσιάζει ιδιαίτερα μεγάλες ανισότητες, οι οποίες υπερδιπλασιάστηκαν την τελευταία πενταετία (2010-2015) από 4,2% σε 10,9%, ενώ στην Εικόνα 1.3 παρουσιάζονται οι ανισότητες μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού όπου το τμήμα του πληθυσμού με χαμηλό εισόδημα έχει πολλαπλάσια επιβάρυνση σε σχέση με την ομάδα υψηλού εισοδήματος.

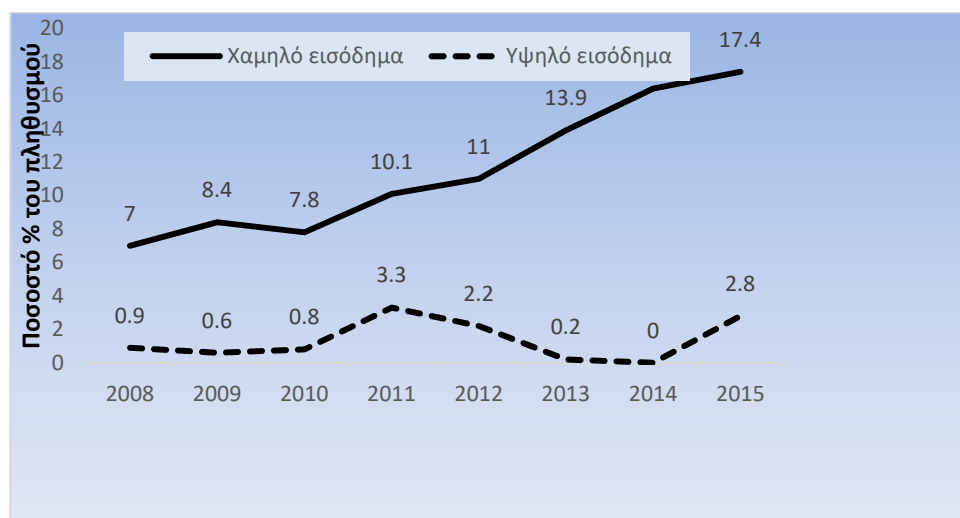
ΕΙΚΟΝΑ 1.2 Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε Ελλάδα και Ευρώπη



Πηγή: Κυριόπουλος Ι, (2017)

⁸ Με τον όρο «ανεκπλήρωτες ανάγκες» νοείται η μη ικανοποίηση των αναγκών υγείας των ατόμων, όταν αυτοί τις θεωρούν απαραίτητες (Allin & Moresso, 2009)

ΕΙΚΟΝΑ 1.3. Ανεκπλήρωτες ανάγκες ανά εισοδηματική ομάδα



Πηγή: Karanikolos & kantikelenis,2016

Η Ελλάδα εμφανίζει επίσης ένα από τα υψηλότερα επίπεδα ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία στην ΕΕ. Η συμμετοχή του ασφαλισμένου επιβάλλεται στις ιδιωτικά παρεχόμενες διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, στα χορηγούμενα εκτός νοσοκομείου φάρμακα και στις επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους, συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις για τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

- **Ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας**

Σύμφωνα με πρόσφατη ανακοίνωση της ευρωπαϊκής Επιτροπής, αποτελεί επιτακτική ανάγκη τα συστήματα υγείας να παραμείνουν προσβάσιμα και αποτελεσματικά, επιδιώκοντας μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα. Επιβάλλεται επίσης να εξετασθούν και άλλοι μη δημοσιονομικοί παράγοντες με σκοπό την αποτελεσματική προσαρμογή τους σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, να εντοπιστούν και να εφαρμοστούν καινοτόμες λύσεις ώστε να είναι εφικτή η αντιμετώπιση σημαντικών προκλήσεων όπως απροσδόκητη αύξηση της ζήτησης (λόγω επιδημιών), έλλειψη πόρων σε συγκεκριμένους τομείς κ.α. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2014).

Την παρούσα χρονική στιγμή, μείζον ζήτημα αποτελεί η οικοδόμηση ενός αποδοτικού, αποτελεσματικού και δίκαιου συστήματος υγείας η οποία όμως θα προϋποθέτει την εξασφάλιση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητάς του προκειμένου να βελτιωθεί ριζικά η σχέση κόστους- αποτελέσματος που χαρακτηρίζει το σημερινό σύστημα. Η κυβέρνηση με την τεχνική βοήθεια της ΠΟΥ ανέπτυξε ένα σχέδιο

δράσης 100 σημείων όπου σκιαγραφεί στρατηγικές (εικόνα 1.4) που επιβάλλεται να πραγματοποιηθούν ως προτεραιότητα σε τρεις τομείς:

- Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο με την εξασφάλιση της καθολικής πρόσβασης των πολιτών σε αναβαθμισμένες ποιοτικά υπηρεσίες υγείας
- Ορθολογική λειτουργία και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας & αναβάθμιση συστημάτων λογοδοσίας κατά την παροχή υπηρεσιών στον πολίτη με σκοπό την εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.
- Δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση μέσω της συνεχούς μετρήσεως της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (σχέση κόστος – αποτέλεσμα)



ΕΙΚΟΝΑ 1.4 ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΥΛΩΝΕΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

Οι επιπτώσεις στην υγεία από τις πολιτικές λιτότητας και η επίδραση της δημοσιονομικής πολιτικής στο τομέα της υγείας δεν μπορούν να αγνοηθούν. Συνεπώς, υπάρχει ανάγκη για την ανάπτυξη μιας δημόσιας πολιτικής η οποία θα εξετάζει τις ανάγκες υγείας των πολιτών και δεν θα εστιάζει μόνο στα οικονομικά ζητήματα που απασχολούν το σύστημα υγείας. Ως εκ τούτου καθίσταται επιτακτική η αξιολόγηση των λειτουργιών του συστήματος υγείας, μέσω χρήσης ποιοτικών δεικτών και της ανάπτυξης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, ώστε πέρα από την αποτελεσματική κατανομή των πόρων, να επιχειρείται η εστίαση στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις προτιμήσεις των καταναλωτών και δη των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, δεδομένου ότι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και οι ηθικές αξίες έχουν μεγαλύτερη σημασία, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. (Ifanti et al,2013)

1.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ως ποιότητα στον τομέα της υγείας θεωρείται η καλύτερη δυνατή περίθαλψη στον ασθενή (με τα μέσα που υπάρχουν), στο σωστό χρόνο με τον σωστό τρόπο και εξασφαλίζοντας το καλύτερο αποτέλεσμα για αυτόν (Ζιώγα, 2014; Πέππας και Κοράκη, 2013).

Ένας άλλος ορισμός σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ είναι: «Ποιότητα της φροντίδας υγείας ορίζεται ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με την σύγχρονη επιστημονική γνώση.»

Ο τομέας της υγείας παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες, για το λόγο αυτό η ποιότητα είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση, από ότι σε οποιονδήποτε άλλο τομέα. Οι ασθενείς, αποτελούν ο καθένας μια μοναδική περίπτωση και οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία. Έτσι η ποιότητα σχετίζεται με αυτό που έχουν ανάγκη και επιθυμούν (Ζιώγα, 2014).

Ωστόσο, η ποιότητα σχετίζεται με τις προσδοκίες σχετικά με την λειτουργικότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Αυτός είναι και ο λόγος που είναι δύσκολο να μετρηθεί με ακρίβεια. (Garvin, 1988).

1.2.2 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το Συμβούλιο Ποιότητας για την Υγεία της Αλμπέρτα του Καναδά, έχει δημιουργήσει έναν Πίνακα Ποιότητας για την υγεία. Ο πίνακας έχει δύο διαστάσεις. Από την μια πλευρά βρίσκονται οι διαστάσεις της ποιότητας και από την άλλη οι ανάγκες των ασθενών. Αυτές είναι:

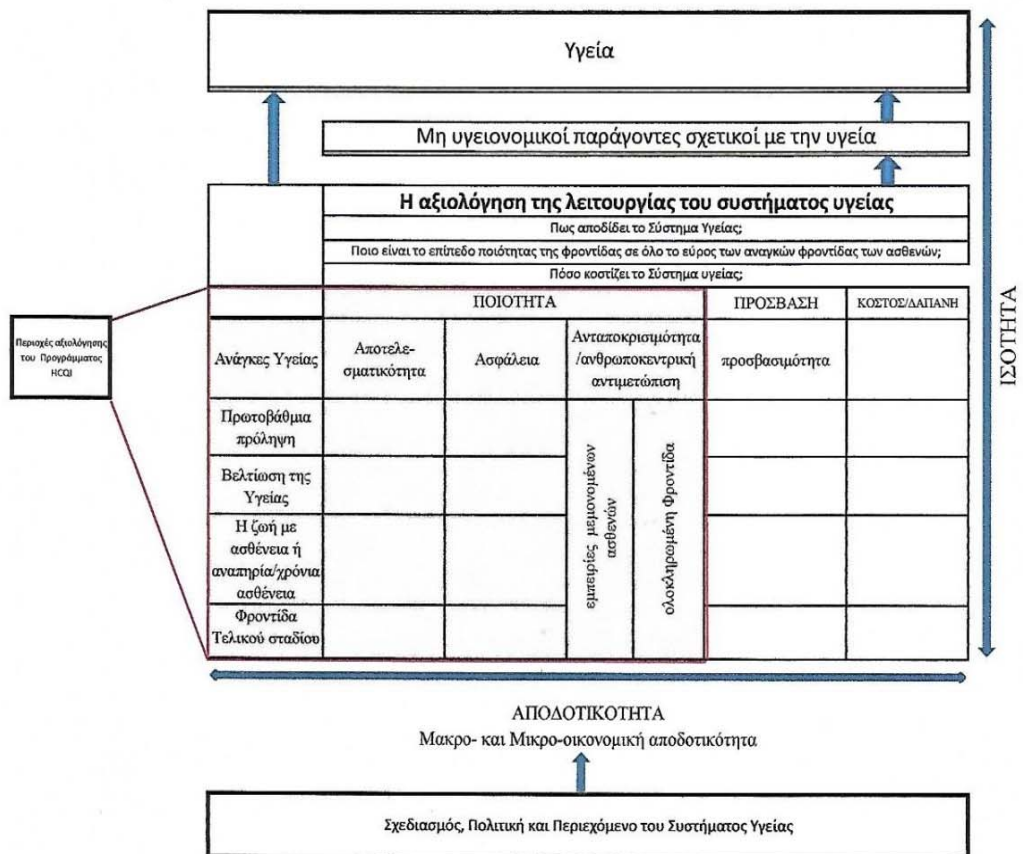
- Να καταστούν υγιείς, να παραμείνουν δηλαδή υγιείς αποτρέποντας την εμφάνιση ασθενειών, χρόνιων παθήσεων και αποτελέσματα αναπηριών.
- Να βελτιώσουν την υγεία τους, αυτό αφορά φροντίδα που σχετίζεται με οξεία ασθένεια ή βλάβη.
- Να ζουν με την ασθένεια ή την αναπηρία, που σημαίνει να έχουν φροντίδα και υποστήριξη σε σχέση με χρόνιες ή υποτροπιάζουσες παθήσεις ή με αναπηρία.
- Να πεθαίνουν αξιοπρεπώς, να τους παρέχεται δηλαδή φροντίδα και υποστήριξη που θα αποσκοπεί στην ανακούφιση και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής αυτών που πεθαίνουν από την προχωρημένη νόσο (Health Quality Council of Alberta).

Σύμφωνα με το Καναδικό Ινστιτούτο Πληροφοριών για την Υγεία, οι διαστάσεις της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης είναι:

- **Αποδεκτικότητα (Acceptability):** Αφορά την αντιμετώπιση του ασθενή με σεβασμό και παροχή υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του, τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του.
- **Προσβασιμότητα (Accessibility):** Είναι η δυνατότητα υπηρεσίες υγείας παρέχονται με τον πιο κατάλληλο τρόπο, σε εύλογο χρόνο και απόσταση.
- **Καταλληλότητα (Appropriateness):** Οι υπηρεσίες υγείας είναι σχετικές με τις ανάγκες των ασθενών και βασίζονται σε παραδεκτή ή τεκμηριωμένη πρακτική.
- **Ικανότητα (Competence):** Τα επίπεδα γνώσης και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας είναι αυτά που πρέπει για την παροχή της συγκεκριμένης φροντίδας.
- **Συνέχεια (Continuity):** Είναι η δυνατότητα παροχής συνεχιζόμενης φροντίδας , μέσω διαφορετικών δομών και επαγγελματιών υγείας , διαχρονικά.
- **Αποτελεσματικότητα (Effectiveness):** Είναι η επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος από τις υπηρεσίες υγείας.
- **Αποδοτικότητα (Efficiency):** Αφορά την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος μέσω της καλύτερης διαχείρισης των πόρων.
- **Ασφάλεια (Safety):** Αφορά την αποφυγή ή έστω την ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων κατά την διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

Όλα τα προηγούμενα παρέχονται μέσα στο πλαίσιο της ισοτιμίας (Canadian Institute for Health Information, 2013).

Σύμφωνα με την εικόνα 1.5, που παρουσιάζει το αναθεωρημένο πλαίσιο του ΟΟΣΑ για τη μέτρηση των διαστάσεων της ποιότητας μεγαλύτερη σημασία δίνεται στις τρεις (3) διαστάσεις της, την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες των χρηστών (Carinci et al, 2015).



Εικόνα 1.5: Αναθεωρημένο πλαίσιο του ΟΟΣΑ για τη μέτρηση διαστάσεων της ποιότητας (Πηγή: Carinci et al, 2015)

- Η ανταποκρισιμότητα αφορά τον τρόπο με τον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών και περιλαμβάνει την καταλληλότητα και αποδεκτικότητα, όπως εμφανίζονται στο μοντέλο του канаδικού Ινστιτούτου Πληροφοριών υγείας.

Η ανταποκρισιμότητα αποτελεί συνώνυμο όρο της «ασθενοκεντρικής προσέγγισης του ασθενή», της περίθαλψης που λειτουργεί έχοντας τον ασθενή ως επίκεντρο. Η ανταποκρισιμότητα, μετράται με βάση τις εμπειρίες των χρηστών/ασθενών από την φροντίδα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν, την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση, διαστάσεις που χαρακτηρίζουν την σχέση ασθενή-επαγγελματία υγείας (Κωσταγιόλας κ.ά., 2008).

Οι δύο βασικές διαστάσεις της ποιότητας, σύμφωνα με το αναθεωρημένο πλαίσιο του ΟΟΣΑ (εικόνα 1.5), αυτές της αποδοτικότητας (efficiency) και της ισοτιμίας (equity) αναλύονται παρακάτω.

- Η αποδοτικότητα (efficiency) είναι το βασικό εργαλείο με το οποίο γίνεται η αξιολόγηση της λειτουργίας ενός οργανισμού υγείας. Μέσω αυτής γίνεται ο έλεγχος και η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και υλικών πόρων προκειμένου να ικανοποιηθεί η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου, 2011).

Η έννοια της αποδοτικότητας ενός οργανισμού υγείας αφορά την διαχείριση των περιορισμένων πόρων προκειμένου να παραχθούν υπηρεσίες υγείας και χωρίζεται σε δύο κατηγορίες:

- I. Τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency), η οποία ερμηνεύει την απόδοση ενός οργανισμού συγκρίνοντάς τον με έναν υποθετικό βέλτιστο οργανισμό. Χρησιμοποιεί την αποδοτική συνάρτηση παραγωγής (efficient production function) σαν πρότυπο. Εκφράζει τις δυνατές εκροές που μπορούν να εξαχθούν με έναν συγκεκριμένο συνδυασμό εισροών, για έναν τέλεια αποδοτικό οργανισμό υγείας (Καλογεροπούλου, 2011).
- II. Κατανομητική αποδοτικότητα (allocative efficiency), η οποία αφορά ένα σύνολο τεχνικά αποδοτικών παρεμβάσεων προκειμένου να παραχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα υγείας. Οι παρεμβάσεις αντιμετωπίζονται ως εισροές και η επιλογή γίνεται βάσει κόστους- αποτελεσματικότητας. Αφορά την επιλογή άριστων, από πλευράς τιμών ή τεχνολογίας παραγωγής, ποσοτήτων εισροών για την παραγωγή του καλύτερου (υψηλότερου) δυνατού επιπέδου εκροών (Καλογεροπούλου, 2011).

Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων ορίζεται με τρεις τρόπους: α) ως η παραγωγή της μέγιστης ποσότητας υπηρεσιών υγείας με συγκεκριμένους πόρους, β) ως η παραγωγή συγκεκριμένης ποσότητας υπηρεσιών με τους ελάχιστους πόρους, γ) ως το ελάχιστο κόστος για την παραγωγή συγκεκριμένης ποσότητας υπηρεσιών υγείας. Δείκτες αποδοτικότητας είναι οι ημέρες νοσηλείας, αναλογία ημερήσιων προς μηνιαία χειρουργεία, κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, κόστος ανά εξωτερικό ασθενή, κ.ά.

Τέλος, αποδοτικότητα ενός μηχανήματος θεωρείται το πηλίκο του συνολικού αριθμού των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στην διάρκεια ενός μήνα προς την

μέγιστη δυνατή απόδοση του μηχανήματος, όπως αυτή ορίζεται από τις προδιαγραφές του (Καλογεροπούλου, 2011).

➤ Ισοτιμία

Το Περιφερειακό Γραφείο της Π.Ο.Υ για την Ευρώπη παρέθεσε μια ανασκόπηση για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια σχετικά με την επανεξέταση του χάσματος στην υγεία και των ανισοτήτων που εμφανίζονται στη Ευρωπαϊκή Ένωση. (Verlinde, 2012).

Υπό το πρίσμα αυτής της ανασκόπησης, το πρόγραμμα Health 2020 παρουσιάστηκε ως μια συνεργατική πρωτοβουλία μεταξύ των κρατών – μελών της Ε.Ε. και των ιδρυμάτων τους που σχετίζονται με την υγεία, προκειμένου να ενισχύσουν την υποστήριξη της δράσης για την επίτευξη καλύτερης υγείας, το 2020 στις Ευρωπαϊκές Περιφέρειες. (Verlinde, 2012).

Οι στόχοι του προγράμματος Health 2020 είναι:

- Να επιτευχθεί καλύτερη υγεία για τους ανθρώπους που ζουν στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια
- Να μειωθούν οι ανισότητες στην υγεία και
- Να επιταχυνθεί η πρόοδος στην επίτευξη του δικαιώματος στην υγεία
- Να καταστήσει την υγεία μια κοινή προσπάθεια για όλους στην κοινωνία
- Να ενημερώσει σε περιφερειακό και διεθνές επίπεδο για την υγεία και τους καθοριστικούς παράγοντες αυτής
- Να αναπτυχθούν προτεινόμενες λύσεις, εργαλεία, καθοδήγηση και συνεργασίες που θα υποστηρίζουν τα υπουργεία υγείας, μαζί με άλλους ενδιαφερόμενους, προκειμένου να θεσπιστούν εθνικές πολιτικές που θα θέτουν την υγεία των κοινωνιών σε βάση ισοτιμίας.

Η προσπάθεια για ισότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της Π.Ο.Υ. (Verlinde, 2012).

Ισότητα στην υγειονομική περίθαλψη σημαίνει ότι παρόμοιοι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο (οριζόντια ισότητα) και ασθενείς που δεν είναι παρόμοιοι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο μη παρόμοιο τρόπο (κάθετη ισότητα). (Verlinde, 2012).

Τα συστήματα υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν περισσότερο στην βελτίωση της υγείας και την ισότητα, όταν τα ιδρύματα και οι υπηρεσίες οργανώνονται γύρω από την αρχή της καθολικής κάλυψης. Αυτό σημαίνει επέκταση του ίδιου επιπέδου ποιότητας

υπηρεσιών για όλο τον πληθυσμό, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις, ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής (Verlinde, 2012).

Βασικές αρχές σε ένα δίκαιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι:

- I. Ισότιμη πρόσβαση για την ίδια ανάγκη
- II. Ισότιμη μεταχείριση για την ίδια ανάγκη
- III. Ισότιμα αποτελέσματα για την ίδια ανάγκη (Verlinde, 2012).

Όσον αφορά την κατάσταση υγείας, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομία, καθώς η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση προκαλεί ανισότητες στην πρόσβαση σε δημόσιους ή ιδιωτικούς πόρους, οδηγώντας έτσι σε μειωμένη ικανότητα παραγωγικότητας, δύναμης και ελέγχου (Ifanti et al., 2013).

Οι Tavares και Zantomio (2017) πραγματοποίησαν μια έρευνα σχετικά με την ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε τρεις χώρες της νότιας Ευρώπης, μετά την έναρξη της κρίσης. Οι χώρες για τις οποίες έγινε η έρευνα ήταν η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ισπανία. Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν δείχνουν σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και στις τρεις χώρες. Η έρευνά τους συμφωνεί με παλαιότερες έρευνες όπως αυτή των Belvis et al. (2012), αλλά και πρόσφατες όπως των Sarti et al. (2017). Η πρώτη κατέδειξε ότι το 21% των ιταλικών νοικοκυριών μείωσε τις δαπάνες που συνδέονται με την υγεία και το 19% ακύρωσε ή ανέβαλε κάποιες μορφές ιατρικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους, ενώ η δεύτερη, ότι οι φτωχές ιταλικές οικογένειες μείωσαν περισσότερο τα έξοδα για την υγεία τους σε σχέση με τις λιγότερο φτωχές οικογένειες, τα τελευταία χρόνια. Μια άλλη μελέτη που έγινε το 2013 στην Πορτογαλία κατέληξε στο ότι το 27% των ηλικιωμένων είχε σταματήσει να χρησιμοποιεί θεραπείες ή υγειονομικές υπηρεσίες (Costa et al., 2017).

1.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου να κατανοηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητο να αξιολογηθούν οι απόψεις περισσοτέρων του ενός εμπλεκομένων και να βρεθεί η σωστή ισορροπία μεταξύ των απόψεων των ασθενών (πελάτες) και των διαφόρων επαγγελματιών υγείας (πάροχοι υπηρεσιών) (Papp et al., 2014).

Πόσο αναγκαία είναι όμως η ποιότητα; Ωφελούνται μόνο οι ασθενείς από αυτήν; Ο ασθενής προσκομίζει υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη. Οι επαγγελματίες υγείας μέσω αυτής επιτυγχάνουν αποτελεσματικότητα στο έργο τους,

εξασφαλίζουν νομική κατοχύρωση και βιώνουν ικανοποίηση από το έργο που επιτελούν. Τέλος οι δομές παροχής υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζουν λειτουργικά και οικονομικά οφέλη καθώς επίσης αναγνώριση και φήμη (Πέππας και Κοράκη, 2013). Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί τη βασική διάσταση της απόδοσης του συστήματος υγείας, στο πλαίσιο του οποίου καθίστανται όλο και περισσότερο διαθέσιμοι αξιόπιστοι τυποποιημένοι δείκτες (Carinci et al, 2015).

➤ Δείκτες ποιότητας

Σύμφωνα με την συστημική θεωρία του Donabedian (1988), στις υπηρεσίες υγείας υπάρχουν τρία (3) συστατικά στοιχεία:

1. η δομή που αφορά φυσικούς και ανθρώπινους πόρους,
2. οι διαδικασίες που σχετίζονται με την οργάνωση και λειτουργία του οργανισμού που παρέχει τις υπηρεσίες, αλλά και με την παροχή των υπηρεσιών υγείας
3. τα αποτελέσματα που απορρέουν από τις δράσεις και τις υπηρεσίες που παρέχονται.

Προκειμένου να τεκμηριωθεί ή να συγκριθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας μεταξύ των νοσοκομείων είναι απαραίτητη η εφαρμογή ή η ανάπτυξη διαφορετικών κατηγοριών δεικτών ποιότητας. Μέσω αυτών των δεικτών μπορεί να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του τρόπου με τον οποίο παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες, το είδος των πόρων και των διαδικασιών που χρησιμοποιήθηκαν και την σχέση της επίδοσης του νοσοκομείου με τους ασθενείς και την έκβαση των ασθενειών. Οι πιο συνηθισμένες κατηγορίες δεικτών για την ταξινόμηση των επιδόσεων είναι οι δείκτες δομής, διαδικασίας, αποτελέσματος (Hung and Jerng , 2014).

Οι δείκτες **δομής** χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των ικανοτήτων ή των εγκαταστάσεων που είναι διαθέσιμες για την παροχή μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας. Κατά την πιστοποίηση ενός νοσοκομείου, αυτοί οι δείκτες ελέγχουν αν το συγκεκριμένο υπό πιστοποίηση νοσοκομείο έχει τον απαιτούμενο εξοπλισμό, πρόγραμμα, τεχνολογία, προμήθειες ή προσωπικό να παρέχει τις σχετικές υπηρεσίες (Hung and Jerng , 2014).

Οι δείκτες **διαδικασίας** χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του πόσο καλά μια συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας έχει διατεθεί. Ενώ παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την βελτίωση της ποιότητας ωστόσο αποτελούν μια χρονοβόρα και δύσκολη

διαδικασία καθώς οι περισσότερες διαδικασίες δεν καταγράφονται (Hung and Jerng , 2014).

Οι δείκτες **αποτελεσμάτων** είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς αντικατοπτρίζουν την επίδραση της υγειονομικής περίθαλψης ή της θεραπείας. Επίσης αντικατοπτρίζουν την εγκυρότητα της διαδικασίας που αποφασίστηκε ή την επάρκεια της δομής.

Για έναν δείκτη διαδικασίας η εγκυρότητα έγκειται στην σύνδεση της διαδικασίας με ένα αποτέλεσμα. Για έναν δομικό δείκτη θα πρέπει να συνδέεται με ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Οι πιο συχνοί δείκτες αποτελεσμάτων είναι η θνησιμότητα και η νοσηρότητα (Hung and Jerng , 2014).

Προκειμένου να καλυφθούν οι απόψεις των ασθενών μια νέα κατηγορία δεικτών ποιότητας αναπτύσσεται, όπως οι δείκτες ικανοποίησης του ασθενή, ποιότητας ζωής ή μέτρησης τεράστιου όγκου δεδομένων στο πεδίο της δημόσιας υγείας (Hung and Jerng , 2014).

Στην αναφορά του Περιφερειακού Γραφείου Ανατολικής Μεσογείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2015, αναφέρονται ενδεικτικά κάποιοι προτεινόμενοι δείκτες ποιότητας χωρισμένοι σε δείκτες δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος.

Ως δείκτες δομής αναφέρονται, το ποσοστό των ιατρικών φακέλων με μοναδικό αριθμό αναγνώρισης στο υγειονομικό σύστημα και το ποσοστό του πληθυσμού που εξυπηρετείται από μια συγκεκριμένη δομή. Ως δείκτες διαδικασίες αναφέρονται, ο μέσος χρόνος αναμονής για τους εξωτερικούς ασθενείς, το ποσοστό του προσωπικού που έχει παρακολουθήσει συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενή κατά τον προηγούμενο χρόνο, κ.ά. Τέλος ως δείκτες αποτελέσματος περιγράφονται, το ποσοστό της ικανοποίησης των ασθενών, το ποσοστό ικανοποίησης του προσωπικού, το ποσοστό των διαβητικών ασθενών με HbA1c κάτω του 7, κ.ά.

Προκειμένου να επιλεγεί ένας δείκτης ως δείκτης ποιότητας, για την σύγκριση των υγειονομικών συστημάτων μεταξύ των διαφόρων χωρών, θα πρέπει να έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αυτά είναι:

- **Ισχύς:** Να υπάρχουν επαρκείς επιστημονικές αποδείξεις που να υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ της τιμής ενός δείκτη και μιας ή περισσότερων πτυχών της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.
- **Αξιοπιστία:** Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ενός σταθερού φαινομένου να εμφανίζουν παρόμοια αποτελέσματα.

- **Συνάφεια:** Ένας δείκτης να μετρά μια πτυχή της ποιότητας που έχει μεγάλη κλινική σημασία, προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση νόσου ή οδηγεί σε συχνή χρήση της υγειονομικής περίθαλψης.
- **Δυνατότητα δράσης:** Ένας δείκτης να μετρά μια πτυχή της ποιότητας που είναι υπό τον έλεγχο των παρόχων ή / και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και χρησιμοποιείται στην πραγματικότητα σε ένα εθνικό επίπεδο για τη χάραξη πολιτικής, την παρακολούθηση ή την ανάπτυξη στρατηγικής.
- **Διεθνή δυνατότητα:** Ένας δείκτης να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διεθνείς συγκρίσεις χωρίς ουσιαστικά πρόσθετους πόρους.
- **Διεθνή συγκρισιμότητα:** Οι αναφερόμενες χώρες να συμμορφώνονται με τους σχετικούς καθορισμούς των δεδομένων, έτσι ώστε οι διαφορές στις τιμές των δεικτών μεταξύ των χωρών να αντικατοπτρίζουν θέματα στην ποιότητα της φροντίδας και να μην οφείλονται στις διαφορές στις μεθοδολογίες συλλογής δεδομένων, την κωδικοποίηση ή άλλους, μη σχετικούς με την ποιότητας φροντίδας, λόγους (Carinci et al, 2015).

Οι Park et al. (2016) εξετάζουν ένα πλαίσιο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή. Προτείνουν ένα τέτοιο πλαίσιο προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μέσω της προσωπικής εμπειρίας μεταξύ του παρόχου υγείας και του ασθενή. Σε αυτό το πλαίσιο περιλαμβάνεται η ανάπτυξη μιας βαθμολογίας της ποιότητας έτσι ώστε να μετρώνται οι προσδοκίες του ασθενή, από την οπτική της διαχείρισης πελατών. Μοντελοποίησαν την αξία, όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής, σαν έναν συνδυασμό ενδογενών και εξωγενών αξιών. Η εξωγενής αξία περιλαμβάνει την λειτουργική ή χρηστική αξία και σε κάποιο βαθμό την κοινωνική αξία. Η ενδογενής αξία περιλαμβάνει την συναισθηματική, επιστημονική και ενδογενή κοινωνική αξία. Αυτό το πλαίσιο μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με τον τύπο των υπηρεσιών υγείας.

Η εφαρμογή σημαντικής προόδου σε κοινωνικές αλλαγές μέσω της καινοτόμου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, απαιτεί πρωτοβουλίες, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης ενός καινούριου μοντέλου ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό θα συνδυάζει εμπειρογνωμοσύνη για την αποτροπή της κοινωνικής ευπάθειας, δέσμευση σε μια συστηματική πρακτική καινοτομίας και μεθόδους για την διευκόλυνση πρόσβασης σε πόρους (Kim et al., 2016).

1.3.1 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η βελτίωση της ποιότητας αναφέρεται σε διορθωτικές ενέργειες που έχουν ως σκοπό την μείωση των αποκλίσεων των αποτελεσμάτων από τα πρότυπα (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Όσον αφορά την Ελλάδα, έχουν υλοποιηθεί αρκετές πρωτοβουλίες για την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας περίθαλψης. Με τον Ν.3868/10, όλα τα Νοσοκομεία έχουν την υποχρέωση να συστήσουν υπηρεσίες και επιτροπές διασφάλισης ποιότητας. Υποχρέωση αυτών, είναι η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των διαδικασιών που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών (π.χ. συχνότητα ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων), εργαστηριακή διαπίστευση, έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, διοργάνωση διασκέψεων για διάφορες πτυχές της ποιότητας με σκοπό την συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Τέλος η σύσταση μιας υπηρεσίας (ekapty)⁹ που ως στόχο έχει τη δημιουργία των προδιαγραφών για τις προμήθειες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.(Economou et al, 2015).

Το 2013, το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας της 3^{ης} ΔΥΠΕ μετέφρασε, κατόπιν εγκρίσεως του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που το είχε εκδώσει, το εγχειρίδιο για το *Εργαλείο Αξιολόγησης της Απόδοσης για την Βελτίωση της Ποιότητας στα Νοσοκομεία* (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) γνωστό ως PATH, το οποίο βασίζεται σε έξι διαστάσεις (κλινική αποτελεσματικότητα, προσανατολισμός του προσωπικού, ευαίσθητη διακυβέρνηση, ασφάλεια και επικέντρωση στον ασθενή). Η αναγκαιότητα υιοθέτησης του εργαλείου αυτού συνδέεται με το ότι αναγκαία προϋπόθεση για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης, μέσω της συλλογής δεδομένων, προορίζεται για εσωτερική και μόνο χρήση καθώς δεν δύναται να χρησιμοποιηθεί ως μέσο εξωτερικής αναφοράς. Υπό το πρίσμα αυτό, η αξιολόγηση των επιδόσεων ενός οργανισμού θα πρέπει να λειτουργεί ως εργαλείο εσωτερικού ελέγχου με σκοπό την βελτίωση όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών (<http://www.pathqualityproject.eu>)

⁹ <http://www.ekapty.gr/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ

2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ «ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ» (PATIENT EXPERIENCE) –

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

Τα τελευταία χρόνια η «εμπειρία» του ασθενή (patient experience) αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα των ανθρώπων που ασχολούνται με την υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο όταν πρέπει να δοθεί ένας ορισμός, αυτός δεν είναι ξεκάθαρος.

Αν και πολύ λίγα έχουν δημοσιευτεί σχετικά με την πολυπλοκότητα του ορισμού της εμπειρίας των ασθενών, το 2009 από την έρευνα της Health Leaders Media Patient Experience Leadership, προέκυψε ότι όταν πρόκειται για τον ορισμό της εμπειρίας του ασθενή, υπάρχουν αποκλίνουσες απόψεις στο εσωτερικό του τομέα υγείας. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 35% των ερωτηθέντων συμφώνησαν ότι η εμπειρία του ασθενή ισοδυναμεί με «επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα», το 29% συμφώνησε πρόκειται για ένα «ένα ενορχηστρωμένο σύνολο δραστηριοτήτων που είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο για κάθε ασθενή» και το 23% δήλωσε ότι περιλαμβάνει «την παροχή εξαιρετικών υπηρεσιών για τον πελάτη» (Wolf et al.,2014).

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης εστιάζουν στην ανάπτυξη οργανωσιακής κουλτούρας επικεντρωμένης στην εξαιρετική εμπειρία του ασθενή, χρησιμοποιώντας την τεχνολογία και μια σειρά εκπαιδευτικών προγραμμάτων όπου εμπλέκονται νοσηλευτές, κλινικοί γιατροί, διευθυντικά στελέχη και μια διευρυμένη γκάμα μη κλινικών και βοηθητικών στελεχών σε αυτήν την αποστολή. Η αποστολή αυτή έχει επεκταθεί και εκτός του νοσοκομειακού χώρου, ώστε να συμπεριλάβει την πλήρη συνέχεια της περίθαλψης, καθώς η φροντίδα των ασθενών πραγματοποιείται όλο και περισσότερο έξω από τους τέσσερις τοίχους των νοσοκομείων, έχοντας επεκταθεί σε μυριάδες τοποθεσίες περιπατητικών και εξωτερικών ασθενών, σε ειδικευμένες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις και σε οικιακούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Bees, 2016).

Στην Έρευνα Health Leaders Media Patient Experience που έγινε το 2016, το 46% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ο οργανισμός τους έχει επικεφαλής Γραφείου Εμπειρίας

Ασθενή ή άτομο με παρόμοιες ευθύνες, από 40% στην περυσινή και 30% στην προπέρσινη έρευνα (Bees, 2016).

Υπάρχει αύξηση του ενδιαφέροντος προκειμένου να κατανοηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την υποκειμενική εμπειρία των ασθενών. Μια πολυδιάστατη σημασιολογική θεωρία της εμπειρίας των ασθενών, περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές έννοιες μέτρησης που υπάρχουν σήμερα στη βιβλιογραφία και τις ενσωματώνει σε ένα εννοιολογικό σύνολο που είναι σύμφωνο με μια ψυχολογική θεωρία. Ένα σημαντικό συμπέρασμα της πολυδιάστατης θεωρίας είναι ότι το συνολικό μέγεθος της εμπειρίας του ασθενούς δεν μπορεί να περιγραφεί επαρκώς από ένα οποιοδήποτε μέτρο, ανεξάρτητα από την εγκυρότητα του, αλλά απαιτεί ένα πλήρες σύνολο μέτρων (Kleiss, 2016).

2.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ «ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ»

Βασική αρχή των θεωριών βελτίωσης της ποιότητας ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας, αποτελεί η ανατροφοδότηση με κρίσεις των καταναλωτών. Η ανατροφοδότηση χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό των προβλημάτων προκειμένου αυτά να αντιμετωπιστούν και να βελτιωθεί η ποιότητα.

Οι αξιολογήσεις των καταναλωτών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελούν πλέον ένα καθοριστικό στοιχείο για την αξιολόγηση της ποιότητας αυτών των υπηρεσιών. Η αξιολόγηση γίνεται κυρίως μέσω ερευνών της ικανοποίησης και εμπειρίας των ασθενών αλλά και μέσω μελετών σχετικά με την έκβαση της υγείας των ασθενών (π.χ. κατάσταση της υγείας και ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία) (Bowling et al., 2012).

Οι καθηγητές Irwin Press, ιατρικός ανθρωπολόγος και Rod Ganey, κοινωνιολόγος και στατιστικός, ξεκίνησαν το Press Ganey το 1985. Από εκείνη την στιγμή δημιουργήθηκε μια καινούρια αγορά καθώς έφεραν την επιστήμη του σχεδιασμού και της διαχείρισης της υγιούς έρευνας στην υγειονομική περίθαλψη. Αρχικά ξεκίνησαν με λίγους πελάτες (νοσοκομεία). Στην συνέχεια όλο και περισσότερα νοσοκομεία κατάλαβαν την αξία που μπορούσαν να κερδίσουν από την παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών τους και την σύγκρισή τους με άλλους παρόμοιους οργανισμούς (Siegrist, 2013).

Η αμερικανική κυβέρνηση ξεκίνησε να ενδιαφέρεται για την ικανοποίηση των ασθενών το 2002. Εκείνη την χρονιά τα CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) και ο AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (Οργανισμός

για την Έρευνα και την Ποιότητα στον τομέα της Υγείας) συνεργάστηκαν για την έρευνα, ανάπτυξη και δοκιμή της έρευνας HCAHPS (Siegrist, 2013).

Η έρευνα HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) (αξιολόγηση των ασθενών για τους παρόχους και τα συστήματα υγείας) αποτελεί την πρώτη εθνική, τυποποιημένη, δημοσιευμένη έρευνα για τις απόψεις των ασθενών σε σχέση με την νοσοκομειακή περίθαλψη. Το HCAHPS, το οποίο είναι επίσης γνωστό ως CAHPS Hospital Survey, είναι ένα εργαλείο έρευνας και μεθοδολογία συλλογής δεδομένων για τη μέτρηση των αντιλήψεων των ασθενών σε σχέση με την εμπειρία τους στο νοσοκομείο.

Η έρευνα HCAHPS ζητά από ασθενείς που έχουν πάρει εξιτήριο, να απαντήσουν σε 27 ερωτήσεις σχετικά με την πρόσφατη παραμονή τους στο νοσοκομείο. Η έρευνα περιλαμβάνει 18 βασικές ερωτήσεις σχετικά με τις κρίσιμες πτυχές της νοσηλευτικής εμπειρίας των ασθενών (επικοινωνία με νοσηλευτές και γιατρούς, ανταπόκριση του νοσοκομειακού προσωπικού, καθαριότητα και ησυχία του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, διαχείριση πόνου, επικοινωνία για τα φάρμακα, ενημέρωση κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου και αν θα το συνιστούσαν). Η έρευνα περιλαμβάνει επίσης τέσσερα στοιχεία για να κατευθύνει τους ασθενείς σε σχετικές ερωτήσεις, τρία στοιχεία για την προσαρμογή του μείγματος των ασθενών σε όλα τα νοσοκομεία και δύο στοιχεία που υποστηρίζουν τις εκθέσεις με εντολή του Κογκρέσου.

Η έρευνα καθώς και το πρωτόκολλό της για τη δειγματοληψία, τη συλλογή δεδομένων, την κωδικοποίηση, και την υποβολή αρχείων, βρίσκονται στις τρέχουσες Οδηγίες Διασφάλισης Ποιότητας της HCAHPS, οι οποίες διατίθενται στην επίσημη ιστοσελίδα της, www.hcahponline.org.

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html>

Μετά από μια εκτεταμένη διαδικασία επανεξέτασης που περιλάμβανε πολλαπλές ευκαιρίες για δημόσια σχόλια, η έρευνα HCAHPS εγκρίθηκε από το Εθνικό Φόρουμ Ποιότητας τον Οκτώβριο του 2005 και εφαρμόστηκε από το CMS τον Οκτώβριο του 2006. Η πρώτη δημόσια αναφορά των αποτελεσμάτων της έρευνας HCAHPS έγινε τον Μάρτιο του 2008 (Siegrist, 2013).

Ο Kleiss (2016) αναπτύσσει ένα πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών. Στην συνέχεια διεξάγει μια έρευνα προκειμένου να αξιολογηθεί η χρησιμότητα και η αξιοπιστία του σε κλινικό περιβάλλον. Η

ψυχολογική θεωρία υποδηλώνει ότι η εμπειρία είναι υποκειμενική και στην πραγματικότητα αποτελεί σύνθεση από διάφορες ανεξάρτητες έννοιες που περιλαμβάνουν: (α) αξιολόγηση / σθένος (συναισθηματική κριτική),(β) δύναμη / εξουσία, (γ) δραστηριότητα / διέγερση και (δ) καινοτομία.

2.3 ΕΜΠΕΙΡΙΑ VS ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα, αποτελεί σημαντικό θέμα στο τομέα της υγείας. Έχουν γίνει πολλές έρευνες σχετικά.

Οι πρώτες τρεις περιοχές στις οποίες οι ερωτηθέντες λένε ότι ο οργανισμός τους επιδιώκει βελτίωση σε μια προσπάθεια να επιτύχει τους στόχους του προγράμματος για την εμπειρία των ασθενών είναι η ικανοποίηση των ασθενών (79%), η ασφάλεια των ασθενών (65%) και οι κλινικές εκβάσεις (54%) (Bees, 2016).

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών κρίνεται απαραίτητη για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Ωστόσο οι έρευνες που μετρούν την ικανοποίηση του ασθενή συνηθίζουν να ρωτούν τους ασθενείς υποκειμενικές ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίησή τους από την περίθαλψή τους, όπως: *πόσο ικανοποιημένος αισθάνεστε από το σύστημα των ραντεβού;*

Οι ερωτήσεις που αφορούν την εμπειρία του ασθενή σχετίζονται με τις πραγματικές, πιο αντικειμενικές εμπειρίες του ασθενή, και ο σκοπός τους είναι να αποφύγουν τον επηρεασμό των αποτελεσμάτων από τις υπάρχουσες προσδοκίες. Παράδειγμα ερώτησης σχετικά με την εμπειρία του ασθενή: *Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες μέρες έπρεπε να περιμένετε για ραντεβού, ενώ χρειαζόσασταν φροντίδα άμεσα;*

Η εμπειρία του ασθενή ξεπερνά την ικανοποίηση. Μπορεί να υπάρχει αρνητική έκβαση της ασθένειας αλλά θετική εμπειρία του ασθενή και αντίθετα μπορεί να υπάρχει θετική έκβαση της ασθένειας και αρνητική εμπειρία του ασθενή. Η εμπειρία συνδέεται με την εμπλοκή των εργαζομένων. Οι ασθενείς κρίνουν τους παρόχους υγείας όχι μόνο από τα κλινικά αποτελέσματα αλλά και από την συμπονετική, εξαιρετική, ασθενο-κεντρική φροντίδα που παρέχουν.

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μιας νοσηλεύτριας που ενεργεί σύμφωνα με τα καλύτερα πρότυπα ποιότητας και μιας νοσηλεύτριας που εργάζεται με ενσυναίσθηση και ενδιαφέρεται για την εμπειρία του ασθενή (Devkaran, 2014).

Τα ευρήματα της μελέτης των Suhonen et al. (2012), αναφέρουν την ύπαρξη μιας θετικής συσχέτισης μεταξύ της εξατομικευμένης φροντίδας και της ικανοποίησης των ασθενών. Η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα έχει σχεδιαστεί για να καλύπτει τις ανάγκες και τις προτιμήσεις ενός συγκεκριμένου ασθενή, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή αναγνωρίζοντας το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η περίθαλψη. Η φροντίδα αυτή απαιτεί από το νοσηλευτικό προσωπικό να λαμβάνει υπόψη του τις αξίες, τις ελπίδες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή αλλά και τις διαφορετικές καταστάσεις της υγείας του καθώς και τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά. Οι Suhonen et al. (2012), ορίζουν την αντίληψη της εξατομικευμένης φροντίδας από την πλευρά των ασθενών, ως την πρόνοια για την υποστήριξη της ατομικότητάς τους κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης νοσηλείας, παρεμβάσεων και παροχής φροντίδας γενικότερα. Υπάρχουν τρία συστατικά της εξατομικευμένης φροντίδας: (i) η κλινική κατάσταση, η ατομική αντίδραση του ασθενούς στις κλινικές πτυχές της φροντίδας του, ii) η κατάσταση της προσωπικής του ζωής, το ιστορικό και τα προσωπικά θέματα που μπορεί να έχει ο ασθενής και (iii) το επίπεδο του ελέγχου για την λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του. Αυτές οι πτυχές που αφορούν την εξατομικευμένη περίθαλψη ποικίλλουν μεταξύ των ασθενών, γι' αυτό πρέπει να συλλέγονται πληροφορίες και να χρησιμοποιούνται έτσι ώστε να αισθάνονται οι ασθενείς ότι η ατομικότητά τους αναγνωρίζεται πραγματικά και λαμβάνεται υπόψη στη φροντίδα τους.

Η παροχή ασθενο-κεντρικής φροντίδας αποτελεί μια σημαντική διάσταση της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην Αμερική, η σημασία της εμπειρίας των ασθενών ως βασικού μέτρου ποιότητας έχει υπογραμμιστεί με τη συμπερίληψη των αποτελεσμάτων των αξιολογήσεων των καταναλωτών νοσοκομειακής περίθαλψης στα κέντρα αποφάσεων για το πρόγραμμα αγορών με βάση την αξία (VBP). Το 2013, το πρόγραμμα VBP έθεσε σε κίνδυνο το 1% των συνολικών πληρωμών του Medicare, αριθμός που θα αυξηθεί στο 2% μέχρι το 2017. Έτσι, η κακή απόδοση στις μετρήσεις ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αποτελεί σημαντικό οικονομικό κίνδυνο για τα νοσοκομεία (Tsai et al., 2015).

Η Shale (2013) θεωρεί ότι η εμπειρία των ασθενών είναι πράγματι ένας δείκτης κλινικής ποιότητας και ότι δεν πρέπει να γίνεται παραλληλισμός της εμπειρίας του ασθενή με την ικανοποίησή του. Εξηγεί ότι υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση μεταξύ της γνώσης του ασθενή, των προσδοκιών του από την περίθαλψη, των εμπειριών του από αυτήν, της αξιολόγησης της περίθαλψης από τον ασθενή και αντικειμενικών μέτρων μέτρησης του οφέλους του ασθενή από την υγειονομική περίθαλψη. Υποθέτει ότι υπάρχουν τρεις διαστάσεις της εμπειρίας του ασθενή που περιλαμβάνουν την φυσιολογική εμπειρία της αρρώστιας (εξάνθημα, αιμορραγία κλπ), την εξυπηρέτηση του πελάτη (όχι ικανοποίηση) και την εμπειρία της ζωής με την ασθένεια (αντιμετώπιση της κατάστασης).

Η εμπειρία του ασθενή αντικατοπτρίζει περιστατικά και γεγονότα που συμβαίνουν ανεξάρτητα και συλλογικά σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης. Η εμπειρία των ασθενών είναι μεγαλύτερη από την ικανοποίηση μόνο. Η ενσωματωμένη εμπειρία του ασθενή εστιάζει στην εξατομικευμένη περίθαλψη και την προσαρμογή των υπηρεσιών έτσι ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών και να τους εμπλέξουν ως συνεργάτες στη φροντίδα τους. Επίσης, η εμπειρία του ασθενή συνδέεται στενά με τις προσδοκίες των ασθενών, και κατά πόσο αυτές πραγματοποιήθηκαν (πέρα από τα κλινικά αποτελέσματα ή την κατάσταση της υγείας τους) (Wolf et al.,2014).

Η προσδοκία αποτελεί μια πολυσύνθετη έννοια. Πολλοί μελετητές έχουν αναπτύξει διάφορες θεωρίες για αυτήν την έννοια. Εκτός από τις ατομικές προσδοκίες εξίσου σημαντικές είναι και οι κοινωνικές προσδοκίες οι οποίες προκύπτουν από την αλληλεπίδραση των ατόμων. Στον τομέα της υγείας η προσδοκία αφορά αυτό που αναμένουν να συναντήσουν οι χρήστες από τις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και τι θα ήθελαν να συναντήσουν (Κουτελέκος και Χαλιάσος, 2014).

Οι Bowling et al. (2012) ταξινομούν τις προσδοκίες σε:

- Προσδοκίες πιθανοτήτων: αφορούν τις πιθανότητες να συμβεί ένα γεγονός (π.χ. με βάση προηγούμενη εμπειρία αυτοπεποίθηση ή αντιληπτή δυσκολία)
- Προσδοκίες αξίας: ελπίδες ή επιθυμίες που αφορούν ένα γεγονός εκφράζονται ως ανάγκες

- Προσδοκίες διαδικασίας: προσδοκίες σχετικά με την επικείμενη διαδικασία όπως ιατρική φροντίδα, ενημέρωση για την υγεία του ασθενή, ευχάριστο περιβάλλον
- Προσδοκίες έκβασης: προσδοκίες σχετικά με τις συνέπειες της θεραπείας, όπως η ικανότητα επιστροφής στην εργασία, στον προηγούμενο τρόπο ζωής, την φυσική κατάσταση.

Με βάση την έρευνά τους απέδειξαν ότι οι ασθενείς εκφράζουν προσδοκίες κυρίως για την δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα (εκβάσεις). Στις δομές περιλαμβάνονται οι χώροι που θα πρέπει να είναι καθαροί, η επίπλωση των χώρων και ο εξοπλισμός. Οι διαδικασίες αφορούν κυρίως την αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού και ασθενή. Ειδικότερα αφορούν τον τρόπο ή τον χαρακτήρα του γιατρού, τον τρόπο επικοινωνίας, την πληροφόρηση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την κατάσταση της υγείας του ασθενή, συμμετοχή στις αποφάσεις για την θεραπεία, εξετάσεις ή θεραπείες όπου οι ασθενείς αισθάνονται ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για αυτούς. Οι εκβάσεις αφορούν κυρίως διαγνώσεις και προγνώσεις. (Bowling et al., 2012).

Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή αντανακλά τις προσωπικές του προτιμήσεις και προσδοκίες και την αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας που έλαβε. Οι απαντήσεις επηρεάζονται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά, ενώ η συνολική εκτίμηση της ικανοποίησης μπορεί να είναι παραπλανητική καθώς οι απαντήσεις είναι γενικής εκτίμησης (π.χ. εξαιρετικά, πολύ καλά, καλά, όχι ικανοποιητικά). Αυτές οι απαντήσεις δεν δίνουν στους κλινικούς και τους διοικητικούς διευθυντές μια ιδέα για το τι χρειάζεται για να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης. Καταγράφεται απλά η εκτίμηση του ασθενή για το τι συνέβη (π.χ. πως θα αξιολογούσατε την εμπειρία σας;) ενώ η γενική εκτίμηση για την φροντίδα που έχουν λάβει οι ασθενείς, εκμαιεύει περισσότερο θετικές απαντήσεις.

Η εκτίμηση της εμπειρίας του ασθενή είναι μια λεπτομερής αναφορά σχετικά με την εμπειρία μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας, νοσοκομείου ή κλινικού γιατρού. Καταγράφει την αυτοπεποίθηση και την εμπιστοσύνη του στους επαγγελματίες υγείας, την ανάμειξή του στις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία του καθώς και αν η μεταχείρισή του έγινε με αξιοπρέπεια και σεβασμό. Εκτιμώμενη και ενεργητική φροντίδα, για παράδειγμα η απάντηση «έπρεπε να περιμένω περισσότερο από 15 λεπτά μέχρι να απαντηθεί το κουμπί κλήσης» ενημερώνει τους υπεύθυνους ότι θα

πρέπει να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής. Οι ερωτήσεις είναι έτσι σχεδιασμένες ώστε να ανακαλύπτουν τι πραγματικά συνέβη (π.χ. Πως ήταν η εμπειρία σας;). Πρόκειται για ερωτήσεις που αφορούν πραγματικά γεγονότα και συμβάντα (Devkaran, 2014).

Η μελέτη των Salisbury et al. (2010) διαπίστωσε ότι όταν οι ασθενείς ρωτήθηκαν για την συνολική τους ικανοποίηση από τις πρακτικές που εφαρμόστηκαν, μόνο το 4,6% της διακύμανσης της βαθμολογίας ικανοποίησης τους ήταν αποτέλεσμα διαφορών μεταξύ πρακτικών. Η εναπομένουσα διακύμανση προέκυψε από διαφορές μεταξύ των ασθενών συν το τυχαίο σφάλμα. Αντίθετα, όταν τους ζητήθηκε να αναφέρουν την εμπειρία τους σχετικά με τη συνήθη ώρα που έπρεπε να περιμένουν για ένα ραντεβού, περισσότερο από το 20% της διακύμανσης των απαντήσεων ήταν αποτέλεσμα διαφορών μεταξύ πρακτικών. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι με σκοπό τη διάκριση των επιδόσεων μεταξύ των πρακτικών, είναι καλύτερο να ζητείται από τους ασθενείς να αναφέρουν την εμπειρία τους αντί να ζητούν βαθμολογίες ικανοποίησης.

2.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται όλο και περισσότερο ως αναπόσπαστο συστατικό της ποιότητας της φροντίδας. Συχνά ορίζεται ως η «ιατρική περίθαλψη που δημιουργεί μια σύμπραξη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους (όταν ενδείκνυται) για να διασφαλιστεί ότι οι αποφάσεις θα σέβονται τις επιθυμίες των ασθενών, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους και ότι οι ασθενείς θα έχουν την εκπαίδευση και την υποστήριξη που πρέπει για να μπορούν να πάρουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στη φροντίδα τους». Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή υποδηλώνει μια σύνθετη δομή και αγκαλιάζει πολλές διαφορετικές αρχές και δραστηριότητες, όπως η εξασφάλιση της αξιοπρέπειας των ασθενών, η συμπόνια και ο σεβασμός, προσφέροντας συντονισμένη και εξατομικευμένη φροντίδα, υποστήριξη ή θεραπεία και υποστηρίζοντας τους ασθενείς ώστε να αναγνωρίσουν και να αναπτύξουν τις δικές τους δυνατότητες και ικανότητες που θα τους επιτρέψουν να ζήσουν μια ανεξάρτητη και ποιοτική ζωή (Groene et al., 2015).

Στην έρευνά τους οι Xie and Or (2017) διαπίστωσαν ότι οι δύο διαστάσεις της ποιότητας από την πλευρά του ασθενή (δηλαδή, η προσανατολισμένη στην ταυτότητα

προσέγγιση (εξατομίκευση) και η κοινωνικο-πολιτισμική ατμόσφαιρα) σχετίζονταν με τις αντιλήψεις των ασθενών για τους χρόνους αναμονής. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι χρόνοι αναμονής των ασθενών συνδέονται με διάφορα επίπεδα δυσαρέσκειας των ασθενών. Οι χρόνοι αναμονής συνδέονται επίσης με τις αντιλήψεις των ασθενών που αφορούν άλλες πτυχές της υγείας και δεν σχετίζονται άμεσα με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα.

Αυτές οι δύο διαστάσεις αφορούσαν επίσης διάφορες πτυχές της ικανοποίησης από την παροχή υγειονομικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας και της ποσότητας των πληροφοριών που παρέχονταν σχετικά με τις υπηρεσίες που επρόκειτο να λάβουν και τον επαγγελματία υγείας που θα ήταν υπεύθυνος για τις υπηρεσίες αυτές. Αυτές οι διαστάσεις σχετίζονταν επίσης με: α) το βαθμό στον οποίο επιτρεπόταν στους ασθενείς να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων που παίρνονταν για τη φροντίδα τους, β) το βαθμό κατανόησης που είχαν οι γιατροί και οι νοσηλευτές για τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς με τις συνθήκες της ασθένειας, γ) το επίπεδο του σεβασμού που έδειχνε το προσωπικό προς τους ασθενείς, δ) την ιδιωτικότητα του χώρου που παρέχονταν στους ασθενείς για να μιλήσουν στους επαγγελματίες υγείας, ε) την ευχάριστη ατμόσφαιρα στις αίθουσες / κλινικές και στ) τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζονταν τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι που συνόδευαν τους ασθενείς (Xie and Or, 2017).

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε από τους Wensley et al. (2017) ώστε να αναπτυχθεί ένα πλαίσιο που να αντιπροσωπεύει την περίπλοκη άποψη των ασθενών για την άνεση προκειμένου να αναπτυχθούν πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, φάνηκε ότι από την πλευρά των ασθενών, η άνεση είναι πολυδιάστατη. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει την ανακούφιση από την σωματική δυσφορία, τα θετικά συναισθήματα και την ενίσχυση της ικανότητας του ατόμου να αντεπεξέλθει στις προκλήσεις της ασθένειας, του τραυματισμού ή της αναπηρίας. Διαφορετικοί παράγοντες είναι σημαντικοί για διαφορετικά άτομα.

Στην έρευνα που έκαναν οι Tsai et al. (2015) διαπίστωσαν σημαντική διακύμανση στην ικανοποίηση των ασθενών σε νοσοκομεία των ΗΠΑ που εκτελούν σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις. Τα αποτελέσματά δεν συνεπάγονται αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της εμπειρίας του ασθενούς και της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης. Ωστόσο η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται τόσο με την ποιότητα όσο και την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής περίθαλψης, με

μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών σε νοσοκομεία που έχουν υψηλότερη ποιότητα διαδικασιών, χαμηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής, χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και μικρότερη διάρκεια παραμονής.

Η ανάλυση των Lyu et al. (2013) δείχνει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν σχετίζεται με την εφαρμογή των προτυποποιημένων διαδικασιών περίθαλψης που χρησιμοποιούνται εδώ και πολύ καιρό ως δείκτες χειρουργικής ποιότητας. Οι προτυποποιημένες διαδικασίες έχουν γίνει ευρέως αποδεκτές από τους κλινικούς γιατρούς και τους χειρουργούς γιατί καταδεικνύουν σαφώς τον τρόπο με τον οποίο μπορούν οι πάροχοι υγείας να βελτιώσουν τα αποτελέσματα. Η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να προσφέρει πληροφορίες σχετικά με την ικανότητά του να παρέχει καλές υπηρεσίες σαν μέρος της εμπειρίας του ασθενή.

Λόγω της έλλειψης στοιχείων σχετικά με τη σχέση μεταξύ της εμπειρίας των ασθενών και του απώτερου στόχου της βελτίωσης των αποτελεσμάτων των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση, η χρήση της εμπειρίας των ασθενών ως μέτρου ποιότητας στο VBP ήταν αμφιλεγόμενη. Οι επικριτές υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες "θυρωρού" και όχι στην ποιότητα της πραγματικής κλινικής περίθαλψης που παρέχεται, επίσης ότι τα μέτρα επικεντρώνονται σε ξεχωριστά χαρακτηριστικά της κλινικής περίθαλψης που μπορεί να αναφέρει μόνο ο ασθενής. Αυτή η ένταση μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη χειρουργική περίθαλψη, όπου η ενδοεγχειρητική τεχνική ικανότητα του χειρουργού - που δεν συλλαμβάνεται από έρευνες για την εμπειρία του ασθενούς - μπορεί να έχει βαθιές επιπτώσεις στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα μετά από μια μείζονα διαδικασία. Αν οι εθνικές προσπάθειες για την προώθηση της εμπειρίας των ασθενών τιμωρούν τα καλύτερα νοσοκομεία, δηλαδή εκείνα με τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και επιπλοκών, επειδή τα ιδρύματα αυτά δεν είναι τόσο επικεντρωμένα στην εμπειρία των ασθενών, η πολιτική θα μπορούσε να έχει δυνητικά επιζήμιες επιπτώσεις στη χειρουργική φροντίδα (Tsai et al., 2015).

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε στην Αγγλία, σε νοσοκομεία και κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναφορικά με την σχέση που υπάρχει μεταξύ της εμπειρίας του ασθενή και της κλινικής ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, υποδεικνύεται η ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της εμπειρίας του ασθενή, της ασφάλειάς του και της κλινικής αποτελεσματικότητας (Doyle et al., 2013)

Η ικανοποίηση του ασθενή σχετίζεται επίσης με την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε έρευνα που έγινε στην Κίνα, τα νοσοκομεία που είχαν καλύτερο εργασιακό περιβάλλον και υψηλότερη, αξιολογούμενη από την νοσηλεύτρια, βαθμολογία σχετικά με την ασφάλεια είχαν χαμηλά ποσοστά εξάντλησης του προσωπικού, δυσαρέσκειας από την εργασία και αναφορές για χαμηλής ποιότητας περίθαλψη. Είχαν επίσης υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης του ασθενή, συγκεκριμένα οι ασθενείς βαθμολογούσαν το νοσοκομείο με υψηλό βαθμό, εμφανίζονταν ικανοποιημένοι από την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό και ήταν πρόθυμοι να προτείνουν το νοσοκομείο (You et al., 2013).

Η επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα υγείας αποτελεί μια σχετικά παραμελημένη διάσταση της ποιότητας φροντίδας υγείας. Το επίπεδο της αξιολογείται χρησιμοποιώντας μετρήσεις της εμπειρίας του ασθενή και αυτές οι μετρήσεις χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για να καταγράψουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Groene et al., 2015).

2.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ / ΔΙΑΔΙΓΜΑΤΑ

Τα ευρήματα σε επίπεδο νοσοκομείων σχετικά με την εμπειρία των ασθενών όσον αφορά την υγειονομική φροντίδα αναφέρονται όλο και περισσότερο δημοσίως.

Οι Orindi et al. (2017) εντοπίζοντας μια κρίσιμη πτυχή που δεν έχει εξεταστεί, αυτήν της συνάφειας των σύνθετων μετρήσεων της εμπειρίας των ασθενών σε διάφορες ομάδες ασθενών, μονάδες νοσηλείας, νοσοκομεία και χώρες, κάνουν μια μελέτη σε 186 νοσοκομεία, σε 824 νοσηλευτικές μονάδες, σε 7 ευρωπαϊκές χώρες. Στην έρευνα που έκαναν οι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει διακύμανση στις μετρήσεις της εμπειρίας σε ασθενείς με διαφορετική άποψη για την αυτό-αντίληψη της υγείας τους και σε νοσηλευτικές μονάδες με διαφορετικές ειδικότητες. Ωστόσο υπήρξε σοβαρή ένδειξη για διακύμανση των μετρήσεων σε ασθενείς από διαφορετικές χώρες.

Σε ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα στις Η.Π.Α., η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με τη μικρότερη παρουσία τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν την συνιστώμενη αγωγή, αλλά με περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο, με συνολικά υψηλότερη υγειονομική περίθαλψη και δαπάνες για συνταγογραφούμενα φάρμακα αλλά και αυξημένη θνησιμότητα (Fenton et al., 2012).

Οι Groene et al. (2015) έκαναν μια έρευνα πολλών επιπέδων συγκεντρώνοντας μετρήσεις από ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα νοσοκομείων επτά ευρωπαϊκών χωρών. Αποτελεί την μεγαλύτερη έρευνα που αξιολογεί την περίπλοκη σχέση μεταξύ διαχείρισης ποιότητας, στρατηγικών και εμπειρίας του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν την έλλειψη ή την ευρεία διακύμανση θεσμοθέτησης συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, στρατηγικών συμμετοχής του ασθενή στη διαχείριση ποιότητας ή στρατηγικών βελτίωσης της ασθενοκεντρικής παροχής υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία.

Στην έρευνά τους οι Kennedy et al. (2014) που αφορά την συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενή και της επιθυμητής έκβασης, συνέλεξαν στοιχεία από 171 νοσοκομεία. Οι παράγοντες που σχετίζονταν με την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών ήταν τα μεγάλα νοσοκομεία, με μεγάλο όγκο χειρουργείων και χαμηλή θνησιμότητα. Η συμμόρφωση με τις καθορισμένες διαδικασίες και τους δείκτες ασφάλειας των ασθενών όπως και η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο δεν σχετιζόταν με την γενική ικανοποίηση. Η παρουσία επιπλοκών ή ο αυξημένος ρυθμός επανεισαγωγών στο νοσοκομείο δεν φάνηκε να επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή. Γενικότερο συμπέρασμα αποτελεί το γεγονός ότι παράγοντες εκτός των χειρουργικών αποτελεσμάτων φαίνεται να επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ασθενών για τη φροντίδα τους.

Η έρευνα των Zgierska et al. (2014) οδήγησε σε αποτελέσματα που υποδηλώνουν ότι η χρήση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών σε όλο το σύστημα υγείας μπορεί να οδηγήσει σε δυσαρέσκεια και ακατάλληλη ιατρική φροντίδα κάποιους γιατρούς. Τα αποτελέσματα αυτά αφορούν κυρίως την ευρεία και προοδευτική χρήση των αξιολογήσεων, που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών, ως αναπόσπαστο κομμάτι της αξιολόγησης της ποιότητας της περίθαλψης. Απαιτείται λοιπόν μια πιο αυστηρή αξιολόγηση της χρήσης αυτών των ερευνών και σύνδεση των δεδομένων που προκύπτουν από αυτές με άλλες μεταβλητές όπως η αποζημίωση του γιατρού, η διατήρηση θέσεων εργασίας ή η προώθηση θέσεων εργασίας.

Προκειμένου να εξεταστούν οι επιπτώσεις που έχει η εργασιακή εξουθένωση των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών οι Anagnostopoulos et al. (2012) πραγματοποίησαν μια έρευνα στην Δυτική Ελλάδα. Η εργασιακή εξουθένωση έχει τρεις διαστάσεις: α) συναισθηματική εξάντληση, στην οποία οι υπερβολικές απαιτήσεις της εργασίας μειώνουν την ενέργεια του ατόμου και

τους συναισθηματικούς και φυσικούς πόρους, β) αποπροσωποποίηση (κυνισμός), στην οποία το άτομο αποσύρεται και αποσυνδέεται από τη δουλειά και γ) αισθήματα αναποτελεσματικότητας, όπου το άτομο αντιλαμβάνεται τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα και την έλλειψη παραγωγικότητας στην εργασία. Στην έρευνά τους απέδειξαν εμπειρικά ότι η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση των ιατρών σχετίζονται αρνητικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Η εργασιακή εξουθένωση του γιατρού, αποτελεί έναν παράγοντα που επηρεάζει σημαντικά το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από την επίσκεψή τους στον γιατρό. Η ανάλυση έδειξε ότι, σε σύγκριση με ασθενείς που εξετάστηκαν από γιατρούς με υψηλή εξουθένωση, οι ασθενείς των οποίων οι γιατροί εμφάνιζαν χαμηλά ποσοστά εξουθένωσης είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης.

Σε έρευνα που έγινε στην Φλάνδρα από το 2011 έως το 2015, δόθηκε έμφαση στην προετοιμασία για την παραμονή στο νοσοκομείο, στην ασφάλεια και την ενημέρωση του ασθενή. Οι βαθμολογίες που προέκυψαν ενισχύουν την υπόθεση που αφορά την σύνδεση των εμπειριών των ασθενών με κίνητρα που αποσκοπούν στην ενθάρρυνση της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η φλαμανδική κυβέρνηση ανέπτυξε έναν ειδικό ιστότοπο προκειμένου να κοινοποιήσει τα ευρήματα και η ομοσπονδιακή κυβέρνηση εξετάζει επί του παρόντος τις εμπειρίες των ασθενών ώστε να εκπονήσει ένα σύστημα πληρωμής για ποιότητα (pay-for-quality) (Bruyneel et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο νέος νόμος για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) (νόμος 4486/2017) της δίνει τον ακόλουθο ορισμό:

«Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής.»

Καθορίζει επίσης ότι *« Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.»*

Ένας άλλος ορισμός που δίνεται στο εγχειρίδιο Εθνική στρατηγική υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020 είναι ότι η ΠΦΥ

«αφορά ένα ευρύ πλαίσιο δράσεων ολιστικής προσέγγισης στην φροντίδα, από την προαγωγή και την πρόληψη, έως την θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανένταξη».

Η διάκριση μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης βρίσκεται στο ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αφορά τις πολιτικές υγείας και τα υγειονομικά συστήματα που δημιουργούν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εφαρμόζεται η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι βασικές λειτουργίες των συστημάτων υγείας αφορούν την καθολική οικονομική πρόσβαση, την δίκαιη κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες, την χαμηλή ή καθόλου οικονομική συμμετοχή των ασθενών και την πληρότητα των υπηρεσιών. Οι βασικές λειτουργίες της περίθαλψης είναι η πρώτη επαφή και χρήση, η επικεντρωμένη στον άνθρωπο φροντίδα, η πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ο συντονισμός τους μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών (Starfield, 2012).

3.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Δημοπούλου (2016) θεωρεί ότι δεν υφίσταται ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα, καθώς από τους τρεις βασικούς πυλώνες της, εφαρμόζεται μόνο ο δεύτερος αυτός της

διάγνωσης, περίθαλψης και θεραπείας. Συγκεκριμένα η ΠΦΥ ασχολείται με την διάγνωση, την πρώτη αντιμετώπιση, την θεραπεία ή την παραπομπή σε ανώτερη βαθμίδα και την συνταγογράφηση, ενώ δεν ασχολείται σχεδόν καθόλου με την πρόληψη και την προάσπιση της υγείας αλλά ούτε και με την παρακολούθηση και αποκατάσταση του ασθενή.

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα υπολείπεται των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Από το 1983 έως σήμερα πολλοί νόμοι έχουν ψηφιστεί στην προσπάθεια των εκάστοτε κυβερνήσεων ώστε λειτουργήσει αποτελεσματικά η ΠΦΥ.

Το 1983 ψηφίζεται ο νόμος 1397 με τον οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η ΠΦΥ, με τα κέντρα υγείας. Με τον νόμο 2071/1992 τα κέντρα υγείας αποδεδεσμεύονται από τα νοσοκομεία και εντάσσονται διοικητικά και οικονομικά στις νομαρχίες. Το 1994 με τον νόμο 2194 επανεντάσσονται στα νοσοκομεία χωρίς την δυνατότητα αυτόνομου προϋπολογισμού. Με τον νόμο 2519 του 1997 δημιουργούνται τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με κύρια σημεία τα περιφερειακά ιατρεία και τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών. Το 2001 με τον νόμο 2889 γίνεται η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ και η χώρα μοιράζεται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες. Ο νόμος 4238 του 2014 φέρνει τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού και την ίδρυση Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) (Τατσιώνη και συν., 2015).

Ως σημαντικότερα προβλήματα, που οδηγούν σε αδυναμία αποτελεσματικής εξυπηρέτησης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού της Ελλάδας, αναφέρονται ο κατακερματισμός της ΠΦΥ από τους Γιανασμίδη και Τσιαούση (2012), αλλά και η απουσία μιας πύλης εισόδου στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, από τους Πετμεζίδου και συν. (2015).

Επίσης σημαντικά προβλήματα αποτελούν:

- Η έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα, καθώς οι πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας δεν είναι διασυνδεδεμένες με τις δευτεροβάθμιες αλλά ούτε και μεταξύ τους, ενώ δεν υπάρχει ηλεκτρονικός φάκελος υγείας σε εθνικό επίπεδο που να είναι προσβάσιμος από οποιαδήποτε μονάδα υγείας
- Η έλλειψη εφαρμογής διαγνωστικών, θεραπευτικών και νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, με αποτέλεσμα την ανομοιογένεια στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών

- Η δυσκολία στην ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών με αποτέλεσμα να μην έχουν αναπτυχθεί τηλεματικές ή άλλες εφαρμογές
- Η έλλειψη επάρκειας ανθρώπινου δυναμικού καθώς είναι γνωστές οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης τα περισσότερα Περιφερειακά Ιατρεία, όπου παρέχεται ο μεγαλύτερος όγκος ΠΦΥ στην επαρχία, δεν είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς αλλά με γιατρούς χωρίς ειδικότητα υποχρεωτικής θητείας. Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στηρίζεται στην προσωπική πρωτοβουλία και δεν υπάρχουν μέθοδοι υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού.
- Η έλλειψη αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012)

Στο εγχειρίδιο Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020, αποτυπώνεται η κατάσταση της ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα. Αναφέρεται ότι η παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας βασίζεται κυρίως στα νοσοκομεία με εξειδικευμένη φροντίδα (Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία) και σε έναν μεγάλο και αρρύθμιστο ιδιωτικό τομέα. Η απουσία της ΠΦΥ οδηγεί σε υπερκατανάλωση που προκαλείται από την προκλητή ζήτηση. Αναφέρεται επίσης ότι το ποσοστό των γενικών γιατρών είναι το χαμηλότερο μεταξύ των 17 χωρών της Ε.Ε., με εξαίρεση την Πολωνία. Η υπο-επένδυση στην ΠΦΥ επηρεάζει την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, αλλά και την ποιότητα της θεραπείας, την ικανοποίηση των ασθενών και την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας.

3.1.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΠΦΥ ΔΙΕΘΝΩΣ

Η διάκριση στα μοντέλα οργάνωσης της ΠΦΥ μπορεί να γίνει με βάση το σύστημα παραπομπών ή το σύστημα της σχέσης εργασίας των γιατρών ή ακόμα και με βάση τον τρόπο αμοιβής τους. Υπάρχει το σύστημα ΠΦΥ όπου η επίσκεψη στον γενικό γιατρό είναι απαραίτητη για την είσοδο του ασθενή στο σύστημα υγείας και την παραπομπή του σε ειδικό γιατρό (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο). Υπάρχει επίσης και αυτό, όπου δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα επιλογής ειδικού γιατρού αν και παρέχονται οικονομικά κίνητρα στους ασθενείς για να επιλέξουν τον γενικό γιατρό. Ως προς την σχέση εργασίας χωρίζονται σε αυτά που στηρίζονται σε συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς και σε αυτά όπου η παροχή ΠΦΥ γίνεται σε δημόσιες δομές. Ως προς τον τρόπο αμοιβής υπάρχουν τρία μοντέλα. Υπάρχει η αμοιβή ανά επίσκεψη ή ιατρική

πράξη, η αμοιβή κατά κεφαλή ανάλογα δηλαδή με τον αριθμό των ασθενών και το μεικτό σύστημα (Τσίμτσιου, 2016).

Ηνωμένο βασίλειο

Το μοντέλο του βρετανικού συστήματος υγείας αποτελεί τον πιο γνωστό εκπρόσωπο δημόσιων εθνικών συστημάτων υγείας και υπήρξε πρότυπο για την ανάπτυξη υγειονομικών συστημάτων σε πολλές χώρες. Χαρακτηρίζεται από δομές δημόσιου χαρακτήρα και η χρηματοδότησή του γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Την δεκαετία του '90 στο σύστημα εισάγονται οι οικογενειακοί γιατροί. Από το 1997 αρχίζει να υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα (Τατσιώνη και συν., 2015).

Η ΠΦΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο στηρίζεται στον θεσμό του γενικού γιατρού όπου αποτελούν την πύλη εισόδου των ασθενών τους σε άλλες βαθμίδες περίθαλψης. Είναι ιδιώτες γιατροί οι οποίοι είναι διαθέσιμοι όλο το 24ωρο (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

Γαλλία

Η ΠΦΥ στην Γαλλία παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι αποζημιώνονται ανά διαδικασία και ανάλογα με την απόδοση (pay-for-performance) ενώ τους δίνεται μόνους 40 ευρώ τον χρόνο ανά ασθενή με χρόνια πάθηση, ενώ γίνονται περιφερειακές συμφωνίες για τους έμμισθους γενικούς γιατρούς. Δεν απαιτείται η εγγραφή σε γενικό γιατρό αλλά οι περισσότεροι πολίτες εγγράφονται εθελοντικά. Η ΠΦΥ δεν αποτελεί πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας αλλά δίνονται αντικίνητρα για απευθείας πρόσβαση σε ειδικό γιατρό, όπως υψηλότερες χρεώσεις για επισκέψεις και συνταγές φάρμακων αν δεν υπάρχει παραπομπή από τον γιατρό στον οποίο είναι εγγεγραμμένοι οι ασθενείς (Mossialos et al., 2016).

Σουηδία

Στην Σουηδία το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας είναι καλά ανεπτυγμένο και αποτελεί την πύλη εισόδου οποιουδήποτε ασθενή στο σύστημα υγείας της χώρας. Ο ρόλος του γενικού γιατρού δεν φαίνεται να έχει αποδώσει όσο έπρεπε, καθώς ο ρόλος των νοσοκομείων παραμένει ακόμα σημαντικός (Τατσιώνη και συν., 2015).

Οι γενικοί γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς τους σε ειδικούς γιατρούς στα νοσοκομεία με ραντεβού που κλείνουν οι ίδιοι. Σε περίπτωση που ο ασθενής κλείσει μόνος του ραντεβού ο χρόνος αναμονής του είναι μεγαλύτερος. Από τον Νοέμβριο του 2005 έχει εισαχθεί ο κανόνας «0-7-90-90», που σημαίνει μηδενική καθυστέρηση,

ραντεβού με τον γενικό γιατρό μέσα σε 7 ημέρες, ραντεβού σε ειδικό γιατρό μέσα σε 90 μέρες και μικρότερη των 90 ημερών αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012. Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Δανία

Στην Δανία η ΠΦΥ παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς όπου η αποζημίωσή τους είναι κατά περίπου 70% ανά διαδικασία (fee-for-service FFS) και κατά 30% ανά ραντεβού (capitation payment). Η εγγραφή σε γενικό γιατρό απαιτείται για το 98% του πληθυσμού και η ΠΦΥ αποτελεί την πύλη εισόδου των ασθενών για τα άλλα επίπεδα περίθαλψης (Mossialos et al., 2016).

Ολλανδία

Στην Ολλανδία η παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πολύ διαδεδομένη. Η ΠΦΥ παρέχεται από γενικούς γιατρούς οι οποίοι αποτελούν την πύλη εισόδου των ασθενών στο σύστημα υγείας. Οι ασφαλισμένοι μόνο με παραπεμπτικό του γενικού γιατρού που επιλέγουν ελεύθερα μπορούν να επισκεφτούν ειδικό της προτίμησής τους (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Ιταλία

Στην Ιταλία η ΠΦΥ παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι αποζημιώνονται ανά ασθενή, ανά διαδικασία και περιορισμένα ανάλογα με την απόδοση. Απαιτείται η εγγραφή των πολιτών σε γενικό γιατρό και η επίσκεψη σε αυτόν αποτελεί προϋπόθεση για την είσοδο των ασθενών στο σύστημα υγείας (Mossialos et al., 2016).

Καναδάς

Το σύστημα υγείας του Καναδά είναι παρόμοιο με αυτό του Ηνωμένου Βασιλείου. Ο Καναδάς είναι από τις πρώτες χώρες που ανέπτυξαν σύστημα ΠΦΥ, η οποία παρέχεται κυρίως από γενικούς γιατρούς που εργάζονται στο δημόσιο. Η κάθε μια από τις 12 περιφέρειες έχει δικό της πρόγραμμα υγείας και δική της μέθοδο τιμολόγησης. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από την φορολογία των πολιτών. Ένα πολύ μικρό ποσοστό προέρχεται από την ιδιωτική ασφάλιση και τους εργοδότες και αφορά κυρίως πρόσθετες παροχές (Τατσιώνη και συν., 2015).

ΗΠΑ

Το αμερικανικό σύστημα υγείας ανήκει στο φιλελεύθερο μοντέλο και οι πάροχοι υγείας είναι στην πλειοψηφία τους ιδιωτικοί φορείς. Υπάρχει περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τις πολιτείες ανάλογα με το κατά κεφαλήν

εισόδημα. Στην ΠΦΥ περιλαμβάνονται οικογενειακοί γιατροί που αποτελούν την πρώτη γραμμή φροντίδας (Τατσιώνη και συν., 2015).

3.2 ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ – ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

Οι χώρες με ισχυρή γενική πρωτοβάθμια περίθαλψη μοιράζονται ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως η υπεροχή των γενικών γιατρών ως βασικό σημείο παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων και των ακόλουθων καθηκόντων:

- Να αποτελούν το κύριο σημείο εισόδου στο υπόλοιπο σύστημα υγείας. Για τον λόγο αυτό η πλειοψηφία των κρατών έχει αναπτύξει εθνικές πολιτικές προκειμένου να εξασφαλιστεί η γεωγραφική και οικονομική πρόσβαση σε γενικούς γιατρούς. Αυτός ο ρόλος της περίθαλψης πρώτης επαφής μπορεί μερικές φορές να μοιράζεται με νοσηλευτές (για παράδειγμα στην Φιλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο) σαν μια συμπληρωματική πολιτική για την ενίσχυση της προσβασιμότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Να αναλάβουν ρόλο ιατρικής υπεράσπισης για μεμονωμένους ασθενείς: σε όλες τις χώρες, ασχολούνται με την παρακολούθηση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη και τις επακόλουθες ενέργειες, αν και εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες διαφορές μεταξύ των χωρών
- Να συντονίζουν την περίθαλψη των ασθενών, τόσο εντός όσο και εκτός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Kringos et al., 2013).

Η εθνική στρατηγική της κυβέρνησης όπως αποτυπώνεται στο εγχειρίδιο Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020, υπόσχεται και δεσμεύεται για καθολική υγειονομική κάλυψη. Πρώτο άξονα για την επίτευξη αυτή αποτελεί η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που θα βασίζονται σε ένα σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ. Κεντρικός πυρήνας αυτού του άξονα είναι:

- *«Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υψηλής ποιότητας, μέσω μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας*
- *Βελτίωση της ποιότητας της εξειδικευμένης περίθαλψης εξωτερικών ασθενών και των διαγνωστικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένου του μετασχηματισμού των υφιστάμενων μονάδων ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ σε εξειδικευμένες μονάδες παραπομπής εξωτερικών ασθενών*
- *Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης»*

Η κυβέρνηση έχει προγραμματίσει πενήντα πέντε (55) δράσεις για την καθολική υγειονομική κάλυψη. Από αυτές, οι είκοσι επτά (27) αφορούν τους τρεις κεντρικούς στόχους που προαναφέρθηκαν.

Ως συσχετιζόμενες δράσεις που αφορούν τον πρώτο από τους κεντρικούς στόχους αναφέρονται επτά (7), με κυριότερες: α) την ανάπτυξη των ΤοΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας) στελεχωμένων με ομάδες επαγγελματιών οικογενειακής ιατρικής, β) χρονοδιάγραμμα για την πλήρη ανάπτυξή τους σε όλη την χώρα, γ) αναζήτηση κοινωνικής συναίνεσης για την δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών και το πλαίσιο ποιότητας και δ) την δημιουργία ενιαίου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου που θα καλύπτει όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης και θα περιλαμβάνει την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Για τον δεύτερο κεντρικό στόχο οι συσχετιζόμενες δράσεις είναι έξι (6), με κυριότερες α) την καθιέρωση κατευθυντηρίων οδηγιών για την διαχείριση των περιστατικών, β) καθορισμός πλαισίου αναφοράς για την εξειδικευμένη περίθαλψη και γ) υποχρεωτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τα στελέχη της ΠΦΥ.

Τέλος για τον τρίτο κεντρικό στόχο αναφέρονται δέκα τέσσερις (14) συσχετιζόμενες δράσεις, με κυριότερες α) την προώθηση εναλλακτικών επιλογών όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη, β) τον ανασχεδιασμό των κλινικών και διοικητικών διαδικασιών στα νοσοκομεία, γ) την δημιουργία προγράμματος για την ασφάλεια των ασθενών, δ) το σχεδιασμό για την μακροχρόνια φροντίδα υγείας και ε) την εφαρμογή κινήτρων για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της νοσοκομειακής φροντίδας.

3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ

Στο άρθρο 20 του νόμου 4486/2017 καθορίζονται οι τρόποι με τους οποίους θα γίνεται ο κοινωνικός έλεγχος των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Ένας τρόπος με τον οποίο θα επιτυγχάνεται ο κοινωνικός έλεγχος θα είναι με την διαδικασία Ακρόασης Κοινωνικών Φορέων και Πολιτών, από τον περιφερειακό συντονιστή του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.). Κατά την διάρκεια της ακρόασης θα υπάρχει η δυνατότητα παράθεσης πιθανών προβλημάτων μη εύρυθμης λειτουργίας ή κακοδιοίκησης, που έχουν εντοπιστεί από τους πολίτες. Θα δίνεται επίσης η δυνατότητα διατύπωσης προτάσεων των πολιτών για την βελτίωση της λειτουργίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Η διαδικασία της ακρόασης θα διεξάγεται το πρώτο δεκαήμερο κάθε μήνα με κανόνες δημοσιότητας και θα τηρούνται πρακτικά. Ένας άλλος τρόπος επίτευξης κοινωνικού ελέγχου θα

είναι οι έρευνες, ηλεκτρονικές ή μη με τις οποίες θα γίνεται η αξιολόγηση των υπηρεσιών που έλαβαν οι πολίτες. Κάθε πολίτης που θα προσέρχεται σε μια δημόσια μονάδα ΠΦΥ και θα κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας, θα καλείται να συμπληρώσει ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο μέσω του οποίου θα διερευνάται η ικανοποίηση του πολίτη από τις υπηρεσίες υγείας που έλαβε, θα βαθμολογείται η μονάδα ΠΦΥ και θα καταγράφονται παρατηρήσεις και προτάσεις βελτίωσης.

Σε κάθε Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας θα υπάρχουν Ομάδες Έργου οι οποίες θα είναι επιφορτισμένες με την επεξεργασία των πρακτικών από τις Ακροάσεις των Κοινωνικών Φορέων και Πολιτών και των ερωτηματολογίων. Οι Ομάδες Έργου θα πρέπει επίσης να συντάσσουν και να υποβάλουν στην Διοίκηση της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, ετήσια έκθεση αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Η έκθεση θα πρέπει να κοινοποιείται υποχρεωτικά στον Υπουργό Υγείας, μέχρι τις 31 Μαρτίου του επόμενου έτους.

3.3.1 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος «επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα» πρωτοπαρουσιάστηκε το 1988 προκειμένου να μεταφερθεί η προσοχή από την ασθένεια πίσω στον ασθενή. Ο Δρ Harvey Picker ήταν πρωτοπόρος της ακτινογραφίας και της τεχνολογίας υπερήχων. Το 1986, το μικρό οικογενειακό ίδρυμα που είχε ιδρύσει με τη σύζυγό του Jean συγχωνεύθηκε με το Ταμείο Κοινοπολιτείας. Όταν η Jean Picker νοσηλεύτηκε με απειλητική για τη ζωή της κατάσταση, οι Pickers ανακάλυψαν ότι το ιατρικό επάγγελμα, παρά την εντυπωσιακή τεχνολογία και εμπειρογνομοσύνη, δεν μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στις ανησυχίες των ασθενών. Για να αποκατασταθεί αυτή η αποτυχία, οι Pickers ξεκίνησαν το Πρόγραμμα Κοινοπολιτείας / Picker, για τη φροντίδα που εστιάζεται στους ασθενείς. Ήταν ένας ερευνητικός οργανισμός που προσπαθούσε να προσδιορίσει τους παράγοντες που είναι οι πιο σημαντικοί για τους ασθενείς και αν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ανταποκρίνονται επαρκώς στις προτιμήσεις των ασθενών (Kohler).

Μετά από επτά (7) χρόνια ερευνών το Πρόγραμμα καθόρισε τις διαστάσεις της περίθαλψης που είναι πιο σημαντικές για τους ασθενείς: α) οι προτιμήσεις τους να γίνονται σεβαστές, β) να υπάρχει συντονισμός της περίθαλψης, γ) οι ασθενείς να πληροφορούνται και να εκπαιδεύονται σχετικά με την κατάστασή τους, δ) να υπάρχει

φυσική άνεση, ε) να δέχονται συναισθηματική υποστήριξη, στ) να δίνεται υποστήριξη στην οικογένεια και τους φίλους τους και τέλος ζ) να υπάρχει συνέχεια στην περίθαλψη και μετάβαση στην κανονική ζωή (Kohler).

Δεδομένου ότι ο όρος δημιουργήθηκε το 1988, πολύς λόγος και πολλές έρευνες έγιναν σχετικά με την επικεντρωμένη στον ασθενή περίθαλψη. Εν τούτοις ο ρόλος του ασθενή παρέμεινε υποταγμένος στο σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας και χωρίς ενεργό συμμετοχή. Στην συνέχεια σκέψεις και έρευνες αναγνώρισαν την σημασία και την ανάγκη να εμπλακούν οι ασθενείς στην υγειονομική φροντίδα και να ενθαρρυνθούν για την περαιτέρω ενεργή συμμετοχή τους στην φροντίδα τους. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή παρέχει φροντίδα που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες των ασθενών και διασφαλίζει ότι οι αξίες των ασθενών καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις (Richards and Goldin, 2015).

Η ενεργοποίηση του ασθενή είναι η προθυμία και η ικανότητα του να αναλάβει ανεξάρτητες δράσεις για τη διαχείριση της υγείας και της περίθαλψης του. Ο ρόλος του ιατρού στην ενεργοποίηση του ασθενή είναι να του παρέχει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αύξηση της εμπιστοσύνης του στο να διαχειρίζεται την υγειονομική του φροντίδα και να κατανοεί τον κεντρικό του ρόλο σε αυτή την φροντίδα (Hibbard and Greene, 2013).

Η εμπλοκή του ασθενή είναι ένας ευρύς όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για να αυξηθεί η ενεργοποίηση του ασθενή. Η εμπλοκή βελτιστοποιείται όταν η σχέση του ασθενή και του παρόχου υγείας είναι μια συνεργασία στην οποία η πρόοδος γίνεται μέσω αμοιβαία καθορισμένων στόχων (Hibbard et al., 2013).

Η Επιτροπή Προστασίας του καταναλωτή και Ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών Υγείας στην Αμερική αναγνωρίζει την επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα ως έναν από τους έξι (6) σημαντικούς στόχους για την βελτίωση κάθε συστήματος υγείας. Γενικότερα η παροχή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, ασθενοκεντρική, έγκαιρη, αποδοτική και ισότιμη (Richards and Goldin, 2015).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, WHO (2008), η εστιασμένη στον άνθρωπο ΠΦΥ θα πρέπει να

- εστιάζει στις ανάγκες υγείας

- στηρίζεται στην διαρκή προσωπική σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου υγείας
- παρέχει φροντίδα που να είναι περιεκτική, συνεχής και ανθρωποκεντρική
- είναι υπεύθυνη για την υγεία όλων στην κοινότητα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, και υπεύθυνη για την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων κακής υγείας
- επιτρέπει στους ανθρώπους να είναι εταίροι στη διαχείρισή της υγείας τους και της υγείας της κοινότητάς τους

Ως ασθενοκεντρική φροντίδα στην υγεία ορίζεται η παροχή φροντίδας που είναι σύμφωνη με τις αξίες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών και επιτυγχάνεται όταν οι κλινικοί γιατροί εμπλέκουν τους ασθενείς σε συζητήσεις και αποφάσεις για την υγειονομική τους περίθαλψη. Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όλες οι προσεγγίσεις, για τη φροντίδα που βασίζεται στον ασθενή, ενσωματώνουν στρατηγικές για την επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας και σχέσης, μεταξύ γιατρού και ασθενή, και προαγωγής της υγείας. Αυτά είναι τα βασικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν την ασθενοκεντρική φροντίδα. Ενώ η εμπειρική βιβλιογραφία σχετικά με συγκεκριμένα πλαίσια και μοντέλα με επίκεντρο τον ασθενή ήταν περιορισμένη, πολλά εμπειρικά στοιχεία προέκυψαν για την πιο σταθερά καθορισμένη συνιστώσα της περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή, την επικοινωνία. (Constand et al., 2014).

Όταν οι άνθρωποι είναι άρρωστοι δεν ενδιαφέρονται για διαχειριστικές εκτιμήσεις του τύπου παραγωγικότητα, σχέση κόστους οφέλους, αποτελεσματικότητα κλπ, αλλά μόνο για το πρόβλημα της υγείας τους. Κάθε άτομο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο όπως και τα προβλήματα της υγείας του, μέσα στις ιδιαίτερες συνθήκες της ζωής του. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας θα πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν αυτήν την μοναδικότητα του κάθε ασθενή. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση δεν βοηθά μόνο στην αντιμετώπιση του άγχους του ασθενή αλλά αυξάνει και την ικανοποίηση του παρόχου υγείας, για το έργο που επιτελεί. Ένα πρόβλημα υγείας είναι πιο πιθανό να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά αν ο πάροχος υγείας κατανοήσει όλες του τις διαστάσεις (WHO, 2008).

Σκοπός του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας, όπως αποτυπώνεται στο εγχειρίδιο Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020, είναι να αντικατασταθεί το σημερινό ιατροκεντρικό σύστημα περίθαλψης από ένα σύστημα

που στο επίκεντρό του θα βρίσκεται ο ασθενής. Έτσι χρησιμοποιεί μια καινοτομία που εισάγεται πρώτη φορά στο σύστημα υγείας και αυτή είναι η τομεοποίηση. Σύμφωνα με το σκεπτικό της τομεοποίησης καθορίζεται ένας πληθυσμός για τον οποίο είναι υπεύθυνο ένα τοπικό δίκτυο υγειονομικής περίθαλψης. Αποδίδεται δηλαδή ρητή ευθύνη στους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, που απαρτίζουν το τοπικό δίκτυο, για την παροχή ολοκληρωμένης, συνεχούς και προσωποκεντρικής φροντίδας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Έτσι εμφανίζεται μια άλλη καινοτομία: η λογοδοσία, όχι για κάποια συγκεκριμένη εργασία, αλλά για την περίθαλψη που παρέχεται σε έναν πληθυσμό.

Ένα σύνολο ρυθμίσεων είναι ζωτικής σημασίας για τον μετασχηματισμό της συμβατικής περίθαλψης σε ανθρωποκεντρική περίθαλψη, σύμφωνα με την ΠΟΥ:

- Τα κέντρα ΠΦΥ θα πρέπει να φέρνουν την φροντίδα κοντά στους ανθρώπους με την εγγύτητά τους και την απ' ευθείας σχέση τους με την κοινότητα, μετατοπίζοντας το σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας από τα νοσοκομεία και τους ειδικούς στα, κοντά στους ασθενείς, κέντρα γενικευμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Η απόδοση ευθύνης στους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό στην ολότητά του, τους αρρώστους και τους υγιείς, αυτούς που επιλέγουν να συμβουλευτούν τις υπηρεσίες αλλά και αυτούς που δεν το επιλέγουν.
- Η ενίσχυση του ρόλου των φορέων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως συντονιστών των εισροών για τα άλλα επίπεδα φροντίδα δίνοντάς τους διοικητική εξουσία και αγοραστική δύναμη (WHO, 2008).

3.4 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

Την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης στον τομέα της ΠΦΥ αναγνώρισε ο Πρωθυπουργός στον χαιρετισμό που απεύθυνε στη Διημερίδα Διαλόγου «Μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Υπουργείου Υγείας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σε ένα κομμάτι της ομιλίας του αναφέρει:

«Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στερείται συνέχειας και ολοκληρωμένης φροντίδας, θέτει στο επίκεντρο του συστήματος το νοσοκομείο, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός συστήματος υγείας που βασίζεται σχεδόν κατά αποκλειστικότητα στη δευτεροβάθμια, εξειδικευμένη νοσοκομειακή περίθαλψη, δίνοντας ελάχιστο βάρος στην

πρόληψη. Στη χώρα μας, ακόμη και για την πιο άμεση επαφή με την απλή, ιατρική συμβουλή και το πρώτο κτύωμα των παιδιών μας, των ηλικιωμένων, των νέων μας, πηγαίνουμε στο νοσοκομείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερφόρτωση ενός ήδη επιβαρυσμένου συστήματος, την υπερφόρτωση και επιβάρυνση ενός συστήματος, που ήδη λειτουργεί στα λειτουργικά του όρια με αδυναμίες πολλές σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και αυτό διογκώνει τα ήδη συσσωρευμένα προβλήματα στον χώρο της Υγείας.» (<https://primeminister.gr/2016/05/09/14779>)

Είναι γνωστό ότι εντός ορισμένων ορίων, ούτε ο πλούτος μιας χώρας, ούτε ο συνολικός αριθμός του υγειονομικού προσωπικού σχετίζεται με τα επίπεδα υγείας. Αυτό που μετράει είναι η ύπαρξη βασικών χαρακτηριστικών της πολιτικής για την υγεία και συγκεκριμένα την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

- η καθολική χρηματοοικονομική κάλυψη στο πλαίσιο του κυβερνητικού ελέγχου ή ρυθμίσεων,
- η προσπάθεια δίκαιης κατανομής των πόρων,
- η πληρότητα των υπηρεσιών και
- οι χαμηλές ή καθόλου αποζημιώσεις για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Όλα αυτά, σε συνδυασμό, παράγουν καλύτερη πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρέχουν δηλαδή μεγαλύτερη πρόσβαση και χρήση πρώτης επαφής, περισσότερη φροντίδα σε σχέση με τον άνθρωπο με την πάροδο του χρόνου, μεγαλύτερη εμβέλεια των διαθέσιμων και παρεχόμενων υπηρεσιών, όταν χρειάζεται, και συντονισμό της περίθαλψης.

Οι εγκρίσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (με τη μορφή των εκθέσεων της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Παράγοντες της Υγείας και την Παγκόσμια Έκθεση για την Υγεία του 2008, καθώς και ένας αριθμός άλλων διεθνών επιτροπών), αντικατοπτρίζουν την ευρεία αποδοχή της σπουδαιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη μπορεί τώρα να μετρηθεί και να αξιολογηθεί. Όλες οι καινοτομίες και οι βελτιώσεις σε αυτήν θα πρέπει να εξυπηρετούν τα βασικά της χαρακτηριστικά προκειμένου να είναι χρήσιμη (Starfield, 2012).

Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί η ΠΦΥ και να αποτελέσει την πύλη εισόδου στις υπόλοιπες βαθμίδες. Δεν μπορεί να συνεχιστεί η παρουσία ασθενών με συνάχι στα

επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων. Αυξάνονται υπέρμετρα οι χρόνοι αναμονής και καθυστερεί η παροχή βοήθειας σε σοβαρότερα περιστατικά.

Θα πρέπει επιτέλους να εφαρμοστεί στην ουσία και όχι στα χαρτιά ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την κίνηση των ασθενών του μέσα στο σύστημα υγείας.

Η λειτουργία των δομών της ΠΦΥ θα πρέπει να είναι 24ωρη και η επίσκεψη στον οικογενειακό γιατρό απαραίτητη για την είσοδο του ασθενή στο σύστημα υγείας μέσω ηλεκτρονικού παραπεμπτικού.

Σύμφωνα με το Πόρισμα της ομάδας εργασίας για την ΠΦΥ, αυτή θα πρέπει να είναι ενιαία και συντονισμένη, ολοκληρωμένη και συνεχής, δημόσια και κοινωνικά ελεγχόμενη. Οι στόχοι της θα πρέπει να καθορίζονται με βάση τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών και θα πρέπει να είναι μετρίσιμοι. Δείκτες διαδικασιών και όχι εκβάσεων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη της. Απαραίτητη κρίνεται η εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας σε εθνικό επίπεδο.

Η ισχυρή ΠΦΥ παράγει καλύτερα αποτελέσματα (εκβάσεις) υγείας με χαμηλότερο κόστος. Με την προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας η υγεία του πληθυσμού μπορεί να βελτιωθεί. Ωστόσο αυτό δεν μπορεί να γίνει αυτόματα. Απαιτούνται οι κατάλληλες συνθήκες στην πράξη προκειμένου οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αναλάβουν την ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού που έχουν υπό την φροντίδα τους (EFPC, 2017).

Σε έρευνα που έκαναν οι Akhavan and Tillgren (2015) στην Σουηδία σχετικά με την ισότητα στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι ασθενείς εξέφρασαν την άποψη ότι η επίτευξη μιας πιο δίκαιης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη απαιτεί τα εξής: πρόσβαση σε διερμηνείς, εάν είναι απαραίτητο, συνέχεια (δηλαδή να είναι σε θέση να συναντήσει τον ίδιο γιατρό σε διαφορετικές περιπτώσεις), περισσότερο χρόνο για ενημέρωση, καλύτερη προσβασιμότητα, όσον αφορά περισσότερες ώρες λειτουργίας και τρόπους επικοινωνίας με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Εξέφρασαν επίσης την άποψη ότι η οργάνωση της περίθαλψης θα πρέπει να διευρύνει την προοπτική της, και να συμβαδίζει με την ποικιλομορφία και τις διαφορές στην κοινότητα. Είναι ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης που πρέπει να προσαρμοστεί στους πελάτες / ασθενείς και όχι το αντίστροφο.

Η επίτευξη υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί βασική προτεραιότητα σε όλες σχεδόν τις χώρες του ΟΟΣΑ, δεδομένης της αυξανόμενης

εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, εξιτηρίων από τα νοσοκομεία σε συντομότερο χρόνο και αυξανόμενων προσδοκιών του κοινού για απρόσκοπτη, συντονισμένη περίθαλψη.

Τα περισσότερα συστήματα υγείας έχουν αναπτύξει ένα «πρωτοβάθμιο επίπεδο» περίθαλψης των οποίων οι λειτουργίες περιλαμβάνουν τη διαχείριση παθήσεων που δεν αποτελούν άμεση απειλή για τη ζωή και την υποστήριξη του ασθενή μέχρι να αποφασιστεί πότε είναι απαραίτητη η παραπομπή του σε νοσοκομειακές υπηρεσίες. Οι κυβερνήσεις τονίζουν όλο και περισσότερο τη σημασία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως εναλλακτική λύση στην ακριβή νοσοκομειακή περίθαλψη και αναζητούν τρόπους μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας του τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Έτσι στο έργο HCQI (Health Care Quality Indicators) προστέθηκαν δείκτες ποιότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (OECD, 2015). Στην μετα-σύνθεση των ποιοτικών αποτελεσμάτων 48 πρωτογενών ερευνών που έκαναν οι Daker-White et al. (2015) τα ευρήματα τους υπογραμμίζουν τον ανθρώπινο παράγοντα σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το κλειδί για την ασφάλεια των ασθενών έγκειται στην αποτελεσματική επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο μεταξύ ασθενών και υγειονομικού προσωπικού ή μεταξύ του διαφορετικού προσωπικού που εμπλέκεται στη φροντίδα ενός συγκεκριμένου ασθενή. Τα ηλεκτρονικά συστήματα μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια όταν θέτουν σε δεύτερη μοίρα την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες οι κατευθυντήριες γραμμές ή τα πρωτόκολλα χρησιμοποιούνται για να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Η κάθε χώρα οφείλει να αναπτύσσει το μοντέλο της ΠΦΥ που της ταιριάζει και ικανοποιεί τις ανάγκες των πολιτών της. Επίσης αυτό θα πρέπει να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται στις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες (Τσίμτσιου, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4.1 Σκοπός και Στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση, αξιολόγηση και η αποτύπωση των εμπειριών των χρηστών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Κέντρα Υγείας - Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων) της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Ο προσδιορισμός όλων εκείνων των παραγόντων οι οποίοι μέσω της εμπειρίας των ασθενών – χρηστών επηρεάζουν και διαμορφώνουν εν τέλει την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες
2. Η ανάδειξη της σχέσης μεταξύ των εμπειριών και της ποιότητας των δημοσίων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας ώστε να επιτευχθεί ο προσδιορισμός των περιοχών που χρήζουν άμεσης βελτίωσης, ενόψει μάλιστα των επικείμενων μεταρρυθμίσεων στην ΠΦΥ στην Ελλάδα.
3. Η διερεύνηση σημαντικών ενδείξεων απαραίτητων για τη σύνθεση ολοκληρωμένης εικόνας της υγειονομικής περίθαλψης όπως: καλή επικοινωνία μεταξύ παρόχων και ασθενών, συμμόρφωση ασθενών σε ιατρικές συμβουλές, καλύτερα κλινικά αποτελέσματα κ.α.

4.2 Πληθυσμός

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελεί δείγμα ευκολίας και αφορούσε χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, κηδεμόνες/γονείς ανηλίκων χρηστών των υπηρεσιών ή συνοδούς χρηστών των υπηρεσιών, ηλικίας ≥ 18 ετών, όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων και επιπέδων εκπαίδευσης, οι οποίοι είχαν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και σχετικά καλή κατάσταση υγείας, που τους επέτρεπε να λάβουν μέρος στην έρευνα. Συγκεκριμένα στην έρευνα έλαβαν μέρος ασθενείς –χρήστες υπηρεσιών υγείας που επισκέφτηκαν τα Κέντρα Υγείας ή και τα Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων της 5^{ης} ΥΠΕ. Οι δομές υγείας που έλαβε χώρα η έρευνα ήταν το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, το Κέντρο Υγείας Ιστιαίας, το Κέντρο Υγείας Μαντουδίου, το Κέντρο Υγείας Ψαχνών και το Κέντρο Υγείας Σχηματαρίου. Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από τη Διοίκηση της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας (η συγκεκριμένη άδεια επισυνάπτεται στο Παράρτημα 1).

4.3 Ερωτηματολόγιο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο (2) δομημένα ερωτηματολόγια με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις, (το ένα απευθυνόταν στους χρήστες των Κέντρων Υγείας ενώ το δεύτερο στους χρήστες των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), αποτελούμενα από πέντε ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων, η δεύτερη αφορά την χρήση των υπηρεσιών υγείας, η τρίτη αφορά ερωτήσεις περί ικανοποίησης από το κέντρο υγείας ή τα Τακτικά εξωτερικά ιατρεία ενώ η τέταρτη εμπεριέχει ερωτήσεις που αφορούν την επισήμανση των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας. Τέλος η πέμπτη ενότητα ασχολείται με ανοικτού τύπου ερωτήσεις (ποιοτική μέθοδος - κωδικοποίηση απαντήσεων) όπου οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποτυπώσουν ελεύθερα την δική τους απάντηση. Με τον τρόπο αυτό επιχειρείται η ανάδειξη-αποτύπωση των εμπειριών, των προσδοκιών αλλά και των συναισθημάτων των ερωτηθέντων όπως οι ίδιοι τα αντιλαμβάνονται (το πλήρες ανάπτυγμα των ερωτηματολογίων επισυνάπτεται στο Παράρτημα). Για τη χρήση των αντίστοιχων ερωτηματολογίων ζητήθηκε άδεια από την αναπληρώτρια καθηγήτρια του ΕΚΠΑ κα Δάφνη Καϊτελίδου, η οποία είναι συντονίστρια της ομάδας εμπειρογνομόνων που ανέπτυξαν τα εν λόγω ερωτηματολόγια με την υποστήριξη του Περιφερειακού Γραφείου της Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας. Εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας υπάρχει η πρόθεση καθιέρωσης των εν λόγω ερωτηματολογίων ως «εργαλείων» περιοδικής αξιολόγησης των δημοσίων υπηρεσιών ΠΦΥ ενόψει μάλιστα και των επικείμενων μεταρρυθμίσεων στην ΠΦΥ στη χώρα μας (η εν λόγω άδεια επισυνάπτεται στο Παράρτημα 1). Η διερεύνηση της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τεστ αξιοπιστίας (test- retest) από τους δημιουργούς του.

4.4 Συλλογή Δεδομένων

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε την περίοδο Αυγούστου - Σεπτεμβρίου 2017 σε 302 ασθενείς- χρήστες πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Τα άτομα ενημερώνονταν με γραπτό και προφορικό τρόπο για τους σκοπούς της έρευνας και τους τρόπους διασφάλισης της ανωνυμίας τους. Εφόσον συμφωνούσαν να λάβουν μέρος (πληροφορημένη συγκατάθεση) συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο οι ίδιοι και το επέστρεφαν σε κλειστό φάκελο. Εναλλακτικά, εφόσον το επιθυμούσαν οι ίδιοι λόγω δυσκολιών (π.χ προβλημάτων όρασης κ.α) μέσω προσωπικής

συνέντευξης από την ίδια την ερευνήτρια. Ο συγκεκριμένος τρόπος συλλογής των δεδομένων παρότι επίπονος και χρονοβόρος προτιμήθηκε προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη ανταπόκριση και πληρότητα/ορθότητα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Από τα 380 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν απαντήθηκαν πλήρως, επεστράφησαν και συμπεριελήφθησαν στην έρευνα τα 302 (ποσοστό ανταπόκρισης 81,31%)

4.5 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η βαθμολογία ικανοποίησης, η βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και η βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε συγγενείς/φίλους. Η αύξηση των βαθμολογιών σημαίνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη μονάδα υγείας. Η βαθμολογία ικανοποίησης προκύπτει από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την μονάδα υγείας που επισκέφτηκαν.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient), ενώ μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση,

παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

4.6 Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη έχει μερικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς που πρέπει να γίνουν κατανοητοί κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελεί δείγμα ευκολίας που συντελεί στην επίσπευση της διαδικασίας συλλογής δεδομένων. Ως εκ τούτου ο μελετώμενος πληθυσμός δεν είναι αντιπροσωπευτικός του συνόλου του πληθυσμού στην 5^η ΥΠΕ. Επιπλέον, η φύση της παρούσας έρευνας απαιτούσε οι ασθενείς να μπορούν να διαβάζουν στα ελληνικά και ως εκ τούτου η μελέτη δεν είναι αντιπροσωπευτική των ασθενών εκείνων που δεν μπορούν να διαβάσουν και ειδικότερα των ατόμων με αναπηρία ή εκείνων των οποίων η μητρική γλώσσα δεν είναι η ελληνική. Επιπρόσθετα, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων πιθανόν να εμφανίζουν περιορισμούς όσον αφορά την εγκυρότητα, εξαιτίας της επιθυμίας τους να παρουσιάσουν πληροφορίες που αντικατοπτρίζουν τη συνολική τους εμπειρία από το σύστημα υγείας, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαφοροποίηση των ευρημάτων. Επιπρόσθετα, ενδέχεται, να μην δόθηκε η δέουσα βαρύτητα και προσοχή από τους συμμετέχοντες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λόγω πίεσης χρόνου και επιθυμίας για άμεση αποχώρηση από την μονάδα μετά το πέρας της υπόθεσής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

5.1.1. Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε **302** άτομα. Εξ αυτών τα **152** άτομα επισκέφτηκαν γενικούς ιατρούς /παθολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας των Κέντρων Υγείας Ιστιαίας (n=26), Μαντουδίου (n=38), Σχηματαρίου (n=44) και Ψαχνών (n=44) και **150** επισκέφτηκαν ιατρούς ειδικότητας και άλλους επαγγελματίες υγείας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου Χαλκίδας.

Στον **Πίνακα 5.1** παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων για τα Κέντρα Υγείας ήταν 55,1 έτη, το 48,7% ήταν άνδρες και η πλειονότητα ήταν ελληνικής εθνικότητας (97,4%). Το 22,4% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού, το 15,1% ήταν απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης, το 16,4% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 12,5% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και το 28,3% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης (98,7%) ενώ το 3,3% είχαν ιδιωτική ασφάλιση.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων για τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου της Χαλκίδος ήταν 54,7 έτη, το 60% ήταν γυναίκες και η πλειονότητα ήταν ελληνικής εθνικότητας (95,3%). Το 28% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 21,3% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και το 18 ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης (97,3%) ενώ το 2,7% ήταν ανασφάλιστοι..

Πίνακας 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

Χαρακτηριστικό	Κ.Υγείας		Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	
	N	%	N	%
Φύλο				
Γυναίκες	78	51,3	90	60
Άνδρες	74	48,7	60	40
Ηλικία	55,1 ^α	16,5 ^β	54,7 ^α	16,1 ^β
Εθνικότητα				
Ελληνική	148	97,4	143	95,3
Αλβανική	2	1,3	5	3,3
Χώρες της Ευρώπης	2	1,3	0	0,0
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	8	5,3	5	3,3
Απόφοιτος-η Δημοτικού	43	28,3	32	21,3
Απόφοιτος-η Γυμνασίου	19	12,5	27	18
Απόφοιτος-η Λυκείου	25	16,4	42	28
Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)	23	15,1	17	11,3
Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού	34	22,4	27	18
Ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης				
Όχι	2	1,3	4	2,7
Ναι	150	98,7	146	97,3
Ιδιωτική ασφάλιση				
Όχι	147	96,7	147	98
Ναι	5	3,3	3	2
Ανασφάλιστος-η				
Όχι	152	100,0	146	97,3
Ναι	0	0,0	4	2,7
Αναπηρία άνω του 67%				

Όχι	141	92,8	143	95,3
Ναι	11	7,2	7	4,7

^α Μέση τιμή

^β Τυπική απόκλιση

Στον **Πίνακα 5.2** παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού όπου μεταξύ των χρηστών των Κ.Υ το 42,1% δήλωσε ότι έπασχε από κάποιο χρόνια νόσημα. Τα συχνότερα νοσήματα ήταν καρδιαγγειακά νοσήματα (21,1%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (12,5%). Το 67,8% αυτο-εκτίμησε την κατάσταση της υγείας τους καλή έως εξαιρετική.

Μεταξύ των χρηστών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου Χαλκίδας, το 41,3% δήλωσε ότι έπασχε από κάποιο χρόνια νόσημα. Τα συχνότερα νοσήματα ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (19,3%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (10,7%) ενώ το 77,3% αυτοεκτίμησε την κατάσταση της υγείας του καλή έως εξαιρετική.

Πίνακας 5.2 Κλινικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

Χαρακτηριστικό	Κ.ΥΓΕΙΑΣ		ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	
	N	%	N	%
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας				
Εξαιρετική	29	19,1	23	15,3
Πολύ καλή	29	19,1	37	24,7
Καλή	45	29,6	56	37,3
Μέτρια	45	29,6	31	20,7
Κακή	4	2,6	3	2
Χρόνιο νόσημα				
Κανένα	88	57,9	87	58
Ένα	49	32,2	41	27,3
Δύο	10	6,6	21	14
>2	5	3,3	1	0,7
Άγνοια	0	0,0		
Καρδιαγγειακό νόσημα				
Όχι	120	78,9	121	80,7
Ναι	32	21,1	29	19,3
Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος				
Όχι	145	95,4	141	94
Ναι	7	4,6	9	6
Αυτοάνοσο νόσημα				
Όχι	146	96,1	137	91,3
Ναι	6	3,9	13	8,7

Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος				
Όχι	142	93,4	141	94
Ναι	10	6,6	9	6
Καρκίνος				
Όχι	150	98,7	149	99,3
Ναι	2	1,3	1	0,7
Σακχαρώδης διαβήτης				
Όχι	133	87,5	134	89,3
Ναι	19	12,5	16	10,7
Νεφρική νόσος				
Όχι	149	98,0	150	100
Ναι	3	2,0	0	0
Άλλο				
Όχι	142	93,4	142	94,6
Ναι	10	6,6	8	5,4

5.1.2. Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Στους Πίνακες 5.3 και 5.4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίσκεψή τους στα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι επισκέφτηκαν το Κέντρο Υγείας 2 - 4 φορές τους τελευταίους 6 μήνες (42,7%) και το 88,8% επισκέφτηκε το Κέντρο Υγείας χωρίς παραπομπή (με δική του πρωτοβουλία). Οι περισσότεροι επισκέφτηκαν γενικό γιατρό (79,6%) και ένα μικρό ποσοστό μαιευτή/μαία (9,2%). Οι συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων (53,3%), η ασθένεια/αδιαθεσία (23,7%), η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) (17,8%) και παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις (16,4%).

Όσον αφορά τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου Χαλκίδας, οι περισσότεροι επισκέφτηκαν την μονάδα υγείας 1- 4 φορές τους τελευταίους 6 μήνες (72%). Οι συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης ήταν η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) (66,7%) και η ασθένεια/αδιαθεσία (23,3%).

Πίνακας 5.3 Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίσκεψή τους στα Κέντρα Υγείας και στα Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου

Χαρακτηριστικό	Κ.Υγείας		Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	
	N	%	N	%
Αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 6 μήνες				
Καμία	16	10,7	19	12,7
Μια	39	26,0	42	28
2 έως 4 φορές	64	42,7	66	44
>4 φορές	31	20,7	23	15,3
Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι	0	0,0	0	0,0
Τρόπος επίσκεψης στα Κέντρα Υγείας/Εξωτερικά Ιατρεία				
Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)	13 5	88,8	87	58
Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)	17	11,2	63	42
Επαφή με				
Γενικό γιατρό	12 1	79,6	0	0,0
Παθολόγο	5	3,3	18	12
Παιδίατρο	7	4,6	9	6
Ακτινολόγο	7	4,6	1	0,7
Μικροβιολόγο	7	4,6	2	1,3
Καρδιολόγο	0	0,0	13	8,7
Δερματολόγο	0	0,0	0	0,0
Ωτορινολαρυγγολόγο	2	1,3	8	5,3
Οφθαλμίατρο	0	0,0	48	32
Πνευμονολόγο	0	0,0	12	8
Ψυχίατρο	0	0,0	0	0,0
Ενδοκρινολόγο	0	0,0	0	0,0
Διαιτολόγο	0	0,0	0	0,0
Οδοντίατρο	2	1,3	8	5,3
Νοσηλεύτη/-τρια	2	1,3	0	0,0
Επισκέπτη/-τρια υγείας	1	0,7	0	0
Μαιευτή/Μαία	14	9,2	1	0,7
Φυσιοθεραπευτή/-τρια	0	0,0	0	0,0
Εργοθεραπευτή/-τρια	0	0,0	0	0,0

Λογοθεραπευτή/-τρια	0	0,0	0	0,0
Κοινωνικό/-η λειτουργό	0	0,0	0	0,0
Ψυχολόγο	0	0,0	0	0,0
Χειρουργός	0	0,0	11	7,3
Ρευματολόγος	0	0,0	0	0,0
Ουρολόγος	0	0,0	9	6
Ορθοπαιδικός	0	0,0	15	10
Νεφρολόγος	0	0,0	1	0,7
Αιτία επίσκεψης				
Ασθένεια/αδιαθεσία	36	23,7	35	23,3
Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)	27	17,8	100	66,7
Συνταγογράφηση φαρμάκων	81	53,3	11	7,3
Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις	25	16,4	3	2
Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	2	1,3	0	0,0
Ιατρικός έλεγχος (τσεκάπ) σε ημέρα εφημερίας	0	0,0	0	0,0
Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση	8	5,3	4	2,7
Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)	3	2,0	0	0,0
Άλλο	0	0,0	5	3,3

Σχεδόν ένας στους τρεις συμμετέχοντες έκλεισαν ραντεβού για την επίσκεψη (30,3%) στο Κ.Υ, με συχνότερη επιλογή την τηλεφωνική επικοινωνία με τη Γραμματεία (78,3%).

Το 30,4% των συμμετεχόντων χρειάστηκαν λιγότερο από μια εβδομάδα από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη, το 21,7% χρειάστηκαν μια ημέρα και το 41,3% χρειάστηκαν μια εβδομάδα έως έναν μήνα.¹⁰

¹⁰ Από το σύνολο των συμμετεχόντων στα Κ.Υ, το ποσοστό αυτό αφορά τους ασθενείς που έκλεισαν ραντεβού στο Κ.Υ.Σχηματαρίου, καθώς παρατηρήθηκε ότι μόνο στην εν λόγω μονάδα τηρείται η διαδικασία διευθέτησης ραντεβού.

Ο χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών και από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό ήταν συνήθως μέχρι 15 λεπτά (98,7% και 53,9%, αντίστοιχα).

Το 21,1% των συμμετεχόντων παραπέμφθηκαν σε άλλο γιατρό ή υπηρεσία υγείας και η πλειοψηφία τους (80,6%) δήλωσαν ότι η πληροφόρηση/καθοδήγηση από τον γιατρό ήταν επαρκής. Το 10,5% είχε επαφή με νοσηλεύτη ή άλλο επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με γιατρό.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στα ΤΕΙ έκλεισαν ραντεβού για την επίσκεψη (69,3%), με συχνότερες επιλογές τηλεφωνικά στο 1535 (77,9%), απευθείας με τον γιατρό (12,5%) και με επίσκεψη στη Γραμματεία (7,7%).

Το 49% των συμμετεχόντων χρειάστηκε από μια εβδομάδα έως έναν μήνα από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη και το 22,1% χρειάστηκε περισσότερο από έναν μήνα.

Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή της άφιξης μέχρι την επαφή με το γιατρό δεν ξεπερνούσε συνήθως τη μισή ώρα (52,6%).

Το 11,3% των συμμετεχόντων παραπέμφθηκαν σε άλλο γιατρό ή υπηρεσία υγείας και η πλειοψηφία τους (93,4%) δήλωσαν ότι η πληροφόρηση/καθοδήγηση από το γιατρό ήταν επαρκής.

Πίνακας 5.4 Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίσκεψή τους στα Κέντρα Υγείας και στα Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου

Χαρακτηριστικό	Κ.Υγείας		Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	
	N	%	N	%
Ραντεβού για την επίσκεψη				
Όχι	106	69,7	46	30,7
Ναι	46	30,3	104	69,3
Προγραμματισμός ραντεβού				
Με επίσκεψη στη Γραμματεία	8	17,4	8	7,7
Τηλεφωνικά στη Γραμματεία	36	78,3	0	0,0
Απευθείας με τον-την γιατρό	2	4,3	13	12,5
Τηλεφωνικά στο 1535	0	0,0	81	77,9
Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το προγραμμάτισε	0	0,0	2	1,9
Ημέρες από τον				

προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι τη σημερινή επίσκεψη				
Αυθημερόν	3	6,5	7	6,7
Μια ημέρα	10	21,7	2	1,9
Λιγότερο από μια εβδομάδα	14	30,4	19	18,3
Μια εβδομάδα έως έναν μήνα	19	41,3	51	49,0
Περισσότερο από ένα μήνα	0	0,0	23	22,1
Χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών				
Μέχρι 15 λεπτά	150	98,7	148	98,7
Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	1	0,7	1	0,7
Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	1	0,7	1	0,7
Χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό				
Μέχρι 15 λεπτά	82	53,9	41	27,3
Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα	41	27,0	38	25,3
Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα	21	13,8	29	19,3
Περισσότερο από μια ώρα	8	5,3	42	28,0
Παραπομπή				
Καμία	120	78,9	133	88,7
Σε νοσοκομείο	2	1,3	2	1,3
Για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	15	9,9	14	9,3
Σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του Κέντρου Υγείας/εξωτερικών ιατρείων	15	9,9	1	0,7
Σε περίπτωση παραπομπής, η πληροφόρηση/καθοδήγηση από τον γιατρό ήταν επαρκής				
Διαφωνώ απόλυτα	2	6,5	0	0,0
Διαφωνώ	1	3,2	0	0,0
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	3	9,7	1	6,6
Συμφωνώ	8	25,8	7	46,7

Συμφωνώ απόλυτα	17	54,8	7	46,7
Επαφή με νοσηλεύτη ή άλλο-η επαγγελματία υγείας χωρίς επαφή με γιατρό				
Όχι	136	89,5	0	0,0
Ναι	16	10,5	0	0,0

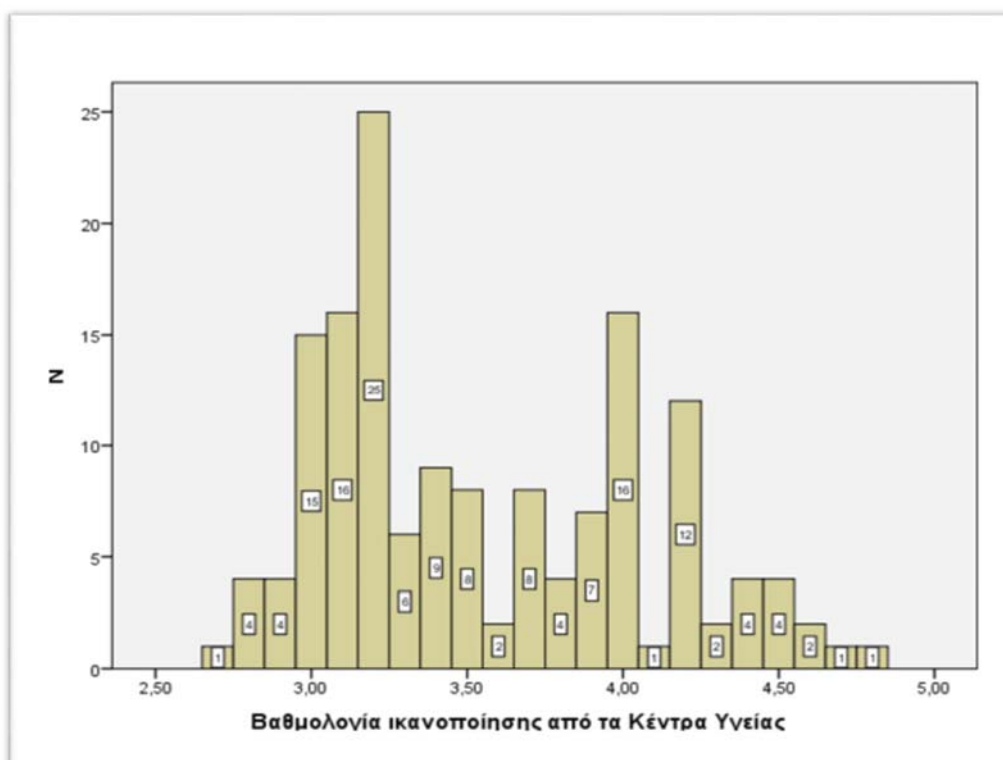
5.1.3. Ικανοποίηση από τα Κέντρα Υγείας και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Στον Πίνακα 5.5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την εμπειρία τους από τα Κέντρα Υγείας και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του πίνακα 5.5 που αφορούν τα Κ.Υ ήταν 0,88 ενώ για τις ερωτήσεις που αφορούν τα ΤΕΙ ήταν 0,70 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία.

5.1.3.1 Ικανοποίηση από τα Κέντρα Υγείας

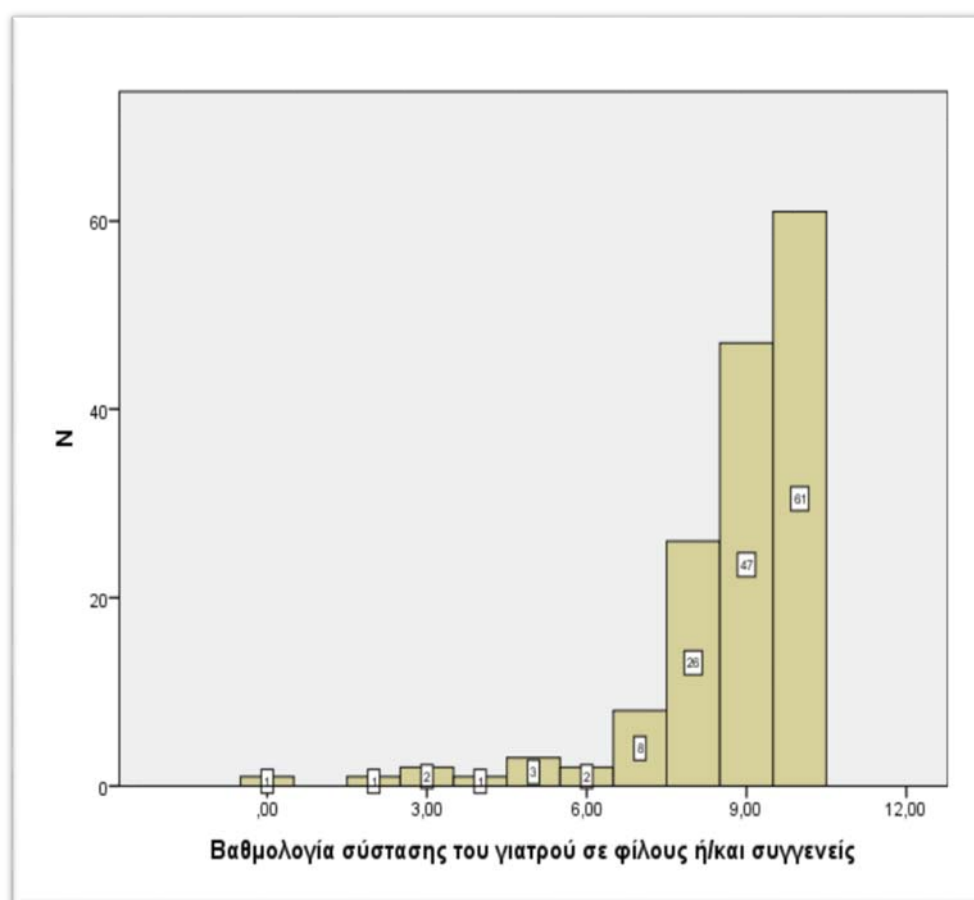
Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας ήταν 3,54 η τυπική απόκλιση ήταν 0,5 η διάμεσος ήταν 3,4 η ελάχιστη τιμή ήταν 2,7 και η μέγιστη τιμή ήταν 4,8 (Εικόνα 5.1).



Εικόνα 5.1: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας.

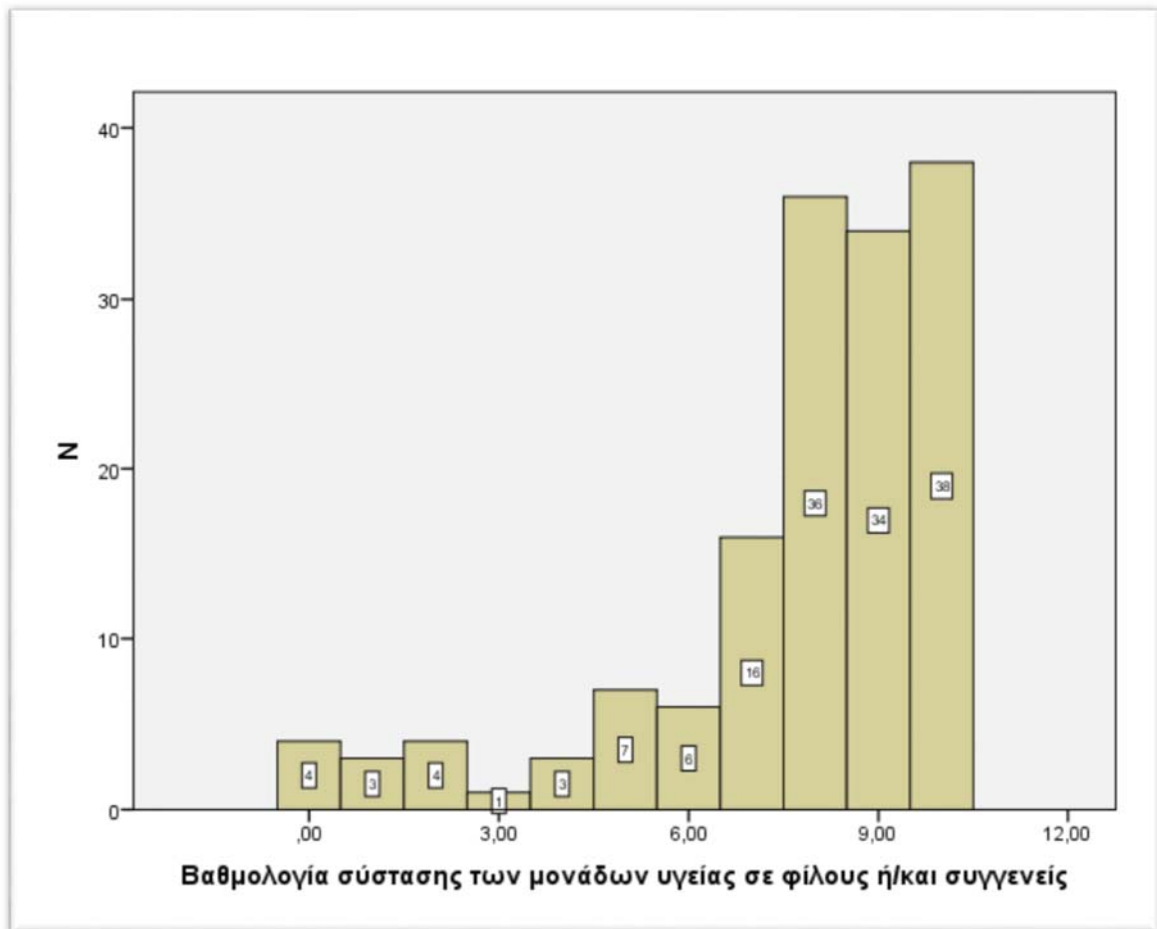
Εκτός από μία διάσταση, στις υπόλοιπες η μέση τιμή ικανοποίησης ήταν μεγαλύτερη από τη διάμεση τιμή της κλίμακας (=3,4) γεγονός που δηλώνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Η διάσταση στην οποία η ικανοποίηση ήταν χαμηλή αφορούσε τον εξοπλισμό της μονάδας υγείας.

Η μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 8,8, η τυπική απόκλιση ήταν 1,6, η διάμεσος ήταν 9, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10 (Εικόνα 5.2).



Εικόνα 5.2: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς.

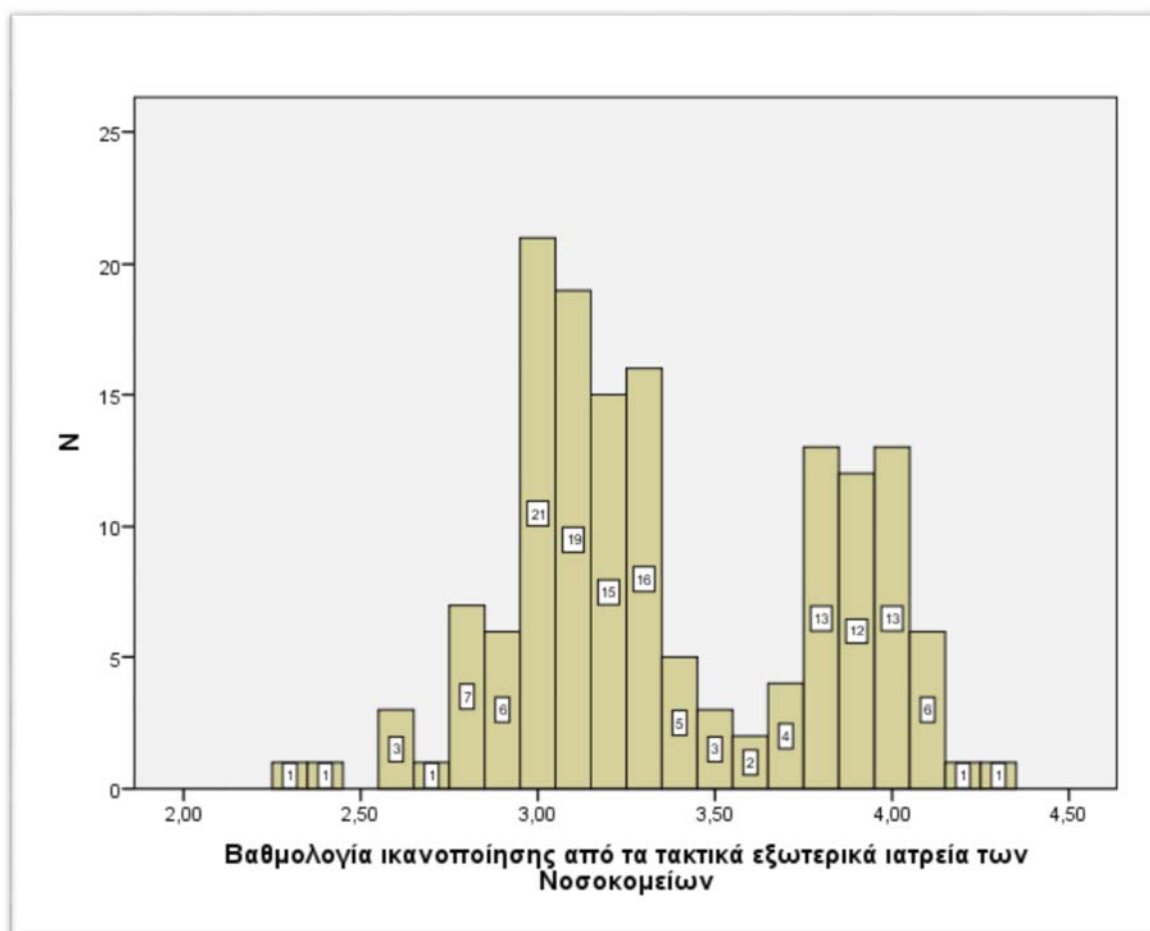
Η μέση βαθμολογία σύστασης των μονάδων υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 7,8 η τυπική απόκλιση ήταν 2,4, η διάμεσος ήταν 8, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10 (Εικόνα 5.3).



Εικόνα 5.3: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης των μονάδων υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς

5.1.3.2 Ικανοποίηση από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων ήταν 3,37 η τυπική απόκλιση ήταν 0,4 η διάμεσος ήταν 3,3 η ελάχιστη τιμή ήταν 2,3 και η μέγιστη τιμή ήταν 4,3 (Εικόνα 5.4).



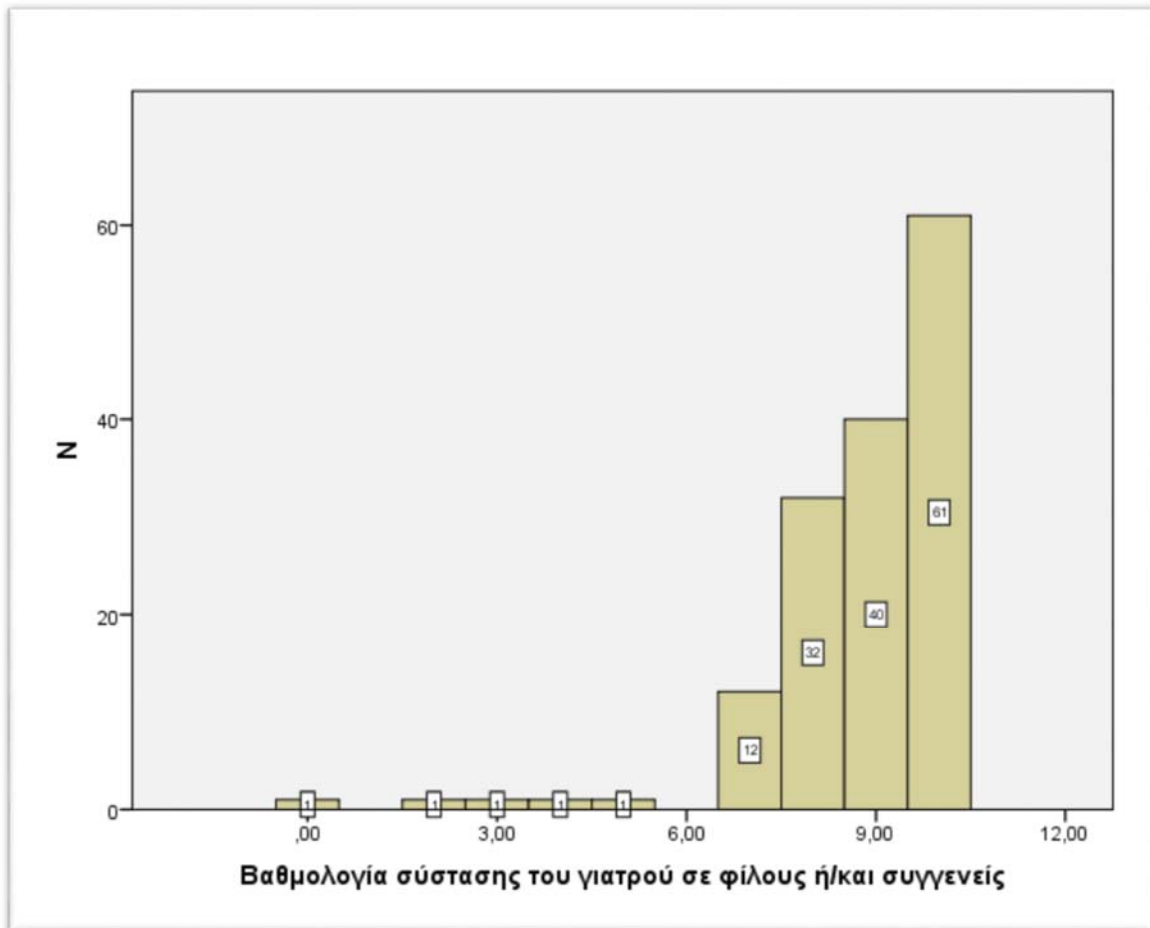
Εικόνα 5.4: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων.

Εκτός από τρεις διαστάσεις, στις υπόλοιπες η μέση τιμή ικανοποίησης ήταν μεγαλύτερη από τη διάμεση τιμή της κλίμακας (=3,3) γεγονός που δηλώνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Οι διαστάσεις στις οποίες η ικανοποίηση ήταν χαμηλή αφορούσαν τον εξοπλισμό της μονάδας υγείας, την αίθουσα αναμονής και την εγγύτητά της στο σπίτι ή/και στη δουλειά των χρηστών των υπηρεσιών της.

Σύμφωνα με τις μέσες τιμές ικανοποίησης, οι 10 διαστάσεις με την **μεγαλύτερη ικανοποίηση** ήταν οι εξής:

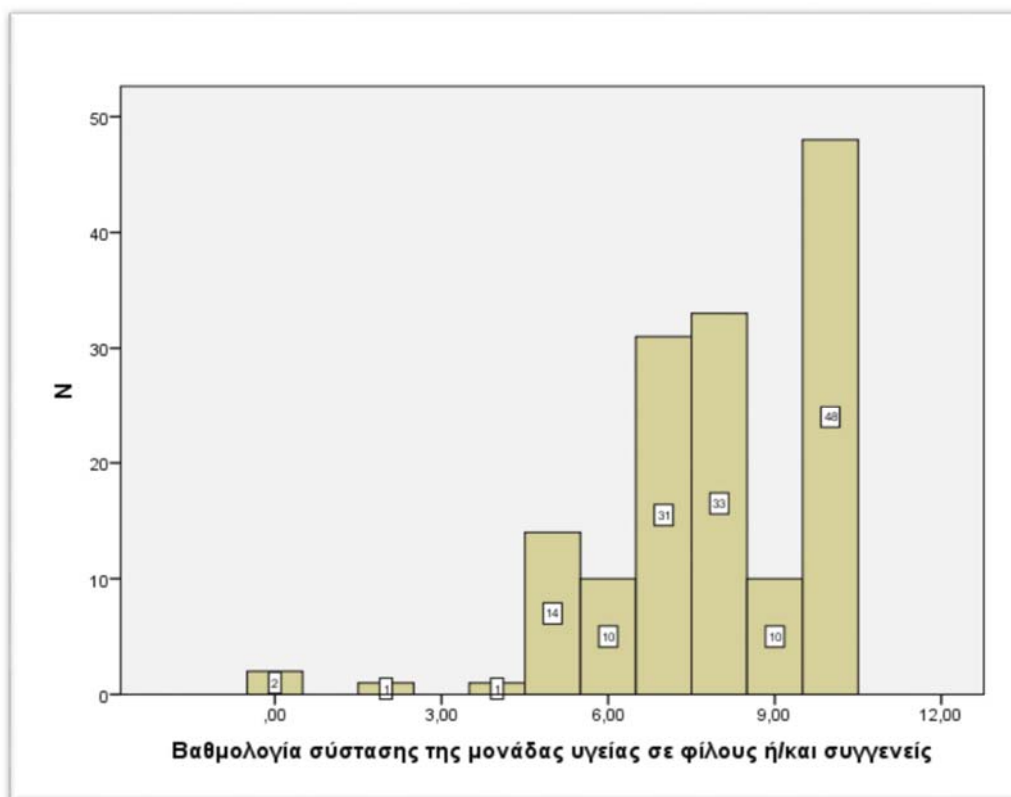
- Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές
- Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου
- Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί
- Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά
- Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά
- Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί
- Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου
- Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν
- Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά
- Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου

Για τα Τακτικά Εξωτερικά ιατρεία, η μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 8,8 η τυπική απόκλιση ήταν 1,5 η διάμεσος ήταν 9, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10 (Εικόνα 5.5).



Εικόνα 5.5: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε φίλους ή/και συγγενείς.

Η μέση βαθμολογία σύστασης των ΤΕΙ σε φίλους ή/και συγγενείς ήταν 7,9, η τυπική απόκλιση ήταν 1,9, η διάμεσος ήταν 8, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 10 (Εικόνα 5.6).



Εικόνα 5.6: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε φίλους ή/και συγγενείς.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 5.5 γίνεται συγκριτική παρουσίαση των απαντήσεων των ερωτώμενων αναφορικά με τις εμπειρίες τους από τα ΚΥ και τα ΤΕΙ του νοσοκομείου Χαλκίδας

Πίνακας 5.5. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις εμπειρίες τους από τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου.

	Κέντρα Υγείας		Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	4,0	0,75	3,7	0,67
Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	3,7	1,01	3,2	1,04
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	3,5	1,05	3,5	0,81
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	4,0	0,65	3,9	0,49
Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	4,1	0,59	4,0	0,39
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	4,0	0,66	4,0	0,36
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	4,0	0,68	3,9	0,36
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	4,1	0,64	4,0	0,41
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	4,0	0,69	3,9	0,48
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	4,3	0,59	4,1	0,61
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	4,2	0,59	4,1	0,49
Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	4,1	0,66	3,9	0,55
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	4,0	0,67	3,9	0,44

Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί	-	-	4,1	0,45
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/εξωτερικών ιατρείων	4,2	0,54	3,8	0,56
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	3,8	0,82	3,2	0,94
Οι χώροι του Κέντρου Υγείας/των Εξωτερικών Ιατρείων είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	4,1	0,59	3,8	0,61
Το/τα Κέντρο Υγείας/Εξωτερικά Ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένο/α (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	2,8	1,10	3,2	0,82
Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	4,0	0,85	3,9	0,48
Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	3,6	1,06	3,9	0,62
Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	4,1	0,91	4,2	0,50
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	4,1	0,89	4,0	0,45

*(Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται: Παράρτημα 2 Πίνακας 1 & Πίνακας 2)

5.1.4. Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας

Στον Πίνακα 5.6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από τα Κέντρα Υγείας και Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του συγκεκριμένου Νοσοκομείου.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του Πίνακα 5.6 που αφορούν τα Κέντρα Υγείας και Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ήταν 0,98 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μεγαλύτερη σημασία** που αφορούν τα Κ.Υ ήταν οι εξής:

- Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)
- Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)
- Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί
- Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν
- Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές
- Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου
- Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου
- Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας
- Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά
- Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου

Επιπλέον, σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μικρότερη σημασία** ήταν οι εξής:

- Οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου
- Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου
- Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες
- Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού
- Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί
- Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ
- Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη
- Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά
- Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης
- Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός

Αντίστοιχα για τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μεγαλύτερη σημασία** ήταν οι εξής:

- Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)
- Οι χώροι αυτού των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)
- Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης
- Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού
- Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου
- Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό
- Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας
- Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά
- Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου
- Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί

Ενώ, σύμφωνα με τις μέσες τιμές σημασίας, οι 10 διαστάσεις με την **μικρότερη σημασία** ήταν οι εξής:

- Οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου
- Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες
- Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου
- Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά
- Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά
- Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές
- Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου
- Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν
- Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει
- Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου

Πίνακας 5.6 Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη *σημασία* που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

	Κέντρα Υγείας		Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	3,6	0,63	3,5	0,54
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)	3,6	0,61	3,4	0,56
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	3,6	0,56	3,5	0,54
Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	3,7	0,55	3,6	0,48
Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	3,6	0,56	3,6	0,52
Το/τα Κέντρο Υγείας/ τακτικά εξωτερικά ιατρεία να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	3,6	0,52	3,4	0,51
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	3,6	0,58	3,6	0,49
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	3,7	0,53	3,5	0,53

Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	3,7	0,53	3,5	0,50
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	3,7	0,53	3,5	0,51
Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	3,6	0,56	3,5	0,51
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	3,7	0,52	3,5	0,50
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	3,7	0,52	3,5	0,50
Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	3,7	0,54	3,6	0,49
Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	3,7	0,53	3,5	0,51
Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	3,6	0,53	3,5	0,51
Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	3,6	0,59	3,5	0,54
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	3,6	0,60	3,5	0,50
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του/των Κέντρου Υγείας/ εξωτερικών ιατρείων	3,6	0,55	3,5	0,51
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	3,6	0,59	3,5	0,50
Οι χώροι του/των του Κέντρου Υγείας/ εξωτερικών ιατρείων να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	3,8	0,41	3,7	0,49

Το/τα Κέντρο Υγείας/ εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά εξοπλισμένο/α (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	3,8	0,42	3,7	0,47
Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά	3,7	0,51	3,4	0,51
Οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	3,6	0,70	3,3	0,67
Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές	3,7	0,49	3,5	0,51
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά	3,6	0,64	3,4	0,51

*(Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα Παράρτημα 2 Πίνακας 3 & Πίνακας 4)

5.1.5. Αποτελέσματα Ανάλυσης Συσχετίσεων

5.1.5.1 Κέντρα Υγείας

5.1.5.1.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας

Στον Πίνακα 5.7 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 5.7 Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,178^α
Γυναίκες	3,6 (0,5)	
Άνδρες	3,5 (0,5)	
Ηλικία	0,021 ^β	0,794 ^β
Εθνικότητα		0,621 ^α
Μη Ελληνική	3,7 (0,7)	
Ελληνική	3,5 (0,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,033 ^γ	0,690 ^γ
Αναπηρία άνω του 67%		0,358 ^α
Όχι	3,6 (0,5)	
Ναι	3,4 (0,4)	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας	-0,078 ^γ	0,339 ^γ
Χρόνιο νόσημα		0,714 ^α
Όχι	3,6 (0,5)	
Ναι	3,5 (0,5)	

Επίσκεψη στη μονάδα υγείας		0,079^α
Χωρίς παραπομπή	3,5 (0,5)	
Με παραπομπή	3,8 (0,5)	
Προγραμματισμένο ραντεβού		0,020^α
Όχι	3,5 (0,5)	
Ναι	3,7 (0,4)	
Χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	0,023 ^γ	0,783 ^γ
Χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό	0,040 ^γ	0,627 ^γ
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας	-0,025 ^γ	0,764 ^γ
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,421 ^γ	0,004^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας και τεσσάρων ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε

πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.8.

Πίνακας 5.8 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,156	-0,280 έως -0,030	0,015

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Ο αυξημένος (σε ημέρες) χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 10,7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα Κέντρα Υγείας.

5.1.5.1.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους

Στον πίνακα 5.9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Πίνακας 5.9 Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,455 ^α
Γυναίκες	8,7 (1,9)	
Άνδρες	8,9 (1,3)	
Ηλικία	0,112 ^β	0,169^β
Εθνικότητα		<0,001^α
Μη Ελληνική	6,0 (4,2)	
Ελληνική	8,9 (1,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,061 ^γ	0,457 ^γ
Αναπηρία άνω του 67%		0,279 ^α
Όχι	8,8 (1,5)	
Ναι	8,3 (2,6)	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας	-0,022 ^γ	0,784 ^γ
Χρόνιο νόσημα		0,865 ^α
Όχι	8,8 (1,5)	
Ναι	8,9 (1,7)	

Επίσκεψη στη μονάδα υγείας		0,396 ^α
Χωρίς παραπομπή	8,8 (1,5)	
Με παραπομπή	8,5 (2,7)	
Προγραμματισμένο ραντεβού		0,189^α
Όχι	8,7 (1,7)	
Ναι	9,1 (1,5)	
Χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	-0,125 ^γ	0,126^γ
Χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό	-0,181 ^γ	0,026^γ
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας	0,031 ^γ	0,703 ^γ
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	0,383 ^γ	0,009^γ
Βαθμολογία ικανοποίησης	0,079 ^β	0,332 ^β

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και έξι ανεξάρτητων μεταβλητών. Για το λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.10.

Πίνακας 5.10 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Προγραμματισμένο ραντεβού σε σχέση με μη προγραμματισμένο	0,629	0,280 έως 1,049	0,004
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες	-0,639	-1,210 έως -0,067	0,029
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή που ολοκληρώθηκαν οι διοικητικές διαδικασίες μέχρι την επίσκεψη στον γιατρό	-0,296	-0,590 έως -0,003	0,048

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι χρήστες των κέντρων υγείας που τα είχαν επισκεφτεί με προγραμματισμένο ραντεβού είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους σε σχέση με τους χρήστες της μονάδας υγείας που τα είχαν επισκεφτεί χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού.
- Ο αυξημένος χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.
- Ο αυξημένος χρόνος αναμονής από τη στιγμή που ολοκληρώθηκαν οι διοικητικές διαδικασίες μέχρι την επίσκεψη στον γιατρό σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 32,9% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

5.1.5.1.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους

Στον Πίνακα 5.11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Πίνακας 5.11. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σύστασης της μονάδας υγείας σε συγγενείς/φίλους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,847 ^α
Γυναίκες	7,8 (2,3)	
Άνδρες	7,7 (2,6)	
Ηλικία	0,254 ^β	0,002^β
Εθνικότητα		0,677 ^α
Μη Ελληνική	8,3 (2,1)	
Ελληνική	7,8 (2,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,237 ^γ	0,003^γ
Αναπηρία άνω του 67%		0,699 ^α
Όχι	7,8 (2,3)	
Ναι	7,4 (3,7)	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας	0,122 ^γ	0,136^γ
Χρόνιο νόσημα		0,667 ^α
Όχι	7,9 (2,3)	
Ναι	7,7 (2,4)	
Επίσκεψη στη μονάδα υγείας		0,118^α
Χωρίς παραπομπή	7,7 (2,5)	
Με παραπομπή	8,6 (2,1)	
Προγραμματισμένο ραντεβού		0,466 ^α
Όχι	7,7 (2,5)	

Ναι	8,1 (2,2)	
Χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών	0,244 ^γ	0,002^γ
Χρόνος αναμονής από την ολοκλήρωση των διοικητικών διαδικασιών μέχρι την επαφή με τον γιατρό	-0,073 ^γ	0,374 ^γ
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας	0,089 ^γ	0,279 ^γ
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,215 ^γ	0,151^γ
Βαθμολογία ικανοποίησης	1 ^β	0,006^β

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για το λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.12

Πίνακας 5.12. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,229	-0,446 έως -0,013	0,039

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 10,3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης των Κέντρων Υγείας σε συγγενείς/φίλους.

5.1.5.2. Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

5.1.5.2.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου

Στον Πίνακα 5.13 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

Πίνακας 5.13 Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,293 ^α
Γυναίκες	3,3 (0,4)	
Άνδρες	3,4 (0,5)	
Ηλικία	0,202 ^β	0,013^β
Εθνικότητα		0,924 ^α
Μη Ελληνική	3,4 (0,4)	
Ελληνική	3,4 (0,4)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,194 ^γ	0,017^γ
Ανασφάλιστος-η		0,633 ^α
Όχι	3,4 (0,4)	
Ναι	3,3 (0,3)	
Αναπηρία άνω του 67%		0,264 ^α
Όχι	3,4 (0,4)	
Ναι	3,6 (0,4)	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της	-0,093 ^γ	0,255 ^γ

υγείας		
Χρόνιο νόσημα		0,736 ^α
Όχι	3,4 (0,4)	
Ναι	3,3 (0,4)	
Προγραμματισμένο ραντεβού		0,054^α
Όχι	3,3 (0,4)	
Ναι	3,4 (0,4)	
Συχνότητα επίσκεψης στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου	-0,073 ^γ	0,377 ^γ
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι τη σημερινή επίσκεψη	-0,017 ^γ	0,864 ^γ
Χρόνος αναμονής μέχρι την επαφή με τον γιατρό	-0,044 ^γ	0,590 ^γ

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου και τριών ανεξάρτητων μεταβλητών. Για το λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.14.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,059	-0,107 έως -0,012	0,015

Πίνακας 5.14 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.

5.1.5.2.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους

Στον Πίνακα 5.15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Πίνακας 5.15 Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,631 ^α
Γυναίκες	8,8 (1,8)	
Άνδρες	8,9 (0,9)	
Ηλικία	0,261 ^β	0,001^β
Εθνικότητα		0,833 ^α
Μη Ελληνική	8,7 (1,4)	
Ελληνική	8,8 (1,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,196 ^γ	0,016^γ
Ανασφάλιστος-η		0,089^α
Όχι	8,8 (1,5)	
Ναι	9,5 (0,6)	
Αναπηρία άνω του 67%		0,309 ^α
Όχι	8,8 (1,5)	
Ναι	9,3 (1,1)	
Αυτοεκτίμηση κατάστασης της υγείας	0,218 ^γ	0,007^γ

Χρόνιο νόσημα		0,055 ^α
Όχι	8,6 (1,5)	
Ναι	9,1 (0,9)	
Προγραμματισμένο ραντεβού		0,071^α
Όχι	8,5 (1,8)	
Ναι	9,0 (1,4)	
Συχνότητα επίσκεψης στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου	0,036 ^γ	0,666 ^γ
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι τη σημερινή επίσκεψη	0,038 ^γ	0,703 ^γ
Χρόνος αναμονής μέχρι την επαφή με τον γιατρό	-0,025 ^γ	0,764 ^γ
Βαθμολογία ικανοποίησης	0,372 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.16.

Πίνακας 5.16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Αυτοεκτίμηση υγείας	0,302	0,084 έως 0,521	0,007
Προγραμματισμένο ραντεβού σε σχέση με μη προγραμματισμένο	1,335	0,826 έως 1,845	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι χρήστες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου με αυξημένη αυτοεκτίμηση υγείας κατέγραφαν μεγαλύτερη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.
- Οι χρήστες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου που τα είχαν επισκεφτεί με προγραμματισμένο ραντεβού κατέγραφαν μεγαλύτερη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους σε σχέση με τους χρήστες που τα είχαν επισκεφτεί χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 16,9% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους.

5.1.5.2.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύστασης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε συγγενείς/φίλους

Στον Πίνακα 5.17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε συγγενείς/φίλους.

Πίνακας 5.17. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε συγγενείς/φίλους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σύστασης των TEI σε συγγενείς/φίλους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,490 ^α
Γυναίκες	7,8 (2,2)	
Ανδρες	8,1 (1,5)	
Ηλικία	0,249 ^β	0,002^β
Εθνικότητα		0,291 ^α
Μη Ελληνική	7,0 (2,2)	
Ελληνική	8,0 (2,0)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,194 ^γ	0,017^γ
Ανασφάλιστος-η		0,564 ^α
Όχι	7,9 (2,0)	
Ναι	7,5 (1,3)	
Αναπηρία άνω του 67%		0,251 ^α
Όχι	7,9 (2,0)	
Ναι	8,6 (1,4)	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας	0,120 ^γ	0,145^γ

Χρόνιο νόσημα		0,141^α
Όχι	7,7 (2,0)	
Ναι	8,1 (1,6)	
Προγραμματισμένο ραντεβού		0,121^α
Όχι	7,5 (2,2)	
Ναι	8,1 (1,8)	
Συχνότητα επίσκεψης στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου	0,113 ^γ	0,167^γ
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι τη σημερινή επίσκεψη	-0,044 ^γ	0,660 ^γ
Χρόνος αναμονής μέχρι την επαφή με τον γιατρό	-0,005 ^γ	0,955 ^γ
Βαθμολογία ικανοποίησης	0,384 ^β	<0,001^β

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε συγγενείς/φίλους σε συγγενείς/φίλους και επτά ανεξάρτητων μεταβλητών. Για το λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.18.

Πίνακας 5.18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε συγγενείς/φίλους

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,022	0,003 έως 0,040	0,021
Συχνότητα επίσκεψης στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου τους τελευταίους 6 μήνες	1,552	0,878 έως 2,226	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- ❖ Η αυξημένη ηλικία σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε συγγενείς/φίλους.
- ❖ Η αυξημένη συχνότητα επίσκεψης στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου τους τελευταίους έξι μήνες σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 16,7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε συγγενείς/φίλους.

5.2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Στον Πίνακα 5.19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στον τύπο της μονάδας υγείας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών, κλινικών χαρακτηριστικών, χαρακτηριστικών χρήσης υπηρεσιών υγείας, βαθμολογίας ικανοποίησης, βαθμολογίας σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και βαθμολογίας σύστασης της μονάδας υγείας σε συγγενείς/φίλους.

Πίνακας 5.19. Σύγκριση Κέντρων Υγείας και ΤΕΙ Νοσοκομείου.

Χαρακτηριστικό	ΚΥ	ΤΕΙ Νοσοκομείου	Τιμή p
Φύλο			0,129 ^α
Γυναίκες	78 (51,3)	90 (60,0)	
Άνδρες	74 (48,7)	60 (40,0)	
Ηλικία^β	55,1 (16,5)	54,7 (16,1)	0,810 ^γ
Εθνικότητα			0,345 ^α
Μη Ελληνική	4 (2,6)	7 (4,7)	
Ελληνική	148 (97,4)	143 (95,3)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,926 ^δ
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	8 (5,3)	5 (3,3)	
Απόφοιτος-η Δημοτικού	43 (28,3)	32 (21,3)	
Απόφοιτος-η Γυμνασίου	19 (12,5)	27 (18,0)	
Απόφοιτος-η Λυκείου	25 (16,4)	42 (28,0)	
Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)	23 (15,1)	17 (11,3)	
Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού	34 (22,4)	27 (18,0)	
Αναπηρία άνω του 67%			0,346 ^α

Όχι	141 (92,8)	143 (95,3)	
Ναι	11 (7,2)	7 (4,7)	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας			0,508 ^δ
Εξαιρετική	29 (19,1)	23 (15,3)	
Πολύ καλή	29 (19,1)	37 (24,7)	
Καλή	45 (29,6)	56 (37,3)	
Μέτρια	45 (29,6)	31 (20,7)	
Κακή	4 (2,6)	3 (2,0)	
Χρόνιο νόσημα			0,959 ^δ
Κανένα	88 (57,9)	87 (58,4)	
Ένα	49 (32,2)	41 (27,5)	
Δύο	10 (6,6)	21 (14,1)	
>2	5 (3,3)	0 (0,0)	
Τρόπος επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ/Νοσοκομείο			<0,001 ^α
Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)	135 (60,8)	87 (39,2)	
Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)	17 (21,2)	63 (78,8)	
Προγραμματισμένο ραντεβού			<0,001 ^α
Όχι	125 (82,2)	50 (33,3)	
Ναι	27 (17,8)	100 (66,7)	
Συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα υγείας			0,277 ^δ
Καμία	16 (45,7)	19 (54,3)	
Μια	39 (48,1)	42 (51,9)	
2 έως 4 φορές	64 (49,2)	66 (50,8)	
>4 φορές	31 (57,4)	23 (42,6)	

Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη			<0,001^δ
Αυθημερόν	3 (6,5)	7 (6,9)	
Μια ημέρα	10 (21,7)	2 (2,0)	
Λιγότερο από μια εβδομάδα	14 (30,4)	19 (18,6)	
Μια εβδομάδα έως έναν μήνα	19 (41,3)	51 (50,0)	
Περισσότερο από έναν μήνα	0 (0,0)	23 (22,5)	
Βαθμολογία ικανοποίησης^β	3,5 (0,5)	3,4 (0,4)	0,001^γ
Βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους^β	8,8 (1,6)	8,8 (1,5)	0,838 ^γ
Βαθμολογία σύστασης των Κέντρων Υγείας/ Νοσοκομείο σε συγγενείς/φίλους^β	7,8 (2,4)	7,9 (2,0)	0,610 ^γ

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

^α Έλεγχος χ^2

^β Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ Έλεγχος t

^δ Έλεγχος χ^2 για τάση

Από τα αποτελέσματα της **διμεταβλητής ανάλυσης** προκύπτει ότι:

- Οι χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί τη μονάδα υγείας χωρίς παραπομπή (με δική τους πρωτοβουλία) είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (60,8%) επισκεφτεί Κέντρο Υγείας, ενώ οι χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί τη μονάδα υγείας με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού) είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (78,8%) επισκεφτεί τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου ($p<0,001$).
- Το μεγαλύτερο ποσοστό (82,2%) των χρηστών των υπηρεσιών υγείας των Κέντρων Υγείας δεν τα είχαν επισκεφτεί με προγραμματισμένο ραντεβού, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (66,7%) των χρηστών των υπηρεσιών υγείας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου τα είχαν επισκεφτεί με προγραμματισμένο ραντεβού ($p<0,001$).

- Για το μεγαλύτερο ποσοστό (58,7%) των χρηστών των Κέντρων Υγείας οι ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης τους μέχρι την επίσκεψή τους ήταν από αυθημερόν έως μία εβδομάδα, ενώ για το μεγαλύτερο ποσοστό (72,5%) των χρηστών των υπηρεσιών υγείας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου οι ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης τους μέχρι την επίσκεψή τους ήταν από μία εβδομάδα έως και περισσότερο από έναν μήνα ($p<0,001$).
- Οι χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί Κέντρο Υγείας ανέφεραν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που είχαν επισκεφτεί τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου ($p<0,001$)

5.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

5.3.1 Απαντήσεις ανοικτού τύπου Κέντρων Υγείας

Στην ερώτηση "*Τι σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;*" οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που αφορούν τα Κέντρα Υγείας έχουν ως εξής:

- ❖ Στο Κ.Υ. Ιστιαίας: το 31% των απαντήσεων που δόθηκαν αφορούσε την ευγένεια του προσωπικού (N=8), το 23% αυτών ανέφερε την άμεση εξυπηρέτηση/μικρό χρόνο αναμονής(N=6), το 15% σχολίασε θετικά την καθαριότητα του χώρου((N=4). Να σημειωθεί πως από τα 26 άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση οι έξι (23%) ενώ 3 άτομα(11,5%) δήλωσαν πως δεν βρήκαν τίποτα το θετικό.
- ❖ Στο Κ.Υ. Μαντουδίου από τους 38 επισκέπτες που συμμετείχαν στην έρευνα το 32% (N=12) δήλωσε πως ο μικρός χρόνος αναμονής μέχρι να εξυπηρετηθούν αποτέλεσε θετικό σημείο από τη σημερινή επίσκεψη, το 21% (N=8) απάντησε ότι θετικό βρίσκουν την καθαριότητα του χώρου ενώ το 26%(N=10) βρίσκουν ως θετικό την εξυπηρέτηση και την ευγένεια του προσωπικού. Οι 4 από τους 38 ερωτηθέντες δεν απάντησαν καθόλου (10%) ενώ τέσσερις ερωτηθέντες(10%) δεν βρήκαν τίποτα το θετικό.
- ❖ Στο Κ.Υ. Σχηματαρίου από τα 44 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα οι 22, δηλ. το 50% των ερωτηθέντων, δήλωσαν ότι τους άφησε θετική εντύπωση η εξυπηρέτηση του προσωπικού, οι 11 από τους 44, δηλ. το 25% των ερωτηθέντων, βρήκαν θετικό το μικρό σχετικά χρόνο αναμονής μέχρι να εξυπηρετηθούν, το 20% εστίασαν στην ευγένεια του προσωπικού και την καθαριότητα του χώρου, ενώ το 5% δεν απάντησε στην ερώτηση.
- ❖ Στο Κ.Υ. Ψαχνών από τους 44 επισκέπτες που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 21 εξ' αυτών (50%) δήλωσαν ότι βρήκαν θετικό την εξυπηρέτηση του προσωπικού οι 13 (30%) δήλωσαν ως θετικό χαρακτηριστικό τον μικρό χρόνο αναμονής και οι 11 (25%) δήλωσαν την ευγένεια του προσωπικού ενώ το 5% συμπεριέλαβε στη θετική εντύπωση την καθαριότητα του χώρου.

Στην ερώτηση "*Τι θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας που επισκεφθήκατε σήμερα;*" οι απαντήσεις των συμμετεχόντων έχουν ως εξής:

- ❖ Στο Κ.Υ. Ιστιαίας από τα 26 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα τα 12 (περίπου 46%) δεν έδωσαν απάντηση. 4 άτομα (15%) δήλωσαν πως δεν χρειάζεται να

βελτιώσει τίποτα. Ενώ περίπου 6 άτομα το 23% δήλωσαν πως μπορεί να είναι πιο εξυπηρετικός και πιο ευγενικός και περίπου 4 άτομα(15%) δήλωσαν πως μπορεί να περιορίσει τον χρόνο αναμονής.

- ❖ Στο Κ.Υ. Μαντουδίου τα 18 άτομα από τα 38 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα(περίπου 47%) δεν έδωσαν απάντηση και περίπου 4 άτομα (13%) δήλωσαν πως δεν χρειάζεται να βελτιώσει τίποτα. Ενώ 10 άτομα (περίπου 26%) δήλωσαν πως μπορεί να γίνει πιο εξυπηρετικός και πιο ευγενικός.
- ❖ Στο Κ.Υ. Σχηματαρίου οι 27 από τους 44 ερωτηθέντες (61%) δεν έδωσαν απάντηση. 11 άτομα (25%) απάντησαν πως δεν χρειάζεται να βελτιώσει τίποτα και μόλις 4 άτομα (περίπου 9%) απάντησαν πως μπορεί να γίνει πιο ευγενικός και πιο εξυπηρετικός.
- ❖ Στο Κ.Υ. Ψαχνών τα 17 από τα 44 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα(39%) δεν έδωσαν απάντηση και περίπου 14 άτομα (32%) δήλωσαν πως δεν χρειάζεται να βελτιώσει τίποτα. Σε αντίθεση με το 14% (6N) περίπου που δήλωσε ότι θα μπορούσε να έχει καλύτερο εξοπλισμό ενώ 7% (3N) δήλωσε ότι μπορεί να είναι πιο εξυπηρετικός και το 5% (2N) να περιορίσει τον χρόνο αναμονής.

Στην ερώτηση "**Τι θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτό το Κ.Υ**" από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι:

- ❖ Στο Κ.Υ. Ιστιαίας: οι 17 από τους 26 ερωτηθέντες (65%) απάντησαν μεταξύ άλλων, ότι σε αυτό το Κ.Υ. χρειάζονται περισσότερες ειδικότητες γιατρών προκειμένου να μην χρειάζεται να επισκεφθούν ιδιώτες γιατρούς, 13 ερωτηθέντες (50%) ότι χρειάζεται καλύτερο εξοπλισμό ενώ 9 ερωτηθέντες (περίπου 35%) απάντησαν ότι αυτό το Κ.Υ. χρειάζεται περισσότερο προσωπικό. Ενώ 7 (περίπου 27%) απάντησαν μεταξύ άλλων ότι χρειάζεται περισσότερα αναλώσιμα υλικά.
- ❖ Στο Κ.Υ. Μαντουδίου οι 27 από τους 38 ερωτηθέντες (71%) θεωρούν μεταξύ άλλων ότι αυτό το Κ.Υ. χρειάζεται περισσότερες ειδικότητες γιατρών εξαιτίας της απόστασης του από το Γ.Ν.Χαλκίδας ενώ 15 ερωτηθέντες (περίπου 39%) εστίασαν στην ανάγκη αναβάθμισης του εξοπλισμού (ακτινολογικό μηχάνημα και ασθενοφόρο όχημα).Ακόμη 6 (περίπου 16%) από αυτούς θεωρούν μεταξύ άλλων ότι πρέπει να βελτιωθούν οι κτιριακές εγκαταστάσεις και 9 άτομα (περίπου 24%) πιστεύουν μεταξύ άλλων ότι χρειάζεται περισσότερα αναλώσιμα υλικά.

- ❖ Στο Κ.Υ. Σχηματαρίου τα 28 από τα 44 ερωτηθέντα άτομα (64%) πιστεύουν μεταξύ άλλων πως πρέπει να βελτιωθούν άμεσα οι κτιριακές εγκαταστάσεις. Ενώ 20 άτομα (περίπου 45%) πιστεύουν ότι αυτό το Κ.Υ. χρειάζεται περισσότερες ειδικότητες γιατρών και 11 άτομα (25%) θεωρεί ότι χρειάζεται αναβάθμιση ο εξοπλισμός του.
- ❖ Στο Κ.Υ. Ψαχνών οι 34 από τους 44 ερωτηθέντες (περίπου 77%) απάντησαν πως χρειάζεται περισσότερες ειδικότητες γιατρών και περίπου 22 ερωτηθέντες (52%) απάντησε πως χρειάζεται καλύτερο εξοπλισμό. Ακόμη το 39% (N=17) απάντησε ότι πρέπει να βελτιωθούν οι κτιριακές εγκαταστάσεις ενώ περίπου το 32% (N=14) πως χρειάζονται περισσότερα αναλώσιμα υλικά.

Σύμφωνα με τις ανωτέρω απαντήσεις που δόθηκαν συγκεντρωτικά για τα Κ.Υ. προκύπτουν τα εξής:

- I. Όσον αφορά την 1^η ερώτηση: Από τα 152 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, το 32% δήλωσε ότι αυτό που τους προκάλεσε θετικές εντυπώσεις ήταν η καλή εξυπηρέτηση όπως και ο μικρός χρόνος αναμονής με ποσοστό περίπου 28%. Συγκεκριμένα ανά μονάδα παρατηρούμε ότι: αυτό που προκάλεσε θετικές εντυπώσεις στο Κ.Υ.Σχηματαρίου και στο Κ.Υ.Ψαχνών ήταν η εξυπηρέτηση του προσωπικού, για Κ.Υ.Μαντουδίου ο μικρός χρόνος αναμονής, ενώ για το Κ.Υ.Ιστιαίας η ευγένεια του προσωπικού.
- II. Όσον αφορά την δεύτερη ερώτηση, το 49% των 152 ερωτηθέντων δεν έδωσε απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση. Το 22% του υπό μελέτη πληθυσμού δήλωσε πως δεν χρειάζεται να αλλάξει ή να βελτιώσει κάτι ο γιατρός ενώ το 15% των ερωτώμενων θεωρούν πως ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι πιο εξυπηρετικός και πιο ευγενικός. Συγκεκριμένα στο Κ.Υ.Ψαχνών οι περισσότεροι απάντησαν πως ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να έχει περισσότερα σύγχρονα «εργαλεία» στα χέρια του ώστε να μπορεί να κάνει καλύτερα τη δουλειά του (π.χ ιατρικός φάκελος) ενώ στα υπόλοιπα Κ.Υ οι περισσότεροι δήλωσαν πως πρέπει να γίνει πιο εξυπηρετικός και πιο ευγενικός.
- III. Όσον αφορά την τρίτη ερώτηση το 64% περίπου των ερωτηθέντων μεταξύ άλλων δήλωσε πως το Κ.Υ. που επισκέφθηκαν πρέπει να διαθέτει περισσότερες ειδικότητες γιατρών, εκτός της Γενικής Ιατρικής. Ακόμη το 41% του συνόλου δήλωσε ότι ο εξοπλισμός (τεχνολογικός/ξενοδοχειακός) χρήζει άμεσης αντικατάστασης λόγω παλαιότητας. Ειδικότερα στα Κ.Υ. Ψαχνών, Μαντουδίου

και Ιστιαίας η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε μεταξύ άλλων μεγαλύτερη βαρύτητα στο γεγονός ότι χρειάζονται περισσότερες ειδικότητες γιατρών ενώ στο Κ.Υ.Σχηματαρίου οι απαντήσεις επικεντρώθηκαν στην άμεση ανάγκη για βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων.

5.3.2 Απαντήσεις Ανοιχτού τύπου που αφορούν στο νοσοκομείο Χαλκίδας

Στην ερώτηση *"Τι σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;"* οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που αφορούν το Νοσοκομείο Χαλκίδας έχουν ως εξής:

Από τους 150 επισκέπτες που συμμετείχαν στην έρευνα οι 46 (περίπου 31%) δήλωσαν ως θετικό χαρακτηριστικό την ευγένεια και οι 42 (28%) την εξυπηρέτηση του προσωπικού. Ακόμη 28 εξ αυτών (περίπου 19%) έμειναν ευχαριστημένοι από την γρήγορη εξυπηρέτηση, ενώ 17 από τους ερωτηθέντες (περίπου 11%) δήλωσαν πως δεν τους έκανε τίποτα θετική εντύπωση και μόλις τέσσερις ερωτηθέντες (περίπου 3%) απάντησαν πως έμειναν ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του χώρου.

Στην ερώτηση *"Τι θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας που επισκεφθήκατε σήμερα"* οι απαντήσεις των συμμετεχόντων έχουν ως εξής:

Τα 52 από τα 150 άτομα (περίπου 35%) δεν έδωσαν απάντηση και 19 εξ' αυτών (περίπου 13%) απάντησαν πως ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας δεν χρειάζεται να βελτιώσει απολύτως τίποτα. Ενώ, περίπου το 23% δήλωσε ότι μπορεί να περιορίσει το χρόνο αναμονής, περίπου το 14% να είναι πιο εξυπηρετικός και πιο ευγενικός και μόλις το 9% περίπου πως χρειάζεται να βελτιώσει τον εξοπλισμό του.

Στην ερώτηση *"Τι θα μπορούσε να βελτιωθεί στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αυτού του Νοσοκομείου"* από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι:

Οι 65 από τους 150 (περίπου 43%) που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δήλωσαν μεταξύ άλλων ότι πρέπει να περιοριστεί ο χρόνος αναμονής, οι 49 από τους ερωτηθέντες (περίπου 33%) μεταξύ άλλων δήλωσαν πως πρέπει να βελτιωθούν οι κτιριακές εγκαταστάσεις, 47 (περίπου 31%) δήλωσαν πως χρειάζεται περισσότερο προσωπικό, ενώ 27 (18%) απάντησαν μεταξύ άλλων ότι χρειάζεται καλύτερος εξοπλισμός, οι 21 (περίπου 14%) απάντησαν πως ο χώρος θα πρέπει να είναι πιο καθαρός και μόλις 8 άτομα απάντησαν μεταξύ άλλων πως χρειάζεται περισσότερο ιατρικό προσωπικό.

5.4 Σύνοψη Αποτελεσμάτων Ερωτήσεων Ανοικτού Τύπου

- I. Σχετικά με τις απαντήσεις της 1^{ης} ερώτησης, από τα 302 συνολικά άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, οι περισσότεροι με ποσοστό περίπου 32,5% δήλωσαν ως θετικό χαρακτηριστικό του Κ.Υ. ή του νοσοκομείου που επισκέφθηκαν την καλή εξυπηρέτηση του προσωπικού, περίπου το 24,8% την ευγένεια του προσωπικού καθώς και το μικρό χρόνο αναμονής με ποσοστό περίπου 23,5%. Επιπρόσθετα, παρατηρούμε ότι αυτό που προκάλεσε τις περισσότερες θετικές εντυπώσεις στο Κ.Υ. Σχηματαρίου και στο Κ.Υ. Ψαχνών ήταν η εξυπηρέτηση του προσωπικού ενώ για το Κ.Υ. Ιστιαίας και το Γ.Ν. Χαλκίδας η ευγένεια του προσωπικού και για το Κ.Υ. Μαντουδίου ο μικρός χρόνος αναμονής
- II. Σχετικά με τις απαντήσεις της 2^{ης} ερώτησης, το 41,7% των 302 ερωτηθέντων δεν έδωσε απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση. Το 17,5% του συνολικού δείγματος θεωρεί πως δεν χρειάζεται ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας να βελτιώσει απολύτως τίποτα. Ενώ μόλις το 14,2% του συνολικού δείγματος θεωρεί πως ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι πιο εξυπηρετικός και πιο ευγενικός, και το 14,9% πως μπορεί να περιορίσει τον χρόνο αναμονής. Πιο αναλυτικά από αυτούς που απάντησαν θετικά στην ερώτησή μας βλέπουμε ότι στο Γ.Ν. Χαλκίδας οι περισσότεροι απάντησαν πως ο γιατρός ή ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να περιορίσει το χρόνο αναμονής και στο Κ.Υ. Ψαχνών να βελτιώσει τον επαγγελματικό του εξοπλισμό ενώ στα υπόλοιπα Κ.Υ. οι περισσότεροι δήλωσαν πως μπορεί να γίνει πιο εξυπηρετικός και πιο ευγενικός
- III. Σχετικά με τις απαντήσεις της 3^{ης} ερώτησης, περίπου το 35,1% του συνόλου που συμμετείχε στην έρευνα μεταξύ άλλων δήλωσε ότι το Κ.Υ. ή το νοσοκομείο που επισκέφθηκε πρέπει να διαθέτει περισσότερες ειδικότητες γιατρών. Ακόμα περίπου το 29,5% του συνόλου μεταξύ άλλων δήλωσε ότι το Κ.Υ. ή το νοσοκομείο που επισκέφθηκε πρέπει να βελτιώσει τον εξοπλισμό του, το 33,1% περίπου δήλωσε μεταξύ άλλων ότι πρέπει να βελτιώσουν τις κτιριακές εγκαταστάσεις, περίπου το 25,8% είπε μεταξύ άλλων πως επιβάλλεται να μειωθεί ο χρόνος αναμονής και περίπου το 20,5% ότι χρειάζεται περισσότερο προσωπικό. Ειδικότερα παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι στο Γ.Ν. Χαλκίδας είναι δυσαρεστημένοι από το μεγάλο χρόνο αναμονής ενώ στα Κ.Υ. επί των πλείστων είναι δυσαρεστημένοι από τις λίγες ειδικότητες γιατρών. Ακόμη τόσο στο Κ.Υ. Σχηματαρίου όσο και στο Γ.Ν. Χαλκίδας μεγάλο ποσοστό υποστήριξε πως πρέπει να βελτιωθούν οι κτιριακές εγκαταστάσεις

ενώ στα υπόλοιπα κέντρα υγείας μεγάλο ποσοστό θεωρεί πως πρέπει να βελτιωθεί ο εξοπλισμός.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα επιδιώκει να αναδείξει τη σχέση μεταξύ των εμπειριών των ασθενών και της ποιότητας των δημοσίων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας ώστε να επιτευχθεί ο προσδιορισμός των περιοχών που χρήζουν άμεσης βελτίωσης, ενόψει μάλιστα των επικείμενων μεταρρυθμίσεων στην ΠΦΥ στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα επιδιώκεται η διερεύνηση των εμπειριών και των προσδοκιών του ασθενούς και η σύγκριση των αποκρίσεων μεταξύ των ασθενών /χρηστών που επισκέφθηκαν Κ.Υ. ή ΤΕΙ ώστε να προσδιοριστεί αν οι ασθενείς διαφέρουν ως προς την εμπειρία και τις αξίες τους. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός περιγράφηκαν τα αποτελέσματα και πραγματοποιήθηκε συγκριτική ανάλυση.

Η διερεύνηση κρίσιμων πτυχών της νοσηλευτικής εμπειρίας των ασθενών όπως: καλή επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών, συμμόρφωση ασθενών σε ιατρικές συμβουλές, καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, καθαριότητα και ησυχία του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, επικοινωνία για τα φάρμακα, διαχείριση πόνου, συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου και σύσταση του γιατρού ή της μονάδας συντελούν στη σύνθεση μιας ολοκληρωμένης εικόνας της υγειονομικής περίθαλψης (HCAHPS)

Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες ικανοποίησης τα τελευταία χρόνια οι οποίες μέσα από τα ευρήματά τους προσπαθούν να αξιολογήσουν τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και την ικανοποίηση των καταναλωτών / χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών, ωστόσο οι έρευνες περί ικανοποίησης συνηθίζουν να πραγματοποιούν υποκειμενικές ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όπως «Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το σύστημα διευθέτησης ραντεβού»;

Αντίθετα, οι ερωτήσεις τύπου «Πόσες ημέρες περιμένατε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την σημερινή σας επίσκεψη»;¹¹ σχετίζονται με τις πραγματικότερες αντικειμενικές εμπειρίες του ασθενή με απώτερο σκοπό να αποφευχθεί όσο το δυνατόν περισσότερο ο επηρεασμός των αποτελεσμάτων που αφορούν την εμπειρία.(Devkaran,2014).

Σύμφωνα με την Shale (2013) η εμπειρία των ασθενών είναι πράγματι ένας σημαντικός δείκτης που αφορά την κλινική ποιότητα και δεν θα πρέπει να συγχέεται με την ικανοποίηση του ασθενή καθώς υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση μεταξύ της γνώσης του ασθενή, των προσδοκιών και των εμπειριών του από την περίθαλψη, της αξιολόγησης της περίθαλψης από τον ίδιο τον ασθενή και άλλων αντικειμενικών μέτρων μέτρησης του οφέλους του ασθενή από την υγειονομική περίθαλψη.

Όπως διαφαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι περισσότεροι ασθενείς/χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ανέφεραν υψηλά ποσοστά θετικών εμπειριών που αποκόμισαν κατά την επίσκεψή τους από τις εν λόγω μονάδες. Ωστόσο εντοπίστηκαν διάφοροι τομείς βελτίωσης οι οποίοι αφορούν την οργάνωση, τις καθυστερήσεις (χρόνοι αναμονής) και την υποδομή.

Σύμφωνα με τους Bowling et al.(2012), οι ασθενείς εκφράζουν προσδοκίες κυρίως για τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα (εκβάσεις).Στις δομές περιλαμβάνονται οι καθαριότητα των χώρων, ο ξενοδοχειακός / ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, οι διαδικασίες αφορούν την αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού ασθενή ενώ οι εκβάσεις αφορούν την πρόληψη και διάγνωση .

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην παρούσα μελέτη, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών κατέταξε ως πολύ σημαντικές τις διαστάσεις που αφορούν την αλληλεπίδραση τους με το γιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας όπως η επικοινωνία, η συμπεριφορά, η πληροφόρηση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την κατάσταση της υγείας τους, τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις για τη θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν το 94% των συμμετεχόντων για τα Κ.Υ και το 91% για τα ΤΕΙ του Νοσοκομείου, θεώρησαν ότι ο γιατρός ήταν ευγενικός μαζί τους, εύρημα το οποίο συνάδει με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης (the QUALICOPC study), η οποία διεξήχθη στην Ελλάδα και αφορούσε ασθενείς που επισκέπτονταν γενικό γιατρό σε δημόσιες δομές ΠΦΥ, όπου σχεδόν το 95% των συμμετεχόντων δήλωσαν

¹¹ Ερώτηση 16 του παρόντος ερωτηματολογίου

ότι ο γιατρός ήταν ευγενικός (Lionis et al,2015). Το αποτέλεσμα αυτό εν μέρει μπορεί να εξηγηθεί και να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι ασθενείς των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και δη των Κ.Υ, εξαιτίας του γεγονότος ότι επισκέπτονται συγκεκριμένους ιατρούς (λόγω της υποστελέχωσης τους σε ιατρικό προσωπικό), σε τακτά χρονικά διαστήματα, οι οποίοι γνωρίζουν το ιστορικό τους, αναπτύσσουν ιδιαίτερες σχέσεις εμπιστοσύνης.

Η διαπίστωση αυτή έρχεται σε συμφωνία με άλλη πρόσφατη έρευνα, η οποία αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς και την επίσκεψή τους στα ΤΕΙ του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ» επισημαίνοντας ότι εκτός από τις επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες του γιατρού, οι διαπροσωπικές πτυχές της περίθαλψης, (ανθρώπινη επαφή, πληρότητα της ενημέρωσης τους, ο χρόνος που τους αφιερώνεται) φαίνεται ότι αποτελούν πτυχές με μεγάλη σημασία για τους ασθενείς (Pini et al., 2017).

Σύμφωνα με έρευνα των Πιερράκο και συν.(2013), σχετική με τη συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία, οκτώ επιλεγμένων νοσοκομείων της Αττικής, φαίνεται ότι παρά τα όποια οργανωτικά προβλήματα και τις ελλείψεις στο συντονισμό, υπάρχει εμπιστοσύνη στο γιατρό από τους ασθενείς σε ιδιαίτερα σημαντικό επίπεδο ενώ τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί συμπεριφέρονται με ευγένεια στους ασθενείς και συμπαραστέκονται με κατανόηση στο πρόβλημά τους.

Ωστόσο εντοπίστηκαν διάφοροι τομείς οι οποίοι χρήζουν βελτίωσης. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την εμπειρία τους από τα Κ.Υ βρέθηκε ότι η διάσταση με το χαμηλότερο ποσοστό εμπειρίας (μ.τ.2,8) αφορούσε τον εξοπλισμό της μονάδας, ενώ για τα ΤΕΙ οι διαστάσεις με τα χαμηλότερα ποσοστά εμπειρίας/ικανοποίησης αφορούσαν τον εξοπλισμό(μ.τ. 3,2) την αίθουσα αναμονής (μ.τ 3,2) και την εγγύτητα της μονάδας στο σπίτι ή την εργασία του χρήστη/ασθενή((μ.τ 3,2).

Στα υπό μελέτη Κ.Υ. δεν υφίσταται η διαδικασία «διευθέτησης ραντεβού» (εκτός του Κ.Υ. Σχηματαρίου), γεγονός που μπορεί να αξιολογήσει τους χρόνους αναμονής κατά την επίσκεψη των ασθενών στη μονάδα αλλά και την τυχόν δυσαρέσκεια αυτών, παρόλο που ως διάσταση ο χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη κατατάχθηκε μεταξύ των δέκα διαστάσεων με τη μικρότερη σημασία. Αυτό το συμπέρασμα συνάδει με την έρευνα των Paddison et

al.(2015) και την παλαιότερη συστηματική ανασκόπηση των Wensing et al (1998) οι οποίοι διαπίστωσαν ότι τόσο τα μέτρα πρόσβασης (διευθέτηση ραντεβού) όσο και η οργάνωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην Αγγλία θεωρήθηκαν από τους ασθενείς ως λιγότερο σημαντικές διαστάσεις σε σχέση με τις διαπροσωπικές πτυχές της περίθαλψης.

Παρόλα ταύτα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όσον αφορά το Κ.Υ.Σχηματαρίου, οι χρήστες που το επισκέφτηκαν με προγραμματισμένο ραντεβού δίνουν μεγαλύτερη βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε φίλους / συγγενείς σε σχέση με τους χρήστες των άλλων Κ.Υ οι οποίοι είχαν επισκεφτεί τις αντίστοιχες μονάδες χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού. Αντίθετα ο αυξημένος (σε ημέρες) χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την ημέρα της επίσκεψης φαίνεται να σχετίζεται με τη μείωση της βαθμολογίας ικανοποίησης στο εν λόγω Κ.Υ.

Σύμφωνα με τους Πιερράκο και συν (2013), τα νοσοκομεία στην προσπάθειά τους να καλύψουν το κενό της ΠΦΥ επιδέχονται έντονη επιβάρυνση στη λειτουργία τους λόγω της αυξημένης ζήτησης, ξεπερνώντας πολλές φορές το όριο της αντοχής τους, με αποτέλεσμα πέραν του αυξανόμενου κόστους λειτουργίας, να δημιουργούνται μεγάλες λίστες αναμονής που έχουν ως συνέπεια την ταλαιπωρία των ασθενών. Έτσι λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο αριθμό των ασθενών που επισκέπτονται καθημερινά τα πρωινά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Χαλκίδας σε συνδυασμό με την υποστελέχωσή του, όπου ο υπάρχον μικρός αριθμός γιατρών καλείται καθημερινά να καλύψει τις ανάγκες τόσο των κλινικών όσο και των ΤΕΙ, παρατηρείται μεγάλος χρόνος αναμονής των ασθενών από τον προγραμματισμό του ραντεβού μέχρι την ημέρα της επίσκεψης αλλά και την αναμονή από την προκαθορισμένη ώρα έως την εξέτασή τους με εμφανή πολλές φορές τον εκνευρισμό και την ταλαιπωρία τους. Από τα αποτελέσματα λοιπόν της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό (72,5%) των ασθενών που επισκέπτονται τα Τακτικά εξωτερικά Ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου, οι ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψή τους ήταν από μία εβδομάδα έως και περισσότερο από ένα μήνα. ($p < 0,001$). Τα ανωτέρω επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών τόσο στην Ελλάδα όσο και την Κύπρο οι οποίες καταδεικνύουν ότι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στην οργάνωση και λειτουργία των πρωινών

εξωτερικών ιατρείων εξακολουθεί να είναι η λίστα αναμονής και ο μεγάλος χρόνος κατά την ημέρα της επίσκεψης (Pini et al,2017;Γαβριήλ, Θεοδώρου, Middleton,2012)

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει επίσης ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας των Κ.Υ ανέφεραν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου Χαλκίδας ($p<0,001$).

Αναφορικά με το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο, φάνηκε αυτό να σχετίζεται με τη μείωση της βαθμολογίας σύστασης των Κ.Υ. σε φίλους ή συγγενείς, ενώ για τα ΤΕΙ το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίστηκε με τη μείωση του ποσοστού των θετικών εμπειριών από την χρήση των υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν επίσης με τα ευρήματα των Γαβριήλ, Θεοδώρου, Middleton,(2012).

Από την κωδικοποίηση των ερωτήσεων ανοικτού τύπου η δυσαρέσκεια για το σύνολο των χρηστών στην παρούσα μελέτη σχετίζεται κατά κύριο λόγο με την ιατροτεχνολογική και ξενοδοχειακή υποδομή, την υποστελέχωση και δη ιατρικών ειδικοτήτων πέραν της Γενικής Ιατρικής, στις απομακρυσμένες περιοχές (Κ.Υ Ιστιαίας & Κ.Υ. Μαντουδίου) ενώ η κτηριακή αναβάθμιση συγκεντρώνει το ενδιαφέρον των χρηστών που επισκέφθηκαν το Κ.Υ.Σχηματαρίου.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει δεδομένα τα οποία προκύπτουν από την αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε τομείς ΠΦΥ. Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ο υψηλός βαθμός θετικών εμπειριών ο οποίος απορρέει από την ποιότητα της σχέσης μεταξύ ασθενούς – ιατρού. Αν και αναδείχθηκαν ζητήματα που χρήζουν άμεσης επίλυσης και αφορούν ανεπάρκειες στην οργάνωση τη πρόσβαση και την υποδομή, αυτά δεν θα επιλυθούν εάν επιχειρηθεί να αντιμετωπιστούν αποσπασματικά.

Εξαιτίας του γεγονότος ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ο συστηματικός προσδιορισμός των πτυχών της εμπειρίας του ασθενή που παρουσιάζουν την μεγαλύτερη σχέση με τη γενική ικανοποίηση αποτελεί αναγκαιότητα και συγχρόνως ευκαιρία τόσο για τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων των ασθενών όσο και για την καθοδήγηση του τομέα της υγείας στην ανάπτυξη ενός πλαισίου φροντίδας όπου θα είναι δυνατή η παροχή προσβάσιμων, ολοκληρωμένων και συντονισμένων υπηρεσιών υγείας και φροντίδας εστιασμένων στον άνθρωπο.

Εν κατακλείδι, η πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας και δη το Ελληνικό είναι η ολοκλήρωση των υπηρεσιών της ΠΦΥ με την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συμπλέγματος υπηρεσιών υγείας όπου θα καθίσταται δυνατή η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Η προσεκτική παρατήρηση, μέτρηση, καταγραφή ερμηνεία και ανάλυση των εμπειριών των ασθενών/ χρηστών υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό εργαλείο για την εκτίμηση του τι λειτουργεί καλά στον τομέα της υγείας, τι πρέπει να αλλάξει και τι να βελτιωθεί. με επίκεντρο πάντα τον άνθρωπο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Akhavan, S. and Tillgren, P. (2015) Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. *International Journal for Equity in Health*, Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://doi.org/10.1186/s12939-015-0196-5> ημερομηνία επίσκεψης 05/01/18

Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K. and Niakas D. (2012) Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 19, no. 4, pp. 401-10

Bees, J. (2016) Healthcare leaders focus on building organizational cultures based on patient experience excellence and strive to provide it across the care continuum. διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://www.healthleadersmedia.com/quality/intel-report-patient-experience?nopaging=1> ημερομηνία επίσκεψης 28/12/17

Belvis, A.G., Ferrè, F. Specchia, M.L. Valeria, L. Fattore, G. Ricciardi, W. (2012) The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health Policy*, vol. 106, no. 1 pp. 10–6

Bertakis K. D., Azari R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24, 229-239

Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K.R., Kenten, C., Howe, A. and Francis, S.A. (2012) The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment* vol. 16, no. 30, pp. 1-509

Bruyneel, L., Tambuyzer, E., Coeckelberghs, E., De Wachter, D., Sermeus, W., De Ridder, D., Ramaekers, D., Weeghans, I. and Vanhaecht, K. (2017) New Instrument to Measure Hospital Patient Experiences in Flanders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol.14, no. 1319, pp. 1-14

Canadian Institute for Health Information, Health Indicators 2013, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_EN.pdf ημερομηνία επίσκεψης 13/12/17

Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M., Arispe, I., Kim, S.M. and Klazinga, N.S. (2015) Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, no. 2, pp. 137–146

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., and Law, M. (2014) Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, vol. 14, no. 271 διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271> ημερομηνία επίσκεψης 05/01/18

Cosgrove D. M., Fisher M., Gabow P., Gottlieb G., Halvorson G. C., James B. C., . . . Toussaint J. S. (2013). Ten strategies to lower costs, improve quality, and engage patients: The view from leading health system CEOs. *Health Affairs*, 32, 321-327

Costa, F.A. Teixeira, I. Duarte-Ramos, F. Proença, L. Pedro, A.R. Furtado, C. Silva, J.A. Effects of economic recession on elderly patients', perceptions of access to health care and medicines in Portugal. *International Journal of Clinical Pharmacy*, vol. 39, no. 1 pp. 104–12.

Daker-White, G., Hays, R., McSharry, J., Giles, S., Cheraghi-Sohi, S., Rhodes, P., and Sanders, C. (2015) Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care. *PLoS ONE*, vol. 10, no. 8 διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0128329> ημερομηνία επίσκεψης 05/01/18

Devkaran, S. (2014) Patient Experience is not Patient Satisfaction. διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο https://isqua.org/docs/default-source/education-/isqua-webinar_november-2014_subashnie-devkaran.pdf?sfvrsn=0 ημερομηνία επίσκεψης 27/12/17

Donabedian, A. (1988) The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. *Journal of the American Medical Association* vol. 260, no. 12 pp.1743-1748

Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. (2013) A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, vol. 3, no. 1, pp. 1-19

Economou, C, Kaitelidou, D. Kentikelenis, A, Maresso, A, Sissouras, A (2015) The impact of the crisis on the health system and health in Greece /in Maresso et al(eds), *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience European Observatory Health Policy Series* [Internet] (πρόσβαση 12/12/2017)

Euro Health Consumer Index 2016 διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf, ημερομηνία επίσκεψης 14/12/17

Fenton, J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D., and Franks, P. (2012) The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, no. 5, pp. 405-11

Garvin, D.A. (1988) *Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge*. The Free Press, New York

[Goranitis, I, Siskou, O, Liaropoulos I.](#) (2014) Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece *Health Policy*. Sep;117(3):279-84

Greene, J. and Overton, V. (2013) Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'. *Health Affairs*, vol. 32, no. 2, pp. 216–222

Groene, O., Arah, O.A., Klazinga, N.S., Wagner, C., Bartels, P.D., Kristensen, S., Saillour, F., Thompson, A., Thompson, C.A., Pfaff, H., DerSarkissian, M. and Sunol, R. (2015) Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26151864> ημερομηνία επίσκεψης 26/12/17 ημερομηνία επίσκεψης 26/12/17

HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment->

[Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html](https://www.hca.alberta.ca/Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html) ημερομηνία επίσκεψης
26/12/17

Health Quality Council of Alberta , The Alberta Quality Matrix for Health ,

Hibbard, J.H. and Greene, J. (2013) What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. Health Affairs, vol. 32, no. 2, pp. 207-214

http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_en.pdf?ua=1 ημερομηνία επίσκεψης
02/01/18

Hung, K. Y. and Jerng, J. S. (2014) Time to have a paradigm shift in health care quality measurement. Journal of the Formosan Medical Association vol. 113, pp. 673-679

Ifanti, A. A., Argyriou, A.A., Kalofonou, F.H. and Kalofonos, H.P. (2013) Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. Health Policy, vol.113, pp. 8-12

Karanicolos, M and Kentikelenis (2016), Health Inequalities After Austerity in Greece, International Journal for Equity in Health vol.15,(83)

Kennedy, G.D., Tevis, S.E. and Kent, K.C. (2014) Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes?. Annals of Surgery, vol. 260, no. 4 pp. 592-8

Kim, R.H. Gaukler G.M. Lee, C.W. (2016) Improving healthcare quality: A technological and managerial innovation perspective. Technological Forecasting & Social Change, vol. 113, pp. 373-378

Kleiss, J.A. (2016) Preliminary Development of a Multidimensional Semantic Patient Experience Measurement Questionnaire. Health Environments Research & Design Journal, vol. 10, no. 1, pp. 52-64

Kohler, S. Picker Institute. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο
https://espics.sanford.duke.edu/sites/default/files/descriptive/picker_institute.pdf
ημερομηνία επίσκεψης 06/01/18

Kondilis E, Smyrnakis E, Giannakopoulos S, Zdoukos T, Benos A. (2011) Privatising the Greek health-care system. A story of corporate profits and rising inequalities. In: Lister J, editor. Europe's Health for Sale. The Heavy Cost of Privatisation. Oxfordshire, UK: Libri Publishing;. pp. 29–43..

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D.R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Adam Windak, A., Van der Zee, J. and Groenewegen, P. (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, vol. 63, no. 616, pp.e742-e750

Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertias, A., Duijker, G., Mekouris, P.-B., Lentzas, I. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 17, 255. <http://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0>

Lyu, H., Wick, E.C., Housman, M., Freischlag, J.A. and Makary M.A. (2013) Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA Surgery*, vol. 148, no. 4, pp. 362-7

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. and Sarnak, D. (2016) International Profiles of Health Care Systems 2015: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf ημερομηνία επίσκεψης 04/01/18

Orindi, B.O., Lesaffre, E., Sermeus, W. and Bruyneel, L. (2016) Impact of Cross-level Measurement Noninvariance on Hospital Rankings Based on Patient Experiences With Care in 7 European Countries. *Medical Care*, vol. 55, no. 12, pp. e150-e157

Paddison, C. A. M., Abel, G. A., Roland, M. O., Elliott, M. N., Lyratzopoulos, G., & Campbell, J. L. (2015). Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expectations: An*

International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 18(5), 1081–1092. <http://doi.org/10.1111/hex.12081>

Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. and Balogh, S. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. BMC Family Practice 15(128) 2014, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/128> , ημερομηνία επίσκεψης 12/12/17

Pappa,E., Kontodimopoulos,N.,Papadopoulos,A., Tountas ,Y.,& Niakas, D (2013) Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. International journal of environmental research and public health, 10(5),2017-2027

Park, G.-W., Kim, Y., Park, K., Agarwal, A., (2016) Patient-centric quality assessment framework for healthcare services. Technological Forecasting & Social Change, vol. 113, 468–474

Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P., & Niakas, D. (2014). Assessment of Patient Satisfaction of the Quality of Health Care Provided by Outpatient Services of an Oncology Hospital. Global Journal of Health Science, 6(5), 196–203.<http://doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p196>

Polyzos N, Karanikas H, Thireos E, Kastanioti C, Kontodimopoulos N.(2013) Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. Health Policy 109:14–22

Richards, M.K. and Goldin, A.B. (2015) Patient-centered care and quality: Activating the system and the patient. Seminars in Pediatric Surgery, vol. 24, pp. 319–322

Salisbury, C., Wallace, M. and Montgomery, A.A. (2010) Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. BMJ vol. 341, c5004

Sarti, S. Terraneo, M. and Bordogna, M.T. (2017) Poverty and private health expenditures in Italian households during the recent crisis. Health Policy, vol. 121, no. 3, pp. 307–14.

Shale, S. (2013) Patient experience as an indicator of clinical quality in emergency care. *Clinical Governance: An International Journal*, vol. 18, no. 4, pp.285-292

Shaller D. (2007). [Patient-centered care: What does it take?](#) New York: The Commonwealth Fund

Siegrist, R.B. Jr. (2013) Patient satisfaction: history, myths, and misperceptions. *Virtual Mentor*, vol. 15, no. 11, pp. 982-7

Starfield, B. (2012) Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, vol. 26, no. 1, pp. 20-26

Stepurko, T., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research*, 16, 342. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1585-1>

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari ,H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z. and Merkouris, A. (2012) Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 26, no. 2, pp. 372-80

Tavaresa, L. P. and Zantomio, F. (2017) Inequity in healthcare use among older people after 2008: The case of southern European countries. *Health Policy*, vol.121 pp. 1063–1071

Tsai, T C., Orav, E.J. and Jha, A.K. (2015) Patient Satisfaction and Quality of Surgical Care in US Hospitals. *Annals of Surgery*, vol. 261, no. 1, pp. 2–8

Vardoros,S, [Stargardt T](#) (2013) Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis *Health Policy*.;109(1):1-6.

Verlinde, E. (2012) Equity in Primary Health Care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration. PhD-Thesis, Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University

Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R.(1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Social Science and Medicine*, vol 47: no 10,pp. 1573–1588

Wensley, C., Botti, M., McKillop, Ann and Merry, A.F. (2017) A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 29, no. 2 pp. 151–162

Wolf, J.A., Niederhauser, V., Marshburn, D. and LaVela, S. (2014) Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal*, vol. 1, no. 1, pp. 7-19

Xie, Z. and Or, C. (2017) Associations Between Waiting Times, Service Times, and Patient Satisfaction in an Endocrinology Outpatient Department: A Time Study and Questionnaire Survey. *The Journal of Health Care*, vol. 54, pp. 1-10

You, L.M., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Liu, K., He, G.P., Hu, Y., Jiang, X.L., Li, X.H., Li, X.M., Liu, H.P., Shang, S.M., Kutney-Lee, A., and Sermeus, W. (2013) Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 5, no. 2, pp. 154-61

Zgierska, A., Rabago, D. and Miller, M.M. (2014) Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. *Patient Prefer Adherence*, vol. 8, pp. 437–446.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αντεριώτη, Π. και Αντωνίου, Γ. (2014) Ικανοποίηση Ασθενών από τη Φροντίδα Υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), σ. 62-68

Αντωνοπούλου,Λ (2008) Ρύθμιση και Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*,2008 3(2)119-120

Βέττας, Ν (2016) Η προοπτική Ανάπτυξης του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα Διαθέσιμο στο [www.healthmag.gr /post/2107/h-prooptiki-anaptykshs-toy-egeionomikoy-tomea-sthn-ellada](http://www.healthmag.gr/post/2107/h-prooptiki-anaptykshs-toy-egeionomikoy-tomea-sthn-ellada) ημερομηνία επίσκεψης 13/12/17

Βραχάτης, Δ. και Παπαδόπουλος, Α. (2012) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, Νοσηλευτική, 51(1), σ. 10-17

Γαβριήλ, Ε. Θεοδώρου, Μ. Middleton, Ν.(2012) Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6), σ. 720-730

Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση, Μ. (2012) Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), σ. 106-115

Δημοπούλου, Σ. (2016) Η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα. σε Τσέλιου, Α. (επιμ.). Πρακτικά 11ου συνεδρίου για την Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας. Η αναζήτηση ενός νέου σχεδίου για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Προτεραιότητες, επίκαιρα ζητήματα και προοπτικές ανάπτυξης. σ. 36. Αθήνα 10-12 Δεκεμβρίου 2015. Έκδοση του Τομέα Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αθήνα. διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο https://d10k7k7mywg42z.cloudfront.net/assets/56a00bd2d4c9612e3610b6ce/HQCA_11x8_5_Matrix.pdf, ημερομηνία επίσκεψης 14/12/17

Δικτυακός τόπος του European Forum for Primary Care (EFPC), Strategic policy plan for EFPC - 2017 and beyond. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://www.euprimarycare.org/about/strategic-policy-plan-efpc-2008-and-beyond> ημερομηνία επίσκεψης 05/01/18

Δικτυακός τόπος του Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Health Care Quality Indicators - Primary Care. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-primary-care.htm> ημερομηνία επίσκεψης 05/01/18

Δικτυακός τόπος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Primary care. Putting people first. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο

Δικτυακός τόπος του Υπουργείου Υγείας. Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/3948-ethnikh->

[strathgikh-ygeias-kai-draseis-toy-tomea-ygeias-sto-espa-2014-2020](#) ημερομηνία
επίσκεψης 02/01/18

Εργαλείο Αξιολόγησης της Απόδοσης για τη Βελτίωση της Ποιότητας στα Νοσοκομεία, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο http://www.3type.gr/uploads/veltiosi/poiotita/teyxos_deikton_path.pdf, (πρόσβαση 15/12/2017)

Εφημερίδα της Κυβέρνησης (2017) Νόμος υπ' αριθ. 4486 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ τεύχος Α 115/2017

Ζιώγα, Μ. Α. (2014) Ποιότητα στον χώρο Υγείας. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Καϊτελίδου, Δ. (2014) Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Νοσηλευτική, 53(2):129-132

Καλογεροπούλου, Μ. (2011) Εκτίμηση Αποδοτικότητας Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(6) σ. 794-803

Καστανιώτη, Α, και Πολύζος, Ν. (2016) Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33(2), σ.198-206

Κουτελέκος, Ι. και Χαλιάσος, Ν. (2014) Προσδοκίες. Το βήμα του Ασκληπιού, 13(2), σ.134-143. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2014/VOLUME%2002_14/VA_SP_1_13_02_14.pdf

ημερομηνία επίσκεψης 22/12/17

Κυριόπουλος, Γ. (2017) Μικρές Εισαγωγές – Υγεία & Ιατρική Περίθαλψη Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα

Κωσταγιόλας, Π. Καϊτελίδου, Δ. Χατζοπούλου, Μ. (2008) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα

Νιάκας, Δ. (2014) Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής, 5(1), σ. 3-7

Οικονόμου, Χ, (2012) /Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επιστημονικές εκθέσεις(Reports)/7 Παρατηρητήριο Οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, Ερευνητική μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής ΙΝΕ ΓΣΕΕ ISBN: 798-960-9571-19-7 Διαθέσιμο στο ineobservatory .gr(πρόσβαση 14/12/2017)

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

Πέππας, Χ. και Κοράκη, Α. (2013) Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 9(1), σ.25-31

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ. Παπαθεοδώρου, Χ. και Πολυζωΐδης, Π. (2015) Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ. Ρ. (2016) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το βήμα του Ασκληπιού, 15(4), σ. 365-379

Πιερράκος,Γ.Σαρρής,Μ. Σούλης,Σ. Γούλα, Α.Λάτσου,Δ Πατέρας,ΙΒουρλιώτου,Κ Γιανουλάτος Π.(2013) Συγκριτική Ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(3) σ. 316-324

Πολύζος, Ν. (2014) Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα

Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π. (2014) Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(3), σ. 116-121

Ρεκλείτη, Μ. Τανανάκη, Μ. Κυλούδης, Π. (2012) Οι Δαπάνες Υγείας στο Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε σχέση με την Διεθνή εμπειρία. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1(1), σ. 3-14

Σίσκου,Ο; Καϊτελίδου,Δ; Θοδώρου Μ; Λιαρόπουλος Λ;(2008) Η δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα Το Ελληνικό Παράδοξο Αρχείο ελληνικής Ιατρικής, 25(5):663-672

Σισσούρας,Α(2012) Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α. (2015) Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο

https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3810/7/FINAL_BOOK-KOY.pdf

ημερομηνία επίσκεψης 03/01/18

Τούντας, Γ.(1999). Υπηρεσίες Υγείας{Διαδραστικές Σημειώσεις} Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τσίμτσιου, Ζ. (2016) Παραδείγματα συστημάτων ΠΦΥ. Τι γίνεται στο εξωτερικό;. σε Τσέλιου, Α. (επιμ.). Πρακτικά 11ου συνεδρίου για την Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας. Η αναζήτηση ενός νέου σχεδίου για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Προτεραιότητες, επίκαιρα ζητήματα και προοπτικές ανάπτυξης. σ. 37. Αθήνα 10-12 Δεκεμβρίου 2015. Έκδοση του Τομέα Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας (2015) Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Το πόρισμα της Ομάδας Εργασίας για την Π.Φ.Υ., Αθήνα

Υπουργείο Υγείας, Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο

<http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-drasesis-toy-tomea-ygeias-sto-esp-2014-2020>,

ημερομηνία επίσκεψης 17/12/17

Χαιρετισμός του Πρωθυπουργού Αλέξη Τσίπρα στη Διημερίδα Διαλόγου «Μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Υπουργείου Υγείας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 09/05/16 διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο

<https://primeminister.gr/2016/05/09/14779> ημερομηνία επίσκεψης 03/01/18

Χλέτσος, Δ(2015) Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης διαθέσιμο στο <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites>

ημερομηνία πρόσβασης 18/12/2017

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Χαλκίδα, 20/06/2017

Προς

Το Επιστημονικό Συμβούλιο της 5^{ης} ΥΠΕ

Θέμα: Αίτηση χορήγησης άδειας για διεξαγωγή μελέτης σε δομές της 5^{ης} ΥΠΕ

Αξιότιμοι κύριοι,

Με την παρούσα επιστολή αιτούμαστε τη χορήγηση άδειας διεξαγωγής μελέτης αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα αυτών που επισκέφτηκαν Κέντρα Υγείας ή και Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων της 5ης ΥΠΕ. Η μελέτη αυτή είναι ανώνυμη (μη παρεμβατική) και διεξάγεται στο πλαίσιο εκπόνησης διατριβής επιπέδου μάστερ από τη φοιτήτρια Παναγιώτα Γκαβέλα η οποία φοιτάει στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Ο τίτλος της εργασίας της είναι «*Συγκριτική αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών από τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων και κέντρων υγείας*». Για τη χρήση των αντίστοιχων ερωτηματολογίων θα ζητηθεί άδεια από την αναπληρώτρια καθηγήτρια του ΕΚΠΑ κα Δάφνη Καϊτελίδου, η οποία είναι συντονίστρια της ομάδας εμπειρογνομώνων που αναπτύσσουν το διάστημα αυτό τα εν λόγω ερωτηματολόγια με την υποστήριξη του Περιφερειακού Γραφείου της Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας. Εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας υπάρχει η πρόθεση καθιέρωσης των εν λόγω ερωτηματολογίων ως «εργαλείων» περιοδικής αξιολόγησης των δημοσίων υπηρεσιών ΠΦΥ ενόψει μάλιστα και των επικείμενων μεταρρυθμίσεων στην ΠΦΥ στη χώρα μας.

Πιστεύουμε ότι τόσο το αντικείμενο της εργασίας, όσο και η αξιοπιστία του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου, θα σας βοηθήσουν ώστε να αποφασίσετε θετικά για την παροχή της σχετικής άδειας.

Σας ευχαριστούμε πολύ εκ των προτέρων

Με εκτίμηση,

Όλγα Χρ. Σίσκου

Επιβλέπουσα

τηλ 210 746 14 71)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Ταχ. Δ/ση: Περιοχή Μεζούρλο, 41110
Λάρισα, Τ.Θ. 2101
Ανάπτυξης Ανθρώπινου
Δυναμικού Μονάδων
Τμήμα: Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
Τηλέφωνο: 2413 -500848
FAX: 2410 - 232929
E-mail: shat@dypethessaly.gr

Λάρισα 29/06/2017

Αρ. Πρωτ. Φ6/ 18913

ΠΡΟΣ: κ. ΓΚΑΒΕΛΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ του ΙΩΑΝΝΗ
ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Θέμα: «Άδεια για διεξαγωγή μελέτης σε δομές της 5^{ης} Υ.ΠΕ από την κ. Γκαβέλα Παναγιωτά του Ιωάννη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια για την εκπόνηση διατριβής επίπεδου μάστερ»
Σχετ: α) Η από 20/06/2017 επιστολή - αίτηση του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.
β) Η από 04/07/2017 αίτηση της κ. Γκαβέλα Παναγιώτα.

Σας γνωρίζουμε ότι επιτρέπουμε την διεξαγωγή μελέτης στα Κέντρα Υγείας ή και Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων της 5^{ης} Υ.ΠΕ. για την εκπόνηση διατριβής επίπεδου μάστερ με θέμα: «Συγκριτική αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών από τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων και κέντρων υγείας» που εκπονείται στο πλαίσιο Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πολιτική Υγεία και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Εφιστούμε την προσοχή σας στην τήρηση των διατάξεων περί προσωπικών δεδομένων και στην υποχρέωση σας να μας κοινοποιήσετε τα αποτελέσματα της ερευνάς σας.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
Π.Ε.Δ.Υ-Κ.Υ. ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ 5^{ης} Υ.ΠΕ
Π.Ε.Δ.Υ-Κ.Υ 5^{ης} Υ.ΠΕ

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



Φ6

Κωδικός ΥΠΕ

1/1

Dafni
Kaitelidou<dkaitelid@nurs.uoa.gr>προς:

"\ "ΓΙΩΤΑ ΓΚΑΒΕΛΑ\ ""
<eyhlana@gmail.com>

21 Δεκεμβρίου 2017 - 8:56
π.μ.

Re: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

Αγαπητή κα Γκαβέλα

Έχετε την άδεια για την χρήση του ερωτηματολογίου αναφορικά με την αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
Καλή επιτυχία στην μελέτη σας,

Με εκτίμηση,

Δάφνη Καϊτελίδου
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
Τμήμα Νοσηλευτικής
Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τίτλος μελέτης: «Καταγραφή των εμπειριών των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών»

Συγκατάθεση συμμετέχοντα:

1. Επιβεβαιώνω ότι έχω κατανοήσει το σκοπό της ερευνητικής μελέτης.	<input type="checkbox"/>
2. Κατανού ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι οικειοθελής.	<input type="checkbox"/>
3. Συμφωνώ να συμμετάσχω στην παραπάνω μελέτη.	<input type="checkbox"/>
4. Κατανού ότι κρατείται πλήρης εμπιστευτικότητα για τα στοιχεία μου.	<input type="checkbox"/>

Στοιχεία συμμετέχοντος

Όνομα.....

Υπογραφή..... Ημερομηνία.....

Στοιχεία ερευνητή

Όνομα.....

Υπογραφή..... Ημερομηνία.....

Αγαπητέ/ή χρήστη/τρια των υπηρεσιών υγείας,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας, με τη συνεργασία και συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, προκειμένου να καταγραφούν οι εμπειρίες σας από τη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή αυτών που λαμβάνετε από τις μονάδες του ΠΕΔΥ (π.χ. πρώην πολυϊατρεία του ΙΚΑ, Κέντρα Υγείας) και από τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων. Σκοπός είναι να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών **από τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας** και να παραχθεί τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την ποιότητα των υπηρεσιών προς τις διοικητικές αρχές.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Θα γίνει ομαδοποιημένη επεξεργασία των δεδομένων και δεν θα είναι εφικτή η αποκάλυψη των απαντήσεων σας σε κανένα εμπλεκόμενο μέρος, ακόμα και στους ίδιους τους ερευνητές.

Η συμμετοχή σας είναι **απαραίτητη** για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε ότι το ερωτηματολόγιο αυτό μπορείτε να το συμπληρώσετε **μόνο μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψής σας στη συγκεκριμένη μονάδα** παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, εάν είστε ενήλικος/η (άνω των 18 ετών), κηδεμόνας/γονέας ανηλίκου χρήστη των υπηρεσιών ή συνοδός χρήστη των υπηρεσιών. Τέλος, σας παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις** με τον τρόπο που ορίζεται κάθε φορά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται περίπου δεκαπέντε (15) λεπτά.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας.

Υπεύθυνοι Έρευνας:

Χαράλαμπος Οικονόμου
Αναπληρωτής Καθηγητής, Πάντειο
Πανεπιστήμιο
chacono@otenet.gr

Δάφνη Καϊτελίδου
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα
Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
dkaitelid@nurs.uoa.gr

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!

Μονάδα υγείας: **(ΔΕΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)**

Ημερομηνία: / / 20.... **(ΔΕΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1

Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από Ιατρούς Ειδικότητας και άλλους Επαγγελματίες Υγείας των Κέντρων Υγείας/Μονάδων ΠΕΔΥ

1. Ποιο είναι το φύλο σας;
 - Άνδρας
 - Γυναίκα

2. Ποιό είναι το έτος γέννησής σας;

3. Ποιά είναι η εθνικότητά σας;
 - Ελληνική
 - Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε:

4. Ποιό είναι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μέχρι το οποίο έχετε φτάσει;
 - Μερικές τάξεις του Δημοτικού
 - Απόφοιτος-η Δημοτικού
 - Απόφοιτος-η Γυμνασίου
 - Απόφοιτος-η Λυκείου
 - Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)
 - Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού
5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)
 - Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης
 - Έχω ιδιωτική ασφάλιση
 - Είμαι ανασφάλιστος-η
6. Έχετε αναπηρία άνω του 67%;
 - Ναι
 - Όχι
7. Πως θα περιγράφατε την κατάσταση της υγείας σας γενικά;
 - Εξαιρετική
 - Πολύ καλή
 - Καλή
 - Μέτρια
 - Κακή

8. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, δηλαδή από νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο;
 - Όχι, από κανένα νόσημα
 - Ναι, από ένα νόσημα

- Ναι, από δύο νοσήματα
- Ναι, από τρία ή περισσότερα νοσήματα
- Δεν γνωρίζω

9. Εάν πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, τότε ποιά είναι αυτό; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Καρδιαγγειακό νόσημα (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
- Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.)
- Αυτοάνοσο νόσημα (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά.)
- Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος (π.χ. υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσος Hashimoto κ.ά.)
- Καρκίνος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νεφρική νόσος
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε:)

10. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

- Ποτέ
- Μία φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

11. Πώς επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ σήμερα;

- Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)
- Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)

12. Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα;

Γενικό γιατρό	<input type="checkbox"/>	Διαιτολόγο	<input type="checkbox"/>
Παθολόγο	<input type="checkbox"/>	Οδοντίατρο	<input type="checkbox"/>
Παιδίατρο	<input type="checkbox"/>	Νοσηλεύτη/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ακτινολόγο	<input type="checkbox"/>	Επισκέπτη/-τρια υγείας	<input type="checkbox"/>
Μικροβιολόγο	<input type="checkbox"/>	Μαιευτή/Μαία	<input type="checkbox"/>
Καρδιολόγο	<input type="checkbox"/>	Φυσιοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>

Δερματολόγο	<input type="checkbox"/>	Εργοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ωτορινολαρυγγολόγο	<input type="checkbox"/>	Λογοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμίατρο	<input type="checkbox"/>	Κοινωνικό/-η λειτουργό	<input type="checkbox"/>
Πνευμονολόγο	<input type="checkbox"/>	Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/>
Ψυχίατρο	<input type="checkbox"/>	Άλλο	<input type="checkbox"/>
Ενδοκρινολόγο	<input type="checkbox"/>	Παρακαλώ προσδιορίστε:.....	

- 13.** Ποιός είναι ο λόγος της επίσκεψής σας σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)
- Ασθένεια/αδιαθεσία
 - Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
 - Συνταγογράφηση φαρμάκων
 - Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
 - Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
 - Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
 - Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)
 - Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε:)
- 14.** Προγραμματίσατε ραντεβού για την επίσκεψη αυτή;
- Ναι
 - Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 17)

- 15.** Πώς προγραμματίσατε το ραντεβού;
- Με επίσκεψη στη Γραμματεία
 - Τηλεφωνικά στη Γραμματεία
 - Τηλεφωνικά σε 5ψήφιο αριθμό
 - Απευθείας με τον-την γιατρό
 - Μέσω Ίντερνετ (e-ραντεβού)
 - Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το προγραμμάτισε
- 16.** Πόσες ημέρες περιμένατε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψή σας σήμερα;
- Προγραμμάτισα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)
 - Προγραμμάτισα το ραντεβού χθες
 - Περίμενα μία εβδομάδα
 - Περίμενα από μία εβδομάδα έως έναν μήνα
 - Περίμενα πάνω από έναν μήνα
 - Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
- 17.** Πόση ώρα περιμένατε σήμερα για να ολοκληρώσετε τις διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά κ.λπ.);
- Μέχρι 15 λεπτά
 - Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
 - Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
 - Περισσότερο από μια ώρα
 - Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
- 18.** Πόση ώρα περιμένατε σήμερα από τη στιγμή που ολοκληρώσατε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι να σας δει ο/η γιατρός;
- Μέχρι 15 λεπτά
 - Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
 - Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
 - Περισσότερο από μια ώρα
 - Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

19. Ο-η γιατρός:

- δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον (σε περίπτωση που το επιλέξατε, τότε παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 21)
- με παρέπεμψε σε άλλον/η γιατρό σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ
- με παρέπεμψε σε νοσοκομείο
- με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ
- με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ

20. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παρέπεμψε σε άλλο-η επαγγελματία υγείας, η πληροφόρηση/καθοδήγηση που σας παρείχε ήταν επαρκής (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής);

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)*

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Σήμερα σας είδε νοσηλευτής ή άλλος-η επαγγελματίας υγείας χωρίς να σας δει γιατρός σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

- Ναι
- Όχι

**Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη,
σε ποιό βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση Διαφωνώ απόλυτα και το 5 την απάντηση Συμφωνώ απόλυτα)

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
22. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ					
36. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 43

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
39. Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα συνιστούσατε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλώ προσέξτε ότι σε αυτήν την ενότητα του ερωτηματολογίου σας ζητούμε **να αξιολογήσετε το πόσο σημαντικές είναι οι παρακάτω διαστάσεις:**

Διαστάσεις	Ασήμαντη	Μερικώς σημαντική	Σημαντική	Πολύ σημαντική
45. Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Οι νοσηλεύτές-τριες να με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Οι νοσηλεύτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Οι νοσηλεύτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτές) να με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71.Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;

72. Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ειδικότητας ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα;

73. Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή
και το χρόνο***

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2

Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από Ιατρούς και άλλους Επαγγελματίες Υγείας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου

1. Ποιο είναι το φύλο σας;
 - Άνδρας
 - Γυναίκα

2. Ποιό είναι το έτος γέννησής σας;

3. Ποιά είναι η εθνικότητά σας;
 - Ελληνική
 - Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε:)

4. Ποιό είναι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μέχρι το οποίο έχετε φτάσει;
 - Μερικές τάξεις του Δημοτικού
 - Απόφοιτος-η Δημοτικού
 - Απόφοιτος-η Γυμνασίου
 - Απόφοιτος-η Λυκείου
 - Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)
 - Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού

5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: *(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)*
 - Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης
 - Έχω ιδιωτική ασφάλιση
 - Είμαι ανασφάλιστος-η

6. Έχετε αναπηρία άνω του 67%;
 - Ναι
 - Όχι

7. Πως θα περιγράφατε την κατάσταση της υγείας σας γενικά;
 - Εξαιρετική
 - Πολύ καλή
 - Καλή
 - Μέτρια
 - Κακή

- 8.** Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, δηλαδή από νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο;
- Όχι, από κανένα νόσημα
- Ναι, από ένα νόσημα
- Ναι, από δύο νοσήματα
- Ναι, από τρία ή περισσότερα νοσήματα
- Δεν γνωρίζω
- 9.** Εάν πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, τότε ποιά είναι αυτό; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)
- Καρδιαγγειακό νόσημα (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
- Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.)
- Αυτοάνοσο νόσημα (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά.)
- Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος (π.χ. υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσος Hashimoto κ.ά.)
- Καρκίνος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νεφρική νόσος
- Άλλο. Παρακαλώ προσδιορίστε:
- 10.** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου;
- Ποτέ
- Μία φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
- 11.** Πώς επισκεφτήκατε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου σήμερα;
- Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)
- Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)
- 12.** Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα;

Γενικό γιατρό	<input type="checkbox"/>	Διαιτολόγο	<input type="checkbox"/>
Παθολόγο	<input type="checkbox"/>	Οδοντίατρο	<input type="checkbox"/>

Παιδίατρο	<input type="checkbox"/>	Νοσηλεύτη/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ακτινολόγο	<input type="checkbox"/>	Επισκέπτη/-τρια υγείας	<input type="checkbox"/>
Μικροβιολόγο	<input type="checkbox"/>	Μαιευτή/Μαία	<input type="checkbox"/>
Καρδιολόγο	<input type="checkbox"/>	Φυσιοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Δερματολόγο	<input type="checkbox"/>	Εργοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ωτορινολαρυγγολόγο	<input type="checkbox"/>	Λογοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμίατρο	<input type="checkbox"/>	Κοινωνικό/-η λειτουργό	<input type="checkbox"/>
Πνευμονολόγο	<input type="checkbox"/>	Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/>
Ψυχίατρο	<input type="checkbox"/>	Άλλο	<input type="checkbox"/>
Ενδοκρινολόγο	<input type="checkbox"/>	Παρακαλώ προσδιορίστε:.....	

13. Ποιός είναι ο λόγος της επίσκεψής σας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Ασθένεια/αδιαθεσία
- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ιατρικός έλεγχος (τσεκάπ) σε ημέρα εφημερίας
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε:))

14. Προγραμματίσατε ραντεβού για την επίσκεψη αυτή;

- Ναι
- Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», τότε παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 17)

15. Πως προγραμματίσατε το ραντεβού;

- Με επίσκεψη στη Γραμματεία
- Τηλεφωνικά στη Γραμματεία
- Τηλεφωνικά στο 1535
- Απευθείας με τον-την γιατρό
- Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το κανόνισε

16. Πόσες ημέρες περιμένατε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψή σας σήμερα;

- Προγραμμάτισα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)
- Προγραμμάτισα το ραντεβού χθες

- Περίμενα λιγότερο από μία εβδομάδα
- Περίμενα από μία εβδομάδα έως έναν μήνα
- Περίμενα πάνω από έναν μήνα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

17. Πόση ώρα περιμένατε σήμερα για να ολοκληρώσετε τις διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας των εξωτερικών ιατρείων κ.λπ.);

- Μέχρι 15 λεπτά
- Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
- Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
- Περισσότερο από μια ώρα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

18. Πόση ώρα περιμένατε σήμερα από τη στιγμή που ολοκληρώσατε τις διοικητικές διαδικασίες μέχρι να σας δει ο/η γιατρός;

- Μέχρι 15 λεπτά
- Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
- Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
- Περισσότερο από μια ώρα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

19. Ο-η γιατρός:

- δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον (σε περίπτωση που το επιλέξατε, τότε παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 21)
- με παρέπεμψε σε άλλον-η γιατρό σε αυτό το νοσοκομείο
- με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του νοσοκομείου
- με παρέπεμψε σε άλλο νοσοκομείο
- μου κανόνισε ραντεβού για εισαγωγή σε αυτό το νοσοκομείο
- με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του νοσοκομείου

20. Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παρέπεμψε σε άλλον-η επαγγελματία υγείας η πληροφόρηση/καθοδήγηση που σας παρείχε ήταν επαρκής (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής);

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη,
σε ποίο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση
Διαφωνώ απόλυτα και το 5 την απάντηση Συμφωνώ απόλυτα)*

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
21. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

παρελθόν					
27. Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ο γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

τη φροντίδα και τη θεραπεία μου					
34. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Οι χώροι των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 43					

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
39. Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συνιστούσατε αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλώ προσέξτε ότι σε αυτήν την ενότητα του ερωτηματολογίου σας ζητούμε να αξιολογήσετε το πόσο σημαντικές είναι οι παρακάτω διαστάσεις:

Διαστάσεις	Ασήμαντη	Μερικώς σημαντική	Σημαντική	Πολύ σημαντική
45. Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας των εξωτερικών ιατρείων κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Σε περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-η γιατρό, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Να είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ο-η γιατρός, να μου παρέχει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)				
56. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Οι χώροι των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Οι νοσηλεύτριες να με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Οι νοσηλεύτριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Οι νοσηλεύτριες να είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) να με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;

72. Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα;

73. Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου;

*Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή
και το χρόνο σας!*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Πίνακας 1. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την ικανοποίησή τους από τα Κέντρα Υγείας.

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	1	0,7	8	5,3	15	9,9	98	64,5	30	19,7	4,0	0,75
Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	6	3,9	20	13,2	16	10,5	88	57,9	22	14,5	3,7	1,01
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	12	7,9	12	7,9	27	17,8	85	55,9	16	10,5	3,5	1,05
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	1	0,7	6	3,9	5	3,3	115	75,7	25	16,4	4,0	0,65
Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	1	0,7	3	2,0	6	3,9	115	75,7	27	17,8	4,1	0,59
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	1	0,7	5	3,3	10	6,6	110	72,4	26	17,1	4,0	0,66
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	2	1,3	5	3,3	7	4,6	113	74,3	25	16,4	4,0	0,68
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	1	0,7	3	2,0	11	7,2	107	70,4	30	19,7	4,1	0,64
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	1	0,7	5	3,3	14	9,2	104	68,4	28	18,4	4,0	0,69
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	0	0,0	0	0,0	9	5,9	81	53,3	62	40,8	4,3	0,59
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	0	0,0	0	0,0	13	8,6	92	60,5	47	30,9	4,2	0,59

Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	1	0,7	2	1,3	15	9,9	99	65,1	35	23,0	4,1	0,66
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	1	0,7	3	2,0	18	11,8	101	66,4	29	19,1	4,0	0,67
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	0	0,0	1	0,7	9	5,9	108	71,1	34	22,4	4,2	0,54
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	1	0,7	13	8,6	20	13,2	94	61,8	24	15,8	3,8	0,82
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	0	0,0	3	2,0	8	5,3	106	69,7	35	23,0	4,1	0,59
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	29	19,1	25	16,4	53	34,9	43	28,3	2	1,3	2,8	1,10
Οι νοσηλεύτριες με ακούν προσεκτικά	2	2,9	1	1,4	11	15,7	39	55,7	17	24,3	4,0	0,85
Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	3	4,3	7	10,0	20	28,6	26	37,1	14	20,0	3,6	1,06
Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές	3	4,3	0	0,0	8	11,4	37	52,9	22	31,4	4,1	0,91
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά	3	3,6	1	1,2	8	9,6	45	54,2	26	31,3	4,1	0,89

Πίνακας 2. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την ικανοποίησή τους από τα ΤΕΙ των Νοσοκομείων.

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	0	0,0	14	9,3	22	14,7	111	74,0	3	2,0	3,7	0,67
Αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	8	5,3	40	26,7	19	12,7	79	52,7	4	2,7	3,2	1,04
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	4	2,7	13	8,7	35	23,3	93	62,0	5	3,3	3,5	0,81
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	1	0,7	5	3,3	2	1,3	136	90,7	6	4,0	3,9	0,49
Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	0	0,0	2	1,3	8	5,3	133	88,7	7	4,7	4,0	0,39
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	0	0,0	2	1,3	7	4,7	136	90,7	5	3,3	4,0	0,36
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	0	0,0	2	1,3	18	12,0	126	84,0	4	2,7	3,9	0,43
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	0	0,0	3	2,0	6	4,0	134	89,3	7	4,7	4,0	0,41
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	0	0,0	4	2,7	12	8,0	127	84,7	7	4,7	3,9	0,48
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	0	0,0	3	2,0	10	6,7	101	67,3	36	24,0	4,1	0,61
Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	0	0,0	2	1,3	5	3,3	119	79,3	24	16,0	4,1	0,49

Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0	0,0	4	2,7	18	12,0	116	77,3	12	8,0	3,9	0,55
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	0	0,0	1	0,7	18	12,0	123	82,0	8	5,3	3,9	0,44
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί	0	0,0	0	0,0	7	4,7	117	78,0	26	17,3	4,1	0,45
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου	1	0,7	5	3,3	18	12,0	121	80,7	5	3,3	3,8	0,56
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	5	3,3	36	24,0	37	24,7	69	46,0	3	2,0	3,2	0,94
Οι χώροι των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	0	0,0	10	6,7	20	13,3	116	77,3	4	2,7	3,8	0,61
Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	4	2,7	26	17,3	57	38,0	63	42,0	0	0,0	3,2	0,82
Οι νοσηλεύτριες με ακούν προσεκτικά	0	0,0	0	0,0	8	14,3	43	76,8	5	8,9	3,9	0,48
Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	0	0,0	2	3,6	9	16,1	40	71,4	5	8,9	3,9	0,62
Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές	0	0,0	0	0,0	3	5,4	41	73,2	12	21,4	4,2	0,50
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά	0	0,0	0	0,0	6	10,7	45	80,4	5	8,9	4,0	0,45

Πίνακας 3. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από τα Κέντρα Υγείας.

	Ασήμαντη		Μερικώς σημαντική		Σημαντική		Πολύ σημαντική		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	3	2,0	3	2,0	44	28,9	102	67,1	3,6	0,63
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες (π.χ. αναμονή στην ουρά της γραμματείας κ.λπ.)	2	1,3	4	2,6	49	32,2	97	63,8	3,6	0,61
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	1	0,7	3	2,0	50	32,9	98	64,5	3,6	0,56
Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)	1	0,7	3	2,0	43	28,3	105	69,1	3,7	0,55
Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	1	0,7	3	2,0	48	31,6	100	65,8	3,6	0,56
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	0	0,0	2	1,3	55	36,2	95	62,5	3,6	0,52
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	1	0,7	4	2,6	51	33,6	96	63,2	3,6	0,58
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	1	0,7	2	1,3	42	27,6	107	70,4	3,7	0,53
Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	1	0,7	2	1,3	40	26,3	109	71,7	3,7	0,53
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των	1	0,7	2	1,3	40	26,3	109	71,7	3,7	0,53

διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν										
Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	1	0,7	3	2,0	47	30,9	101	66,4	3,6	0,56
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	1	0,7	1	0,7	43	28,3	107	70,4	3,7	0,52
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	1	0,7	1	0,7	45	29,6	105	69,1	3,7	0,52
Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	1	0,7	2	1,3	44	28,9	105	69,1	3,7	0,54
Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	1	0,7	1	0,7	46	30,3	104	68,4	3,7	0,53
Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	1	0,7	1	0,7	49	32,2	101	66,4	3,6	0,53
Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	1	0,7	5	3,3	51	33,6	95	62,5	3,6	0,59
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	2	1,3	3	2,0	49	32,2	98	64,5	3,6	0,60
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	0	0,0	5	3,3	50	32,9	97	63,8	3,6	0,55
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	1	0,7	5	3,3	47	30,9	99	65,1	3,6	0,59
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	0	0,0	0	0,0	33	21,7	119	78,3	3,8	0,41
Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ να είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	1	0,7	0	0,0	22	14,5	129	84,9	3,8	0,42
Οι νοσηλεύτριες-τριες να με ακούν προσεκτικά	0	0,0	3	2,0	44	28,9	105	69,1	3,7	0,51
Οι νοσηλεύτριες-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	3	2,0	9	5,9	39	25,7	101	66,4	3,6	0,70

Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές	0	0,0	2	1,3	43	28,3	107	70,4	3,7	0,49
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά	2	1,3	7	4,6	40	26,3	103	67,8	3,6	0,64

Πίνακας 4. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία που προσέδωσαν στις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας που έλαβαν από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των συγκεκριμένων νοσοκομείων.

	Ασήμαντη		Μερικώς σημαντική		Σημαντική		Πολύ σημαντική		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Χρόνος αναμονής από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίηση της επίσκεψης	1	0,7	0	0,0	68	45,3	81	54,0	3,5	0,54
Χρόνος αναμονής για να ολοκληρωθούν οι διοικητικές διαδικασίες	1	0,7	2	1,3	80	53,3	67	44,7	3,4	0,56
Χρόνος αναμονής από τη στιγμή ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών μέχρι να σας δει ο/η γιατρός	1	0,7	0	0,0	70	46,7	79	52,7	3,5	0,54
Στην περίπτωση που ο-η γιατρός σας παραπέμψει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης	0	0,0	0	0,0	54	36,0	96	64,0	3,6	0,48
Το ωράριο λειτουργίας να είναι βολικό	0	0,0	2	1,3	62	41,3	86	57,3	3,6	0,52
Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	0	0,0	1	0,7	83	55,3	66	44,0	3,4	0,51
Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού	0	0,0	0	0,0	56	37,3	94	62,7	3,6	0,49
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	0	0,0	2	1,3	72	48,0	76	50,7	3,5	0,53
Ο-η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	0	0,0	0	0,0	74	49,3	76	50,7	3,5	0,50
Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	0	0,0	1	0,7	74	49,3	75	50,0	3,5	0,51
Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	0	0,0	1	0,7	73	48,7	76	50,7	3,5	0,51
Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	0	0,0	0	0,0	70	46,7	80	53,3	3,5	0,50

Ο-η γιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	0	0,0	0	0,0	69	46,0	81	54,0	3,5	0,50
Ο-η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου	0	0,0	0	0,0	60	40,0	90	60,0	3,6	0,49
Ο-η γιατρός να με ακούει προσεκτικά	0	0,0	1	0,7	67	44,7	82	54,7	3,5	0,51
Ο-η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0	0,0	1	0,7	74	49,3	75	50,0	3,5	0,51
Ο-η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	1	0,7	0	0,0	73	48,7	76	50,7	3,5	0,54
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	0	0,0	0	0,0	70	46,7	80	53,3	3,5	0,50
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους του Κέντρου Υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	0	0,0	1	0,7	73	48,7	76	50,7	3,5	0,51
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	0	0,0	0	0,0	70	46,7	80	53,3	3,5	0,50
Οι χώροι αυτού των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)	0	0,0	1	0,7	48	32,0	101	67,3	3,7	0,49